

УТВЕРЖДАЮ  
Директор ООО «Центр-Мед»  
А.В. Павров  
к приказу от 06.08.2018 г. №  


**Положение  
о порядке и условиях предоставления  
платных медицинских услуг в ООО «Центр-Мед»**

**1. Общие положения**

1.1. Настоящее Положение разработано в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» гл.11 ст. 84, с Законом Российской Федерации от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей», Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 №1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» и Уставом ООО «Центр-Мед».

1.2. Положение регламентирует вопросы организации оказания платных медицинских услуг населению ООО «Центр-Мед».

1.3. Для целей настоящего положения используются следующие основные понятия:

**"платные медицинские услуги"** - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования (далее - договор);

**"потребитель"** - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

**"заказчик"** - физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

**"исполнитель"** - медицинская организация – ООО «Центр-Мед», предоставляющая платные медицинские услуги потребителям.

**2. Виды платных услуг**

2.1. Организация предоставляет населению платные медицинские услуги в соответствии с перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной в установленном порядке. Соответствующий перечень утверждается Директором ООО «Центр-Мед» в установленном порядке.

**3. Условия предоставления платных услуг**

3.1. Основанием для оказания платных медицинских услуг является добровольное волеизъявление пациента (законного представителя пациента) приобрести медицинскую услугу на возмездной основе. При наличии возможности оказать запрашиваемую заказчиком медицинскую услугу Исполнитель заключает Договор с пациентом и / или заказчиком.

3.2. При оказании платных медицинских услуг должны соблюдаться порядки оказания медицинской помощи.

3.3. Прейскурант на платные услуги Организации утверждается Директором Организации.

**4. Информационное обеспечение**

4.1. В вестибюле Организации на стенде, в доступных для пациентов местах, а также посредством размещения на сайте Организации в информационно-

телекоммуникационной сети «Интернет», в наглядной и доступной форме размещается информация, содержащая, в частности, следующие сведения:

сведения об Организации, в т.ч. наименование, адрес места нахождения, график работы Организации, копия документа о внесении сведений об Организации в Единый государственный реестр юридических лиц, копия лицензии на осуществление медицинской деятельности, иные документы в соответствии с требованиями законодательства РФ. Данные документы также могут быть предоставлены для ознакомления по требованию потребителя (заказчика);

сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, а также графики работы непосредственных исполнителей платных медицинских услуг;

перечень платных медицинских услуг и прейскурант на оказываемые услуги;

сведения об условиях, порядке, форме предоставления услуг и порядке их оплаты;

сведения о льготах для отдельных категорий граждан;

настоящее Положение;

соответствующие нормативно-правовые акты, в т.ч. указанные в п.1.1. настоящего Положения;

адреса и телефоны органа исполнительной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

4.2. При заключении договора на оказание платных медицинских услуг по требованию потребителя (заказчика) ему предоставляется в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;

информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

другие сведения, относящиеся к предмету договора.

4.3. До заключения договора потребитель (заказчик) в письменной форме уведомляется о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

## **5. Порядок оказания платных услуг**

5.1. Оказание платных услуг населению осуществляется в соответствии с установленным режимом работы ООО «Центр-Мед».

5.2. Платные услуги оказываются в соответствии с заключенными с гражданами или организациями договорами на оказание платных услуг в письменной форме. Договоры с гражданами и организациями от имени Организации кроме Директора могут подписываться иными уполномоченными Директором лицами. В договоре с гражданами регламентируются условия и сроки оказания услуг, порядок расчетов, права, обязанности и ответственность сторон, а также иные существенные условия.

5.3. Пациенты, пользующиеся платными медицинскими услугами, обязаны выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление платной медицинской услуги, включая сообщение Исполнителю необходимых для него сведений, а также установленные в Организации правила внутреннего распорядка для сотрудников, пациентов и посетителей.

5.4. В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует потребителя

(заказчика) о расторжении договора по инициативе потребителя, при этом потребитель (заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

5.5. Исполнителем после исполнения договора выдаются потребителю (законному представителю потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

5.6. Заключение договора добровольного медицинского страхования и оплата медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с указанным договором, осуществляются в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации и Законом Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

5.7. Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги, качество которых соответствует условиям договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве — требованиям, предъявляемым законодательством РФ к услугам соответствующего вида.

