



D A R M E D

ДОГОВОР № _____ от « _____ » _____ 20 ____ г.
на предоставление платных медицинских услуг

ООО «Рич-Мед», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора **Швецова Эдуарда Павловича**, действующей на основании Устава и лицензии № 041-01137-77/00339834 от 18.10.2018 года, выданной Департаментом здравоохранения города Москвы с одной стороны, и _____ далее именуемый «Заказчик», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

- 1.1. Заказчик доверяет, а Исполнитель принимает на себя оказание консультативной, диагностической и лечебной помощи Заказчику на возмездной основе согласно Прейскуранту, действующему на момент оказания услуг.
- 1.2. Объем и возможность предоставления Заказчику медицинских услуг определяются врачом во время первичной консультации. Результаты консультации сообщаются Заказчику для принятия им решения о дальнейшем прохождении диагностики и лечения.

2. Стоимость лечения.

- 2.1. Стоимость оказанных медицинских услуг определяется по утвержденному прейскуранту, действующему на момент оказания услуги.

3. Условия оплаты.

- 3.1. Заказчик вносит в кассу Исполнителя оплату по результатам консультации, обследования и лечения согласно действующего на момент обращения прейскуранта услуг клиники.
- 3.2. По желанию Заказчика возможна как предоплата (внесение авансового платежа), так и оплата по факту, то есть за каждую проведенную лечебную процедуру, консультацию или исследование. Оплата по факту производится в день оказания услуги. Обязанность по учету поступивших денежных средств лежит на Исполнителе, который по требованию Заказчика обязуется предоставить сверку взаиморасчетов по настоящему договору.
- 3.3. Оплата консультации, обследования и лечения может производиться как самим Заказчиком, так и его Представителем.
- 3.4. Между сторонами допускаются наличные, безналичные расчеты, расчеты кредитными картами.
- 3.5. В случае внесения авансового платежа Заказчик вправе прервать действие договора, предварительно в письменной форме уведомив об этом Исполнителя. В этом случае внесенная сумма возвращается Заказчику в течение 14 банковских дней за вычетом понесенных Исполнителем расходов по оказанию медицинских услуг.

4. Права и обязанности сторон.

4.1. Заказчик имеет право:

- самостоятельно, на основе действующего Прейскуранта, определять перечень услуг, которые он планирует получить в рамках настоящего Договора с учетом рекомендаций, полученных от лечащего врача;
- получать медицинскую документацию о результатах предварительного обследования, лечения и обследования после лечения (выписка из амбулаторной карты);
- получать необходимую информацию о предоставляемых медицинских услугах; по требованию Заказчика ему может быть представлена смета полученных услуг за определенный период.
- подписать согласие на распространение персональных данных (изменения в ФЗ от от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» - «Персональные данные, разрешенные для распространения» (приложение № 3 к данному договору).

Заказчик обязан:

- подписать информированное Согласие на медицинское вмешательство согласно Приказа МЗ РФ от 20.12.2012 № 1177Н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства» в редакции от 10.08.2015 №549Н и в редакции от 17.07.2019 № 538Н.; (приложение № 1 к настоящему договору);
- подписать согласие на обработку персональных данных, статья 9 ФЗ РФ от 27.07.2006 г № 152 «О персональных данных», (приложение № 2 к данному договору);
- выполнять назначения и требования врача, связанные с исполнением договора;
- сообщить о фактах, отягощающих анамнез, таких как: индивидуальная непереносимость лекарств, прием сильнодействующих препаратов, тяжелые и хронические заболевания (сахарный диабет, эпилепсия и прочие), употребление алкоголя и наркотических веществ; ранее выявленных нежелательных реакциях на косметологические процедуры.
- своевременно оплачивать Исполнителю стоимость оказанных медицинских услуг;
- прибыть на прием в установленное время в соответствии с предварительной записью.

4.2. Исполнитель имеет право:

- по своему усмотрению изменять Прейскурант услуг;
- привлекать третьих лиц к исполнению своих обязательств по данному договору;
- в случае необходимости Исполнитель, с согласия Заказчика, проводит диагностические обследования для установления диагноза и назначения правильного лечения;
- исполнитель вправе отказаться от заключения настоящего Договора, либо в одностороннем внесудебном порядке расторгнуть настоящий Договор и отказать Заказчику в предоставлении медицинских услуг в следующих случаях:

- 1). несоблюдения заказчиком норм общественного поведения (алкогольное и наркотическое опьянение, грубое обращение с персоналом, оскорбление персонала, угрозы в адрес персонала, Исполнителя и т.д.);
- 2). нарушения рекомендаций врача во время проведения лечения;
- 3). при выявлении в процессе лечения медицинских противопоказаний.

5. Обязанности исполнителя.

Исполнитель обязан:

- оказывать Заказчику медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего договора с соблюдением всех требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ;
- обеспечивать своевременное и качественное информирование Заказчика о ходе лечения, о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения;
- оказать услуги в сроки, согласованные с Заказчиком по предварительной записи (при условии явки Заказчика на приемы);
- обеспечивать соответствующую профессиональную подготовку медицинского персонала, что должно подтверждаться действующими сертификатами специалистов, с которыми Заказчик может ознакомиться;
- информировать Заказчика о стоимости оказания предполагаемых медицинских услуг путем ознакомления с действующим Прейскурантом.

