

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ УСЛУГ

Я, _____, _____ года рождения, (далее-Заказчик), настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в ООО «Медсервисхаб» (Исполнитель)

При этом Исполнитель в доступной для меня форме:

- ознакомил с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (Постановление Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006")

- ознакомил с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;

- уведомил о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий оказания медицинской помощи, т.е. по месту жительства (в поликлинике), при наличии полиса обязательного страхования, СНИЛС и паспорта.

Настоящее соглашение мною прочитано и подписано после проведения разъяснительной беседы и ознакомления с информацией по порядку предоставления платных медицинских услуг и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

Потребитель(Заказчик) V _____
(подпись) (расшифровка подписи) (дата)

Договор составлен в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023г. № 736 и Законом об охране здоровья граждан № 323-ФЗ.

До заключения договора Исполнитель уведомляет Потребителя (Заказчика) о том, что в соответствии с Федеральным [законом](#) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", обязан соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в медицинской организации. 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 (Заказчика). До заключения договора Потребитель (Заказчик) ознакомлен с прейскурантом клиники, положением о «гарантии» на услугу и что она в себя включает, порядком оказания платных медицинских услуг, расположенных на сайте клиники, информационном стенде в регистратуре клиники.

Потребитель (Заказчик) проинформирован, что ООО "Медсервисхаб" не участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Потребитель(Заказчик) V _____
(подпись) (расшифровка подписи) (дата)

Договор на оказание платных медицинских услуг № ____

«__» _____ 2023 г.

Общество с ограниченной ответственностью «Медсервисхаб» (рег.номер 1132723003676 зарегистрированное в ИФНС России по Индустриальному р-ну, г.Хабаровска), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Примачевой Альфии Рафиковны действующей на основании Устава, с одной стороны и

Сведения о потребителе фиксируются со слов потребителя услуг (анонимно).

(физическое или юридическое лицо)

именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель» (Заказчик), с другой стороны, а вместе, именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. По настоящему Договору Исполнитель предоставляет Потребителю **медицинские услуги** по своему профилю деятельности в соответствии с выданной лицензией на осуществление медицинской деятельности (Лицензия № ЛО-27-01-002698 от 23.01.2019г выдана Министерством Здравоохранения Хабаровского края, г. Хабаровск, ул.Запарина, 76, тел: (4212) 402-000: при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; при оказании первичной специальной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по : психиатрии, психиатрии-наркологии), согласно Прейскуранту цен (тарифов) на медицинские услуги (далее – Прейскурант), утвержденным в установленном порядке, а Потребитель (Заказчик) обязуется оплатить оказанные услуги.

1.1.1. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, которое является Приложением №1 к настоящему Договору.

1.1.2 Срок ожидания предоставления платных медицинских услуг не более 24 часов с момента подписания договора если услуга включает в себя одно посещение, и не более 15 дней с момента подписания договора, если услуга включает в себя не одно посещение

1.2. Перечень медицинских услуг, оказываемых Потребителю в соответствии с настоящим Договором (в соответствии с номенклатурой медицинских услуг:

- В01.036.001 Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра-нарколога первичный
- А13.29.007.001 Индивидуальная клинико-психологическая коррекция
- А25.29.001 Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях психической сферы

- 1.3. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:
- предоставил потребителю информацию о проф.образовании и квалификации мед работников оказывающих данные услуги
 - ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (Постановление Правительства РФ от 11 мая 2023 г. N 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006");
 - ознакомил его с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;
 - уведомил его о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
 - уведомил его (Заказчика) 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 её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.
 - уведомил его (Заказчика) что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.
- 1.4. Подписав настоящий Договор, Потребитель (Заказчик) подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.
- 1.5. Срок предоставления медицинских услуг с «__»_____2023г. по «__»_____2023г.