5.8. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

5.9. Исполнитель предоставляет потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию: о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

## **6. Права пациентов и ответственность организации**

6.1. При получении платных медицинских услуг в Организации, пациентам обеспечивается соблюдение прав, предусмотренных главой 4 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

6.2. В соответствии с законодательством Российской Федерации Организация несет ответственность перед потребителем за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни потребителя.

6.3. Потребители, пользующиеся платными услугами, вправе предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации причиненного морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации;

6.4. При несоблюдении Организацией обязательств по срокам исполнения услуг потребитель вправе по своему выбору:

- а) назначить новый срок оказания услуги;
- б) потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;
- в) потребовать исполнения услуги другим специалистом;
- г) расторгнуть договор и потребовать возмещения убытков.

6.5. Нарушение установленных договором сроков исполнения услуги должно сопровождаться выплатой потребителю неустойки в порядке и размере, определяемых Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей» или договором.

По соглашению (договору) сторон указанная неустойка может быть выплачена за счет уменьшения стоимости предоставленной услуги, предоставления потребителю дополнительных услуг без оплаты, возврата части ранее внесенного аванса.

6.6. В случае невозможности исполнения услуг, возникшей по вине потребителя, услуги подлежат оплате в объеме фактически понесенных Исполнителем расходов.

6.7. Претензии и споры, возникшие между потребителем (заказчиком) и Организацией разрешаются по соглашению сторон или в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

## **7. Контроль за оказанием платных услуг**

7.1. Контроль за организацией, исполнением и качеством оказываемых платных услуг, правильностью взимания платы с населения, надлежащей постановкой учета и достоверностью отчетности осуществляют в пределах своей компетенции: Директор;

Главный врач;

Главный бухгалтер;

Должностные лица Организации;

Департамент здравоохранения Тюменской области, территориальные органы Росздравнадзора и Роспотребнадзора.

Приложения к Положению:

1. Форма договора на предоставление платных медицинских услуг (ПМУ)
2. Форма информированного добровольного согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи.
3. Форма отказа от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи.
4. Форма согласия субъекта персональных данных, обратившегося в медицинскую организацию, на обработку его персональных данных.
5. Форма согласия законного представителя субъекта персональных данных, обратившегося в медицинскую организацию, на обработку его персональных данных
6. Форма Информированного добровольное согласие пациента на предоставление медицинских услуг на платной основе.

## УВЕДОМЛЕНИЕ ЗАКАЗЧИКА (ПАЦИЕНТА)

*Настоящим подтверждаю, что до заключения договора на предоставление платных медицинских услуг я уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказать на состоянии моего здоровья.*

(Ф.И.О., подпись)

### Договор

### на предоставление платных медицинских услуг (ПМУ)

г. Тюмень

« \_\_\_\_ » 2018г.

Общество с ограниченной ответственностью «Центр-Мед», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_, с одной стороны, и \_\_\_\_\_

*(в зависимости от статуса контрагента вписать)*

ФИО. Потребителя (заказчика-пациента) / законного представителя Потребителя (заказчика-пациента)

Наименование организации (или ФИО) Заказчика (Потребителя) юридического / физического лица  
в дальнейшем Заказчик (Пациент), с другой стороны, вместе именуемые в дальнейшем «Стороны»,  
заключили настоящий договор нижеследующем:

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. В соответствии с настоящим Договором, Исполнитель обязуется оказывать на возмездной основе платные медицинские услуги (далее «услуги») согласно приложению № 1, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, проведения экспертизы, разрешенным на территории РФ, а Заказчик (Пациент) обязуется оплачивать стоимость предоставляемых медицинских услуг, а также выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление услуг; включая сообщение необходимых для этого сведений.

1.2. Перечень и стоимость услуг, предоставляемых Заказчику (Пациенту), оговариваются в приложении № 1. По медицинским показаниям и/или с согласия Заказчика (Пациента) ему могут быть оказаны иные услуги, стоимость которых оплачивается дополнительно.