5.1. При отсутствии аргументированных претензий со стороны Заказчика услуги будут считаться выполненными в день обращения согласно требованиям настоящего Договора и подлежат оплате.

5.2. Все претензии по медицинскому обслуживанию Заказчик имеет право высказывать только ответственным сотрудникам Исполнителя (заведующий отделением, заместитель главного врача, главный врач), спорные вопросы решаются врачебной комиссией Исполнителя в составе главного врача (заместителя главного врача), членов комиссии и лечащего врача. При недостижении обоюдного согласия данный конфликт решается в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.3. Заказчик предупрежден о возможных осложнениях при проведении диагностических и косметологических процедур, о возможных статистически достоверных диагностических ошибках, связанных с разрешающей способностью аппаратуры, а также о возможностях отсутствия ожидаемого положительного эффекта от лечения, связанного с индивидуальными особенностями организма, ответственности за которые Исполнитель не несет.

6. Конфиденциальность.

Исполнитель принимает на себя обязательства по сохранению врачебной тайны за исключением случаев, предусмотренных законодательством.

7. Срок действия договора.

Договор начинает действовать с момента подписания и действует неопределенный срок. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую силу.

8. Юридические адреса и реквизиты сторон.

Исполнитель

ООО «Рич-Мед»
адрес: 119021, г. Москва, ул. Комсомольский
проспект, д.24/2
Телефон:8(499) 490-10-15
ИНН 770443178, КПП 770401001
ОГРН 1177746888692
ПАО «Сбербанк»
р/с 40702810838000114518
БИК 044525225
к/с 301018104000000225

Генеральный директор ООО «Рич-Мед»

_____ / Швецов Э.П.

Заказчик:

ФИО: _____

Паспортные данные: _____

Адрес фактического проживания: _____

Телефон: _____

_____ / _____



D A R M E D

**Приложение № 1 к договору на оказание
медицинских услуг**

В соответствии с пп.5ч.1 ст.6 ФЗ №152 «О персональных данных» получение согласия от пациента на обработку его общих персональных данных (ФИО, контакты, паспортные данные), если она осуществляется только в рамках договора на оказание медицинских услуг, не требуется.

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

на обработку специальных категорий персональных данных (данных о здоровье), биометрических данных

Я, _____

(фамилия, имя, отчество полностью, паспортные данные, адрес)

даю согласие ООО «Рич-Мед» (Фактический адрес: : 119021, г. Москва, ул. Комсомольский проспект, д.24/21) на обработку моих персональных данных.

Обработка данных о моем здоровье, биометрических данных (моего видеоизображения) может осуществляться в медико-профилактических целях, в целях обеспечения безопасности сотрудников медицинской организации и моей безопасности; в целях рассмотрения конфликтов, стороной которых я являюсь; в целях проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи, оказываемой мне. Обработка персональных данных и данных о здоровье может осуществляться в медико-профилактических целях.

Обработка данных о здоровье в научных, исследовательских, учебных, а также в целях продвижения косметологических услуг клиники, включая обнародование и дальнейшее использование изображений, результатов фото и видеосъемки лечебного процесса, допускается при условии их обезличивания.

В процессе оказания Клиникой мне медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать данные о моем здоровье или здоровье моего ребенка другим должностным лицам Клиники в интересах моего обследования и лечения.

Я предоставляю Клинике право осуществлять все действия (операции) с данными о моем здоровье или здоровье моего ребенка, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание в научных, учебных или статистических целях, блокирование, уничтожение данных.

Срок хранения моих персональных данных или данных моего ребенка, срок действия Согласия соответствуют сроку хранения первичных медицинских документов, и составляет 25 лет.

Передача моих персональных данных иным лицам, не указанным в настоящем согласии, или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я даю свое согласие на пересылку копий медицинской документации, результатов анализов, выписок из медицинской документации на указанную электронную почту: _____.

Я ознакомлен(а), что канал пересылки информации по электронной почте не является защищенным и не может гарантировать сохранность медицинской тайны и персональных данных.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Клиники по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Клиники. Я понимаю, что согласно п.2 ст. 9 ФЗ № 152 «О персональных данных» клиника имеет право продолжить обработку данных о моем здоровье или здоровье моего ребенка в медико-профилактических целях даже в случае отзыва мною настоящего согласия.

Я понимаю, что в случаях, предусмотренных п.4 ст. 13 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» сведения о моем здоровье или здоровье моего ребенка, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы без моего согласия иным медицинским организациям, органам следствия, суда, прокуратуры, органам санитарно-эпидемиологического контроля, военкоматам, органам опеки и попечительства, иным органам государственной власти, если это предусмотрено федеральным законом.

Подпись субъекта персональных данных _____

Дата составления согласия _____

Исполнитель:

Подпись администратора: _____