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

- 2.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых Потребителю платных медицинских услуг, согласно п. 1.2. настоящего Договора.
- 2.1.4. Исполнитель обязан предоставить дополнительные медицинские услуги по экстренным показаниям, для устранения угрозы жизни Потребителя, при внезапных острых заболеваниях и осложнениях, без взимания платы.
- 2.1.5. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством РФ порядке.
- 2.1.7. Исполнитель обязан предупредить Потребителя, в случае, если требуются дополнительно оплачиваемые медицинские услуги, которые Исполнитель не вправе оказывать без согласия Заказчика, в противном случае Исполнитель обязан возместить Потребителю стоимость данных услуг.
- 2.1.8. Исполнитель обязан соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся здоровья Потребителя

2.2. Потребитель (Заказчик) обязуется:

- 2.2.1. Оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги, перечень которых указан в п.1.2 настоящего договора.
- 2.2.2. Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.
- 2.2.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги по настоящему Договору.
- 2.2.5. При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) о любых изменениях самочувствия.
- 2.2.6. Отказаться на весь период предоставления медицинских услуг по настоящему Договору, от употребления наркотиков и лекарств, их содержащих, психотропных препаратов, алкоголь-содержащих напитков.
- 2.2.7. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Исполнителем (медицинским работником, предоставляющим платные медицинские услуги) употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав и т. д.
- 2.2.9. Соблюдать внутренний режим нахождения в медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

3. Цена и порядок оплаты услуг

- 3.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Пациенту согласно п. 2.2. настоящего Договора, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом цен (тарифов) платных медицинских услуг, и составляет _____ рублей.

(прописью)

- 3.2. Стоимость медицинских услуг по настоящему Договору определяется по Прейскуранту цен (тарифов) платных медицинских услуг, действующему на момент заключения настоящего Договора, и остается неизменной в течение всего срока действия настоящего Договора.

- 3.3. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Потребителем (Заказчиком) путем предоплаты до начала их оказания (*наличными денежными средствами*) в кассе медицинской организации, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. Потребителю (Заказчику) после оплаты медицинских услуг выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых медицинских услуг, установленного образца.

4. Ответственность сторон

- 4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.
- 4.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 4.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье.
- 4.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Потребителем (Заказчиком) условий настоящего Договора.
- 4.5. Стороны освобождаются от ответственности за исполнение обязательств в случае форс-мажорных обстоятельств.

5. Порядок изменения и расторжения Договора

5.1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.

5.2. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Потребителя после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Отказ Потребителя от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю. Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика) о расторжении настоящего Договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

6. Заключительные положения

6.1. Договор на оказание платных медицинских услуг заключён в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

6.1.1. В случае, если настоящий Договор заключается между Исполнителем и Заказчиком в пользу Потребителя, то настоящий Договор заключается в 3-х экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй у Заказчика, третий у Потребителя.

6.1.2. Все споры, вытекающие из настоящего Договора стороны будут решать по возможности путем переговоров. При невозможности достижения согласий, спор подлежит передаче на рассмотрение суда, в соответствии с законодательством РФ.

6.2 Жалобы и вопросы потребитель/заказчик может направлять по электронному адресу centrkod@yandex.ru

6.3 Предоставление медицинских документов, их копий и выписок из них производится согласно приказу от 31 июля 2020 г. п 789н об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них, а имеено:

Для получения медицинских документов (их копий) или выписок из них пациент либо его законный представитель представляет запрос о предоставлении медицинских документов (их копий) и выписок из них на бумажном носителе (при личном обращении или по почте) который составляется в свободной форме и содержит:

1) сведения о пациенте:

а) фамилия, имя, отчество (при наличии);

б) реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента;

в) адрес места жительства (места пребывания);

г) почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений и (в случае, если имеется) номер контактного телефона, адрес электронной почты (при наличии);

2) в случае обращения от имени пациента его законного представителя - сведения о законном представителе, указанные в подпункте 1 настоящего пункта;

3) наименования медицинских документов (их копий) или выписок из них, отражающих состояние здоровья пациента, которые пациент либо его законный представитель намерен получить, и период, за который он намерен их получить;

4) сведения о способе получения пациентом (его законным представителем) запрашиваемых медицинских документов (их копий) или выписок из них (для получения медицинских документов (их копий) и выписок из них на бумажном носителе - при личном обращении или по почте