1.3. Услуги считаются оказанными и принятыми в полном объеме после выдачи Заказчику медицинского заключения (медицинской справки).

### 2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в помещении по адресу: 625046, Тюменская область г. Тюмень, ул. Суходольская, дом 23, помещение 1

2.2. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Исполнителя и доводятся до сведения Заказчика (Пациента).

2.3. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Заказчика (Пациента) на прием либо в порядке живой очереди. Предварительная запись Заказчика (Пациента) на прием осуществляется через регистратуру Исполнителя посредством телефонной связи в рабочее время.  
**Телефон регистратуры: 8 (3452) 500-105.**

### 3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Оплата услуг по настоящему Договору производится Заказчиком на условиях 100% предоплаты до начала оказания услуги, путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя и или иным способом, не запрещенным действующим законодательством РФ. При безналичной форме оплаты (через банк), Исполнитель приступает к оказанию услуг(и) только после поступления денежных средств на его Расчетный счет.

3.2. В случае, если на каком-либо этапе оказания услуги, экспертной комиссией Исполнителя сделано заключение о профессиональной непригодности или экспертиза не проведена в полном объеме по вине Заказчика (Пациента), денежные средства Заказчику (Пациенту) возвращаются за вычетом произведенных расходов Исполнителя.

3.3. Стоимость медицинских услуг определяется на основании действующего на момент оказания услуги Прейскуранта, утвержденного Исполнителем.

### 4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Исполнитель обязуется:

4.1.1. Своевременно и качественно оказывать услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

4.1.2. В своей деятельности по оказанию услуг использовать методы профилактики, диагностики, экспертизы, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.

4.1.3. Обеспечить Заказчика (Пациента) в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их

стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

4.1.4. Провести обследование Заказчика (Пациента) и в случае необходимости, предложить ему пройти дополнительные консультации и обследования у специалистов иного медицинского профиля с целью уточнения диагноза, правильного выбора методик лечения.

4.1.5. По результатам обследования предоставить Заказчику (Пациенту) полную и достоверную информацию о сущности применяемых в его случае методик лечения, проводимых процедур, а также заключение о временной нетрудоспособности (в случае необходимости), заключение о профессиональной пригодности, о пригодности на право владения оружием, на право управления транспортным средством, если настоящим Договором предусмотрено проведение соответствующих видов экспертизы, независимо от степени пригодности Заказчика (Пациента).

4.1.6. Информировать Заказчика (Пациента) о противопоказаниях и возможных осложнениях, которые могут возникнуть в результате проводимых процедур в связи с анатомо - физическими особенностями организма пациента и состоянием его здоровья.

4.1.7. Информировать Заказчика (Пациента) о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения.

4.1.8. Обеспечить Заказчику (Пациенту) непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья, и выдать по письменному требованию Заказчика (Пациента) или его представителя копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья Пациента.

4.1.9. По требованию лица, оплатившего услугу, Исполнитель обязан выдать Справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации по форме, установленной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства Российской Федерации по налогам и сборам от 25июля 2001 г. N 289/БГ-3-04/256.

4.2. Исполнитель вправе:

4.2.1. Определять в соответствии с медицинскими показаниями вид и объем услуг, необходимых для обследования и/или лечения Заказчика (Пациента). Объем медицинского обследования для проведения экспертизы определяется Исполнителем.

4.2.2. Растворгнуть в одностороннем порядке договор при грубых нарушениях Заказчиком (Пациентом) предписаний лечащего врача, правил внутреннего распорядка для пациентов ООО «Центр-Мед».

4.2.3. Направить Заказчика (Пациента) в специализированные учреждения г. Тюмени и Тюменской области для подтверждения диагноза. Расходы, связанные с проведением дополнительных осмотров в специализированных учреждениях Заказчик (Пациент) несет лично, без предъявления Исполнителю.

4.3. Права и обязанности Заказчика (Пациента):

4.3.1. Заказчик (Пациент) имеет право в одностороннем порядке прекратить или приостановить выполнение своих обязательств по настоящему Договору в случае неисполнения Исполнителем своих обязательств по Договору.

