[**ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТ, УСЛУГ**](http://blanker.ru/doc/dogovor-usluga-medichina)

г. Воткинск **"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.**

**ООО «Личный доктор»**, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице генерального директора **Караваевой Любови Олеговны** действующей на основании Устава, с одной стороны и ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** именуемый в дальнейшем **«Потребитель»**, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. **Предмет Договора**

1.1. Исполнитель обязуется оказать **Потребителю** (далее по тексту Пациенту) медицинские работы, услуги, на условиях настоящего Договора, согласно разрешительному перечню лицензии: № ЛО41-01129-18/00335017 от 04 октября 2019г., а Потребитель добровольно принимает на себя обязательство оплачивать оказанные медицинские работы, услуги в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором:

1.2. Основанием для предоставления Работнику медицинских услуг является наличие у Работника документа, удостоверяющего личность.

1.3. Перечень платных медицинских услуг, предоставляется в соответствии с договором:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  № | Наименование медицинских услуг | Срок оказания услуги | Стоимость медицинской услуги/ руб. |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Всего к оплате: |  |  |

1.4. Сроки ожидания предоставления медицинских услуг, предусмотренных п. 1.3. настоящего Договора:

1) консультационные услуги оказываются по записи в день обращения Потребителя с учетом загруженности врача;

2) для курсовых процедур - в день обращения или в соответствии с записью на приеме с учетом согласования плана лечения.

1.5. Потребитель уведомляется о том, что может потребоваться дополнительное медицинское вмешательство для обеспечения безопасности и надлежащего качества оказания платных медицинских услуг. Перечень дополнительных услуг согласовывается с Потребителем и указывается в плане лечения.

1.6. При необходимости Потребителю могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень и сроки оказания которых согласуются Сторонами в дополнительном соглашении к настоящему Договору.

**2. Права и обязанности Сторон**

 **2. 1. Пациент имеет право:**

2.1.1. Получать качественные медицинские работы, услуги (медицинскую помощь) отвечающую требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ.

2.1.2. В любой момент отказаться от медицинской помощи с оплатой фактически оказанных работ, услуг.

2.1.3. Получать сведения о квалификации и сертификации специалистов.

2.1.4. Самостоятельно, после согласования с лечащим врачом, приобретать расходные материалы и лекарственные средства, за качество которых Исполнитель ответственности не несет.

2.1.5. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни в соответствии с законодательством РФ.

2.1.6. Получать в доступной для него форме имеющуюся информацию о состоянии своего 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.

2.1.7. Пациент имеет право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. В случаях, когда состояние Пациента не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах Пациента решает консилиум, а в особых случаях лечащий (дежурный) врач. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается пациентом или его законным представителем, а также врачом.

**2.2.**  **Пациент обязуется:**

2.2.1. Оплатить стоимость предоставляемых медицинских работ, услуг, согласно действующего Прейскуранта цен Исполнителя.

2.2.2. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление платных медицинских услуг, включая своевременную явку на повторный приём и предоставление необходимой для качественного лечения информации.

2.2.3. Возместить убытки в случае причинения ущерба имуществу (медицинское оборудование и т.п.) Исполнителя Пациентом.

2.2.4. Ознакомиться с правилами внутреннего распорядка Исполнителя и соблюдать эти правила.

2.2.5. Ознакомиться с действующим Прейскурантом цен Исполнителя.

2.2.6. Ознакомиться с действующими правилами поведения пациентов в ООО «Личный доктор» и соблюдать эти правила.

2.2.7. Выполнять назначения и рекомендации лечащего врача.

2.2.8. Сообщать лечащему врачу все сведения о состоянии своего здоровья.

2.2.9. В случае любых изменений в состоянии здоровья немедленно сообщать об этом лечащему врачу.

2.2.8. Удостоверить личной подписью:

- Согласие на обработку персональных данных.

- Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства.

**2.3.** **Исполнитель имеет право:**

2.3.1. Определять длительность лечения, объем медицинских работ, услуг согласно медицинских стандартов РФ;

2.3.2. В случае возникновения неотложных состояний, угрожающих жизни Пациента, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи.

2.3.3. При необходимости привлекать для оказания медицинских услуг сторонних исполнителей по согласованию с Пациентом;

* + 1. Исполнитель имеет право расторгнуть договор при нарушении Пациентом правил внутреннего распорядка и при неадекватном, грубом поведении Пациента.