5) дату подачи запроса и подпись пациента либо его законного представителя

В случае направления запроса пациентом либо его законным представителем о предоставлении оригинала медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, предоставляется ее копия или выписка из нее. При подаче запроса лично, а также при личном получении медицинских документов (их копий) и выписок из них пациент либо его законный представитель предъявляет документ, удостоверяющий личность. Законный представитель пациента дополнительно предъявляет документ, подтверждающий его статус. В случае выбора способа получения пациентом (его законным представителем) запрашиваемых медицинских документов (их копий) или выписок из них по почте соответствующие медицинские документы (их копии) или выписки из них направляются заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении. В случае отсутствия в запросе сведений, указанных в пункте 2 настоящего Порядка, и (или) документа, подтверждающего статус законного представителя, медицинская организация в письменной или электронной форме информирует об этом пациента либо его законного представителя в срок, не превышающий четырнадцати календарных дней со дня регистрации в медицинской организации запроса. Предоставление пациенту либо его законному представителю копий медицинских документов и выписок из них на бумажном носителе осуществляется в количестве одного экземпляра.

Запись о предоставлении пациенту либо его законному представителю копий медицинских документов или выписок из медицинских документов вносится в медицинские документы пациента.

Максимальный срок выдачи медицинских документов (их копий) и выписок из них с момента регистрации в медицинской организации запроса не должен превышать сроков, установленных требованиями законодательства о порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации (30 дней). Выписка из медицинских документов на бумажном носителе оформляется в произвольной форме с проставлением штампа медицинской организации или на бланк медицинской организации (при наличии), подписывается врачом, заверяется печатью медицинской организации, в отгиске которой должно идентифицироваться полное наименование медицинской организации, соответствующее наименованию, указанному в ее учредительных документах, и выдается пациенту (его законному представителю). Копии медицинских документов, изготавливаемые на бумажном носителе методом ксерокопирования, заверяются на последней странице отметкой "Копия верна", подписью ответственного медицинского работника с указанием его фамилии, инициалов, должности и даты выдачи копии, а также печатью, на оттиске которой должно идентифицироваться полное наименование медицинской организации, соответствующее наименованию, указанному в ее учредительных документах.

6.4 Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами.

6.4.1 После исполнения настоящего Договора Исполнителем выдаются Потребителю (законному представителю Потребителя), по его письменному заявлению на имя директора клиники, медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг.

4. Юридические адреса и банковские реквизиты Сторон

Исполнитель

ООО «Медсервисхаб»

Юр.адрес: г.Хабаровск, Белорусская, д.4, кВ.44

ИНН 2723161902, КПП 272301001,

ОГРН 1132723003676

Адрес: г.Хабаровск, Тургенева, 49-404.

www.narkolog27.rf

Директор ООО «Медсервисхаб»

_____/А.Р.Примачева/

М.П

Потребитель (Заказчик)

ФИО _____

Год рождения _____

Документы, удостоверяющие личность

Телефон

Потребитель (Заказчик)

_____(ФИО_)

**СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____
(Ф.И.О. полностью)
паспорт серия _____ номер _____ выдан _____ дата выдачи _____
Адрес: _____
Телефон: _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ (и ФЗ Российской Федерации от 25.07.2011 г. № 261-ФЗ "О внесении изменений в Федеральный закон "О персональных данных»), статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" подтверждаю свое согласие на обработку **Обществом с ограниченной ответственностью «Медсервисхаб»** (680000, г.Хабаровск, ул.Тургенева, 49-404) (далее - Оператор) моих персональных данных, персональных данных представляемого мной (Ф.И.О.),

включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ДМС, место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны. В процессе оказания Оператором мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные (персональные данные представляемого мной лица), в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения и внутреннего учета Оператора.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (в страховую медицинскую организацию, организацию -заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Я разрешаю/не разрешаю (ненужное зачеркнуть) предоставлять сведения о фактах моего обращения за медицинской помощью и состоянии здоровья, диагнозе, в т. ч. через регистратуру, а также в случаях неблагоприятного прогноза развития моего заболевания следующим лицам:

(Ф.И.О. полностью, контактный телефон)

Пациент (или его законный представитель) _____
(подпись, фамилия, инициалы)

(реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента)

Дата: « ____ » _____ 202_ г.

Примечание:

В соответствии со ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство подписывает законный представитель в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет, а также в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство.

Сведения в базу данных внесены:
Регистратор _____