4.3.2. Заказчик (Пациент) имеет право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

4.3.3. Заказчик (Пациент) имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

4.3.4. Заказчик (Пациент) обязуется пройти обследование и лечение в соответствии с рекомендациями врача или по его направлению. Отказаться на весь курс лечения от употребления наркотиков и лекарств их содержащих, психотропных препаратов, алкоголесодержащих напитков, при этом согласовывать с лечащим врачом употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей, и т.д. В случае отказа от соблюдения технологических стандартов предоставления медицинских услуг, представить Исполнителю письменное заявление об этом.

4.3.5. Заказчик (Пациент) обязуется предоставить необходимую для Исполнителя информацию о состоянии здоровья, о перенесенных заболеваниях, операциях, травмах, проведенных ранее обследованиях и лечении, имеющихся у него аллергических реакциях, а также иные сведения, необходимые для качественного проведения экспертизы либо которые могут оказаться на качестве оказываемых Исполнителем услуг, вызвать осложнения.

4.3.6. Заказчик (Пациент) обязуется выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление услуг(и), включая сообщение необходимых для этого сведений, в том числе о наличии у него непереносимости или аллергических реакций на прием каких-либо препаратов, о проведении процедур или иного медицинского вмешательства в организм, в том числе в следствии обращений в другие медицинские организации, а также о наличии у него ранее установленных заболеваний, которые могут осложнить процедуру лечения (обследования / освидетельствования и т.д.) при прохождении курса лечения сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия.

4.3.7. Заказчик (Пациент) обязуется надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению настоящего Договора.

4.3.8. Заказчик (Пациент) обязуется являться на прием в установленное время, заблаговременно, не менее чем за 24 часа информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения услуги.

4.3.9. При наличии тяжелого сопутствующего заболевания, психического состояния или пожилого возраста, Заказчику (Пациенту) необходимо иметь сопровождающее его лицо, в необходимом случае действующее от его имени и в его интересах, в том числе для выполнения всех рекомендаций врача и индивидуального ухода.

4.3.10. В случае опоздания Заказчика (Пациента) более чем на 10 (десять) минут по отношению к назначенному времени получения услуги, Исполнитель оставляет за собой право на перенос или отмену срока получения услуги. В данном случае решение о возможности приема Заказчика (Пациента), переносе времени приема или отказа в приеме Заказчику (Пациенту) принимается врачом, на прием к которому был записан данный Пациент.

## 5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

5.1. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Заказчика (Пациента) за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна) в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. С согласия Заказчика (Пациента) или его представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Пациента.

5.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Заказчика (Пациента) или его представителя допускается в целях обследования и лечения Пациента, не способного из-за своего состояния выразить свою волю и в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

5.4. Заказчик (Пациент) обязуется не разглашать информацию, ставшей известной ему в процессе договорных отношений.

## 6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. Исполнитель несет ответственность в соответствии с действующим законодательством.

6.2. Исполнитель освобождается от ответственности за оказание услуг с ненадлежащим качеством, за непредставление заключения экспертизы (если настоящим Договором предусмотрено проведение экспертизы), иных документов (необходимых для вынесения заключения врачом) в случае, если такое оказание услуг явилось следствием непредставления пациентом достоверных сведений о состоянии своего здоровья, или невыполнения назначений и указаний лечащего врача.

6.3. Исполнитель освобождается от ответственности за оказание услуг в неполном объеме, предусмотренном настоящим Договором, в случае неисполнения Заказчиком (Пациентом) своих обязательств по Договору.

6.4. В случае если экспертной комиссией Исполнителя выдано заключение о профессиональной непригодности или экспертиза не проведена в полном объеме по вине Заказчика (Пациента), ответственность за неисполнение условий настоящего Договора с Исполнителем снимается полностью.

6.5. В случае ненадлежащего оказания Исполнителем услуг, Заказчика (Пациента) вправе по своему выбору требовать:

- а) безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги;
- б) соответственного уменьшения цены оказанной услуги;
- в) возмещения понесенных им расходов по устраниению недостатков оказанной услуги в других медицинских организациях.