**2.4**. **Исполнитель обязан:**

2.4.1. Предоставить возможность Пациенту ознакомиться с правилами внутреннего распорядка, с действующим Прейскурантом цен, с действующими правилами поведения пациентов Исполнителя.

2.4.2. Обеспечить соответствие предоставляемых по настоящему Договору услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения на территории Российской Федерации.

2.4.3. Представлять акт выполненных работ с указанием перечня и стоимости оказанных медицинских услуг.

**3. Стоимость услуг и порядок расчётов**

3.1. Пациент оплачивает 100% стоимость оказанных медицинских услуг по действующему Прейскуранту цен, утверждённому Исполнителем;

3.2. При заключении договора заказчик вносит в кассу Исполнителя предварительную плату за оказание медицинских работ, услуг.

3.3. Стоимость услуг по данному договору составляет **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб. 00 коп**. (Приложение №1 Акт выполненных работ).

3.4. Стоимость услуг может быть увеличена по согласованию с Пациентом в случае оказания дополнительных медицинских услуг.

3.5. Если стоимость медицинских работ, услуг меньше внесенного аванса, то остаток денежных средств возвращается заказчику.

**4. Ответственность Сторон**

4.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**5. Конфиденциальность**

5.1. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении.

5.2. С согласия Пациента или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, указанным Пациентом или его законным представителем.

5.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациента или его законного представителя допускается в случаях, установленных ст. 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан.

**6. Сроки исполнения**

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и внесения Заказчиком авансовой стоимости медицинских работ, услуг и действителен до полного исполнения сторонами своих обязательств.

**7. Дополнительные условия**

7.1. Пациент уведомлен о порядке получения медицинской помощи на территории Российской Федерации, а также о возможности получения бесплатной медицинской помощи, предусмотренной программами обязательного медицинского страхования. Пациент согласен получить медицинскую помощь (медицинские работы, услуги) в ООО «Личный доктор» на платной основе.

7.2. Все остальное, что не урегулировано настоящим Договором, регулируется законодательством Российской Федерации.

7.3. Все споры по договору стороны стараются урегулировать в дружеском порядке путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ в суде по месту нахождения Исполнителя.

**8. Реквизиты сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:****Общество с ограниченной ответственностью «Личный доктор»** Удмуртская Республика, г.Воткинск, ул.Ленина 17, офис 21. Тел.: 8(34145) 5-46-69, e-mail: vtkdoktor@mail.ru ИНН 1828021481; ОГРН 1111828002648; Лицензия: № ЛО41-01129-18/00335017**,** выдана Министерством здравоохранения Удмуртской Республики от 04 октября 2019г.Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Л.О.Караваева/  М.П. | Потребитель:Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ДАТА ВЫДАЧИ: \_\_\_\_.\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_\_г.Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_/ |

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» № 152-ФЗдаю согласие на обработку персональных данных. Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных:

Общество с ограниченной ответственностью «Личный доктор», Удмуртская Республика, г.Воткинск, ул.Ленина 17. Тел. 5-46-69.

Цель обработки персональных данных: оказание медицинских услуг и осуществление иных, связанных с этим мероприятий.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, контактный телефон, реквизиты полиса (ДМС), номер ИНН, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация. Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача) в порядке, установленном законодательством РФ, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных), иные действия.

Общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных: внесение персональных данных в электронную базу данных, включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС), обмен (прием и передача) моими персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи.

Срок, в течение которого действует согласие: согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

Порядок отзыва согласия: отзыв согласия осуществляется путем подачи субъектом персональных данных соответствующего письменного заявления оператору, получившему согласие.

Подпись гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_ **\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ **"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство: Проведение медицинского осмотра

Я в полной мере проинформирован (а) о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях, результатах данного медицинского вмешательства. Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно соглашаюсь на медицинское вмешательство. Я получил (а) подробные объяснения по поводу заболевания, осведомлен (а) об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время указанного медицинского вмешательства*,* включая анестезию и прием лекарственных средств, и понимаю, что существует определенная степень риска возникновения следующих побочных эффектов и осложнений:

- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- аллергические реакции и др.

Запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях введения медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена.

Я согласен (а) на применение всех необходимых по моему состоянию здоровья лекарственных препаратов за исключением: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы.

Кроме того, я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические исследования), которые они сочтут необходимыми.

Я даю согласие на все вмешательства перечисленные в Приказе МЗСР РФ от 23.04.2012 г. N 390н с которым мне дали ознакомиться.

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_/ "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.