г) привлечь Исполнителя к иным мерам ответственности в соответствии с действующим законодательством.

6.6. В связи с тем, что побочные эффекты и осложнения возникают вследствие биологических особенностей организма и используемая технология оказания услуг(и) не может исключить их вероятность, Исполнитель не несет ответственности за наступление осложнений, если услуга(и) оказана(а) с соблюдением всех необходимых требований.

6.8. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

6.9. Заказчик (Пациент) несет имущественную ответственность за причинение ущерба Исполнителю в размере действительной стоимости поврежденного (утраченного) имущества, если такое повреждение (утрата) явилось следствием действий Заказчика (Пациента). В этом случае Заказчик (Пациент) также обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки. За нарушение санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя, повлекшее за собой причинение ущерба Исполнителю, Заказчик (Пациент) обязан возместить причиненные убытки.

## 7. РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ

7.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, разрешаются сторонами путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

## 8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

8.1. Заказчик (Пациент), подписывая настоящий договор извещен и подтверждает, что получил от Исполнителя всю необходимую информацию о том, что медицинская(ие) услуга(и):

а) входит в программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи или целевую (комплексную) программу департамента здравоохранения Тюменской области и должна(ы) оказываться ему бесплатно, при этом Заказчик (Пациент) по своему усмотрению сделал добровольный и осознанный выбор об оказании ему услуг(и) платно в соответствии с действующим у Исполнителя прейскурантом.

б) не предусмотрена программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также целевыми (комплексными) программами Департаментами здравоохранения Тюменской области и г. Тюмени, и предоставляется за плату.

8.2. Заказчик (Пациент), подписывая настоящий договор подтверждает, что ознакомлен с информацией, касающейся особенностей медицинской(их) услуг(и) оговоренных(ой), в том числе ознакомлен с доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о местонахождении Исполнителя (месте его государственной регистрации), режиме работы, порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; информацией о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации); информацией о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания.

8.3. Заказчик (Пациент), подписывая настоящий договор, дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в Федеральном законе №152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

8.4. Договор может быть изменен или расторгнут по инициативе любой из сторон настоящего договора.

8.5. Настоящий договор может быть расторгнут по инициативе Исполнителя в случае не выполнения Заказчиком (Пациентом) условий настоящего договора, правил внутреннего распорядка пациентов ООО «Центр-Мед», размещенного на его информационных стенах.

8.6. Срок действия Договора определяется до полного исполнения сторонами его условий.

8.7. Настоящий Договор заключен в 2-х экземплярах, вступает в силу с момента его подписания сторонами.

Документы, регламентирующие деятельность Исполнителя:

1. Лист записи Единого государственного реестра юридических лиц о государственной регистрации ООО «Центр-Мед» (ОГРН 1187232003683) выдано Межрайонной инспекции Федеральной налоговой службы № 14 по Тюменской области «14» февраля 2018 г;

2. Лицензия на медицинскую деятельность № ЛО-72-01-002878 от 11.09.2018 г., выдана Департаментом здравоохранения Тюменской области (адрес: 625048, г. Тюмень, ул. Малыгина, д. 48 тел. (3452) 55-78-00). Виды работ (услуг), выполняемых (оказываемых) согласно лицензии размещены на информационных стенах Исполнителя.

## 9. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель: ООО «Центр-Мед»	Заказчик :
625046, Тюменская область, г. Тюмень, ул.Суходольская, дом 23, помещение 1 ИНН 7203442342 КПП 720301001, р/с 40702810867100012265, в Западно-Сибирский Банк ПАО СБЕРБАНК г. Тюмень, к/с 3010181080000000651, БИК 047102651	
_____ ( _____ )	_____ ( _____ )

**ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ В СООТВЕТСТВИИ С  
ДОГОВОРОМ, И СРОКИ ИХ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ**

В период с исполнения договора предоставляются медицинские услуги Пациенту в составе:

№ п/п	Наименование услуги	Срок предостав- ления	Цена за единицу	Кол- во	Стоимость (руб. НДС нет)
1.					
2.					
3.					
4.					
...					
<b>ИТОГО:</b>					

Стоимость определяется на основании действующего Прейскуранта. Пациент (Законный представитель) оплачивает медицинские услуги на условиях 100% предоплаты до начала оказания услуги. После оплаты в кассу Пациенту (Законному представителю) выдается кассовый чек установленного образца. По требованию Пациента (Законного представителя) сотрудниками бухгалтерии ООО «Центр-Мед» после завершения оказания услуг, выдается справка об оплате медицинских услуг для предъявления в налоговые органы Российской Федерации.

Исполнитель: ООО «Центр-Мед»

**Заказчик (пациент) /законный представитель**

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

ФИО \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(подпись) \_\_\_\_\_

**АКТ  
оказанных услуг по договору на оказание платных медицинских услуг**

№ \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» 201 \_\_\_ г.

г. Тюмень

«\_\_\_» 201 \_\_\_ г.

**Общество с ограниченной ответственностью «Центр-Мед», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании Устава, с одной стороны, и \_\_\_\_\_**

(в зависимости от статуса контрагента вписать)

Ф.И.О. Потребителя (заказчика-пациента) /законного представителя Потребителя (заказчика-пациента)

Наименование организации (или Ф.И.О.) Заказчика (Плательщика) юридического /физического лица  
в дальнейшем Заказчик (Пациент), с другой стороны, вместе именуемые в дальнейшем «Стороны»,  
составили настоящий акт о нижеследующем:

1. В соответствии с заключенным сторонами договором на предоставление платных медицинских услуг (ПМУ) Заказчику (Пациенту) оказаны платные медицинские услуги в полном объеме.
2. Услуги оказаны полностью. Стороны по договору претензий друг к другу не имеют.
3. Стоимость оказанных услуг согласно заключенному договору составляет \_\_\_\_\_ рубль., НДС нет.

Исполнитель:ООО «Центр-Мед»	<b>Заказчик (пациент) /законный представитель</b>
_____ (_____)	ФИО _____ _____ (подпись) _____

**СОГЛАСИЕ**  
субъекта персональных данных, обратившегося в медицинскую организацию,  
на обработку его персональных данных

Я,

(Ф.И.О. гражданина)

“ \_\_\_\_\_ ”

г. рождения, зарегистрированный по адресу:

паспорт \_\_\_\_\_ выдан

(адрес места жительства гражданина)

серия и номер data и наименование выдавшего органа

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку в Обществе с ограниченной ответственностью «Центр-Мед» 625046, г. Тюмень, ул. Суходольская, дом 23, помещение 1, ИНН 7203442342 КПП 720301001 ОГРН 1187232003683 (далее — Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату и место рождения, пол, гражданство, место жительства, в том числе сведения о регистрации по месту жительства, месте проживания, место работы, социальное положение (статус), реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, наименование и код подразделения органа выдавшего документ), реквизиты полисов медицинского страхования, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), сведения об оказанной медицинской помощи, сведения о мерах социальной поддержки, данные о состоянии здоровья, в том числе, содержащие врачебную тайну в целях:

- установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, в медико-профилактических цепях при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну;
- защиты моих прав на получение качественной медицинской помощи;
- осуществления контроля качества оказанных мне медицинских услуг, проведения медико-профилактических мероприятий;
- оплаты оказанных по программе обязательного и добровольного медицинского страхования медицинских услуг;
- ведения учета оказанной медицинской помощи;
- формирования медицинских статистических данных в формах медико-статистического наблюдения;
- обеспечения соблюдения законов Российской Федерации и иных нормативных правовых актов Российской Федерации.

Предоставляю Оператору право осуществлять при обработке моих персональных данных все действия (операции) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в информационные хранилища (электронную базу данных, списки, реестры, регистры), а также учетные и отчетные формы в электронном и бумажном исполнении.

Оператор вправе осуществлять обработку моих персональных данных централизованно в Единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения, отраслевой информационной системе здравоохранения Тюменской области.

Оператор имеет право получать и передавать мои персональные данные, в том числе содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, с использованием средств автоматизации и без использования таких средств на материальных носителях, в том числе в бумажном виде в следующие государственные органы, организации (учреждения):

- федеральному и территориальному фондам обязательного медицинского страхования;
- пенсионному фонду Российской Федерации, включая его территориальные органы;
- страховым медицинским организациям, осуществляющим мое страхование;
- организациям (учреждениям), осуществляющим на законном основании обработку медико-статистической информации;
- органам управления здравоохранением Тюменской области (без автономных округов), муниципальных образований, расположенных на территории Тюменской области (без автономных округов);
- правоохранительным органам РФ

(Ф.И.О. подпись) актуально для иногородних лиц / отсутствие подписи означает отказ субъекта персональных данных по данной строке

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ 201\_\_\_\_г., и действует бессрочно, в случае если согласие не отозвано в письменной форме.

дата

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора..

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной представляющему до этого медицинской помощи и предоставления соответствующей статистической информации.

Контактный телефон(ы)

и почтовый адрес

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_

**СОГЛАСИЕ**  
**законного представителя субъекта персональных данных на обработку персональных данных субъекта**  
**персональных данных обратившегося в медицинскую организацию**

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,

Ф.И.О. полностью

паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_  
серия и номер \_\_\_\_\_

дата и наименование выдавшего органа \_\_\_\_\_,

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,

по месту регистрации

являющийся законным представителем \_\_\_\_\_

родителем, усыновителем, опекуном, попечителем

представляемого \_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество сына (дочери), усыновленного (удочеренной), подопечного (подопечной)

дата рождения « \_\_\_\_ » \_\_\_\_ г., \_\_\_\_\_

реквизиты документа, удостоверяющего личность (при наличии)

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку Обществом с ограниченной ответственностью «Центр-Мед» 625046, г. Тюмень, ул. Суходольская, дом 23, помещение 1, ИНН 7203442342 КПП 720301001 ОГРН 1187232003683 (далее — Оператор) персональных данных представляемого, включающих: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату и место рождения, пол, гражданство, место жительства, в том числе сведения о регистрации по месту жительства, месту проживания, месте работы, социальное положение (статус), реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, наименование и код подразделения органа выдавшего документ), реквизиты полисов медицинского страхования, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), сведения об оказанной медицинской помощи, сведения о мерах социальной поддержки, данные о состоянии здоровья, в том числе, содержащие врачебную тайну в целях:

— установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, в медико-профилактических целях при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну;

— защиты моих прав на получение качественной медицинской помощи;

— осуществления контроля качества оказанных мне медицинских услуг, проведения медико-профилактических мероприятий;

— оплаты оказанных по программе обязательного и добровольного медицинского страхования медицинских услуг;

— ведения учета оказанной медицинской помощи;

— формирования медицинских статистических данных в формах медико-статистического наблюдения;

— обеспечения соблюдения законов Российской Федерации и иных нормативных правовых актов Российской Федерации.

Представляю Оператору право осуществлять при обработке персональных данных представляемого все действия (операции) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Оператор вправе обрабатывать персональные данные представляемого посредством внесения их в информационные хранилища (электронную базу данных, списки, реестры, регистры), а также учетные и отчетные формы в электронном и бумажном исполнении.

Оператор вправе осуществлять обработку персональных данных представляемого централизованно в Единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения, отраслевой информационной системе здравоохранения Тюменской области.

Оператор имеет право получать и передавать персональные данные представляемого, в том числе содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, с использованием средств автоматизации и без использования таких средств, на материальных носителях, в том числе в бумажном виде в следующие государственные органы, организации (учреждения):

— федеральному и территориальному фондам обязательного медицинского страхования;

— пенсионному фонду Российской Федерации, включая его территориальные органы;

— страховым медицинским организациям, осуществляющим страхование представляемого;

— организациям (учреждениям), осуществляющим на законном основании обработку медико-статистической информации;

— органам управления здравоохранением Тюменской области (без автономных округов), муниципальных образований, расположенных на территории Тюменской области (без автономных округов).

- правоохранительным органам РФ.

Передача персональных данных представляемого иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ и действует бессрочно, в случае если согласие не отозвано в письменной форме.

дата

Я оставляю за собой право отзывать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной представляемому до этого медицинской помощи и предоставления соответствующей статистической информации.

Контактный телефон (ы): \_\_\_\_\_.

и почтовый адрес:

Подпись законного представителя (родителя, усыновителя, опекуна, попечителя) субъекта персональных данных



**Информированное добровольное согласие  
пациента на предоставление медицинских услуг на платной основе**

Главному врачу ООО «Центр-Мед»  
"\_\_\_" 201\_\_ г.

На основании ст. 19, 20, 21, 22, Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 28.12.2013, с изм. от 04.06.2014) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", ст. 10 Закона РФ от 7 февраля 1992 г. N 2300-1 "О защите прав потребителей"

Я,

(Ф.И.О. гражданина - пациента)

являющийся законным представителем \_\_\_\_\_

родителем, усыновителем, опекуном, попечителем

представляемого \_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество сына (дочери), усыновленного (удочеренной), подопечного (подопечной)

дата рождения «\_\_\_» \_\_\_\_ г., \_\_\_\_\_

реквизиты документа, удостоверяющего личность (при наличии)  
проживающего по адресу: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

(по месту регистрации)

медицинская карта N \_\_\_\_\_ желаю получить платные медицинские услуги в Общество с ограниченной ответственностью «Центр-Мед» 625046, г. Тюмень, ул. Суходольская, дом 23, помещение 1, ИНН 7203442342 КПП 720301001 ОГРН 1187232003683 далее – Организация, Я получил (а) полное и всестороннее разъяснение о предлагаемых диагностических мероприятиях и лечении моего заболевания.

Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг и даю свою согласие на их получение, и осознаю, что мне могут оказаться аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях.

Я согласен (а) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Организация не несет ответственности за их возникновение. Мне разъяснено, что я могу получить, один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен (на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей Организации. Я подтверждаю, что при подписании настоящего информированного согласия меня уведомили о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников организации, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на моем состоянии здоровья. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом, и я даю свое согласие на их оплату. Не возражая против записи медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием – исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Я подтверждаю, что даю свое согласие на обработку Организацией моих персональных данных, ставших ей известных, при подписании настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг.

Мне разъяснено, что я могу получить бесплатно в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Тюменской области, следующие диагностические процедуры и лечение, соответствующие моему заболеванию.

Решение об отказе получения диагностики и лечения моего заболевания на платной основе мной принято в связи с:

Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие медицинские услуги:

**При оказании услуги анонимно в случаях предусмотренных законодательством**

Мне, в соответствии с п. 1 ст. 10 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» своевременно предоставлена необходимая и достоверная информация о выбранной мною медицинской услуге, обеспечивающая возможность правильного выбора. Я осведомлен(а), что при оказании услуги у меня возникает риск невозможности доказать что-либо при получении помощи на анонимной основе, т.к. указываемые мною персональные данные являются вымышленными, что не противоречит п. 1 ст. 19 Гражданского кодекса РФ (ГК РФ), но п. 4 ст. 19 ГК РФ не допускает приобретение прав и обязанностей под чужим именем и в силу ст. 168 ГК РФ такая сделка (договор возмездного оказания медицинских услуг) может быть признана недействительной, в случае возникновения конфликта по поводу оказанной медицинской помощи.

Мне разъяснено, что в соответствии с законодательством пациентам получающим медицинскую помощь анонимно, не могут выдаваться по их просьбам или их законных представителей документы, подтверждающие их лечение на анонимной основе.



подпись пациента (представителя пациента - Заказчика)

Я ознакомлен (а) с действующим прейскурантом и согласен (а) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним за счет своих личных средств и иных источников дохода, не запрещенных действующим законодательством. Я ознакомлен (а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения от медицинских работников понятны и меня удовлетворяют. Настоящее информированное согласие подписано мною после проведения предварительной беседы и является приложением к Договору на оказание платных медицинских услуг. Информацию до пациента довел: \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)



подпись медицинского работника



подпись пациента (представителя пациента - Заказчика)

"\_\_\_" 201\_\_ г.