

Приложение № 3
к положению о порядке и условиях
предоставления платных медицинских услуг
в обществе с ограниченной ответственностью
«Е В Р О М Е Д»

Договор об оказании платных медицинских услуг

Согласие на обработку персональных данных

Уведомление о несоблюдении указаний (рекомендаций)

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Заявление о возврате стоимости услуг

**ДОГОВОР Н
ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

«27» июня 2017г.

г. Новороссийск

Общество с ограниченной ответственностью «Евромед» (сокращенное наименование - ООО «Евромед», фирменное наименование - Общество с ограниченной ответственностью «Евромед», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Минасяна Рубена Гарниковича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и законный представитель потребителя мать Иванова Наталья Ивановна, именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик», и Иван Иванович 01.02.2005, именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, совместно именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили настоящий договор (далее – «Договор») о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель по заказу Заказчика обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги (далее - услуги), согласно перечню услуг, а Заказчик уплачивает Исполнителю вознаграждение в размере, порядке и сроки, которые установлены Договором.

2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

2.1. Стоимость оказываемых Потребителю услуг согласно прейскуранту составляет: рублей, в том числе:

2.2. Оплата Потребителем производится наличным платежом в кассу Исполнителя или по безналичному расчету, путем перечисления денежных средств на счет Исполнителя, указанного в Договоре до предоставления услуг.

2.3. При оплате наличным платежом в кассу Исполнитель выдает в соответствии с законодательством Российской Федерации документ, подтверждающий произведенную оплату услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца).

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Оказать Потребителю услуги надлежащего качества и в установленный Договором срок.

3.1.2. При оказании услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм.

3.1.3. Использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфицирующие средства, разрешенные для применения в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, соблюдать порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.1.4. По требованию Потребителя и (или) Заказчика предоставить для ознакомления: копии учредительных документов; копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг).

3.1.5. Обеспечить Потребителя и (или) Заказчика бесплатной, доступной и достоверной информацией об услугах, содержащую следующие сведения: порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении услуг; информацию о конкретном медицинском работнике, предлагающем соответствующую услугу (его профессиональном образовании и квалификации); информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисками, возможными видами медицинских вмешательств, их последствиях и ожидаемыми результатами оказания медицинской помощи; другие сведения, относящиеся к предмету Договора.

3.1.6. После исполнения Договора выдать Потребителю (Заказчику), либо лицу, указанному в п.11.1. Договора, медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя после получения услуг.

3.1.7. В случае если при предоставлении услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных услуг, не предусмотренных настоящим Договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя (Заказчика) и без согласия Потребителя (Заказчика) не вправе предоставлять дополнительные услуги на возмездной основе.

3.1.8. В случае если при предоставлении медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

3.1.9. Хранить в тайне сведения о факте обращения Потребителя за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, не предоставляем третиим лицам перечисленные сведения без согласия Потребителя (Заказчика) Потребителя (Заказчика), за исключением случаев установленных действующим законодательством Российской Федерации.

3.1.10. В случае оказания услуг, связанных с медицинским вмешательством, Исполнитель обязан до начала оказания услуг получить информированное добровольное согласие Потребителя (Заказчика).

3.1.11. Выполнять иные обязанности в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и Договором.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. Запрашивать и получать от Потребителя (Заказчика) информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по Договору. В случае не предоставления либо неполного или неверного предоставления информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по Договору до предоставления необходимой информации.

3.2.2. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

3.2.3. В ходе проведения лабораторных исследований допускается привлечение к проведению исследований других медицинских организаций и лабораторий, имеющих предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации лицензию на осуществление соответствующей медицинской деятельности.

3.2.4. Привлечение сторонних медицинских организаций и лабораторий осуществляется путем передачи такой организации или лаборатории в установленном действующим законодательством Российской Федерации порядке биоматериала для проведения исследований с последующей передачей результатов исследования Потребителю.

3.2.5. Имеет иные права, предоставленные Исполнителю в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и Договором.

3.3. Заказчик обязан:

3.3.1. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены Договором.

3.3.2. Информировать Исполнителя о состоянии здоровья Потребителя, перенесенных им заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

3.3.3. Соблюдать самому и обеспечивать соблюдение Потребителем в полном объеме правил и условий получения услуг, режим работы Исполнителя.

3.3.4. Обеспечить выполнение Потребителем всех рекомендаций медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих ему по настоящему Договору медицинские услуги, по подготовке к оказанию услуг, по лечению, в том числе обеспечить соблюдение указаний медицинского персонала Исполнителя, предписанных на период после оказания услуг.

3.3.5. Находиться постоянно рядом с несовершеннолетним пациентом, не допускать факторов, которые могут привести к травматизму Потребителя.

3.3.6. Своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Потребителем (Заказчиком) условий Договора, а также о необходимости изменения назначенного Потребителю времени получения медицинской услуги.

3.3.7. Выполнять иные обязанности в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и Договором.

3.4. Заказчик имеет право:

3.4.1. Получать от Исполнителя полную, доступную для понимания, своевременную информацию о получаемых услугах.

3.4.2. В отношении Потребителя, не достигшего возраста, установленного действующим законодательством Российской Федерации, а также лица, достигшего установленного возраста, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство:

- давать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи;

- отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

3.4.3. 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 за причинение морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.

3.4.4. Получать информацию о состоянии здоровья Потребителя, медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов) в случаях установленных Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

3.4.5. Имеет иные права, предоставленные Потребителю в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и Договором.

3.5. Потребитель обязан при достижении возраста, установленного действующим законодательством Российской Федерации:

3.5.1. Информировать Исполнителя о состоянии своего здоровья, перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

3.5.2. Соблюдать в полном объеме правила и условия получения услуг, режим работы Исполнителя.

3.5.3. Выполнять рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих ему по настоящему Договору медицинские услуги, по подготовке к оказанию услуг, по лечению, в том числе обеспечить соблюдение указаний медицинского персонала Исполнителя, предписанных на период после оказания услуг.

3.5.4. Выполнять иные обязанности в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и Договором.

3.6. Потребитель имеет право:

3.6.1. Получать от Исполнителя полную, доступную для понимания, своевременную информацию о получаемых услугах.

3.6.2. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с п. 1.1. Договора.

3.6.3. На обследование и лечение в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.

3.6.4. Несовершеннолетние в возрасте старше пятнадцати лет, несовершеннолетние, больные наркоманией, в возрасте старше шестнадцати лет имеют право:

- давать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи;

- отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

- получать информацию о состоянии своего здоровья, медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), давать согласие в установленном порядке на предоставление указанных сведений, документов третьим лицам.

3.6.5. Имеет иные права, предоставленные Потребителю в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и Договором.

4. СРОКИ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

4.1. Дата начала оказания услуг считается дата осмотра, обследования, взятия крови на исследование и т.д. «27» июня 2017г.

4.2. Дата окончания оказания услуг «27» июня 2017г.

5. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ, ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГАХ

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я, *****, проживающий по адресу , паспорт № 27'07 2006 г. № 152 - ФЗ требованием статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152 - ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку Обществом с ограниченной ответственностью «Евромед» (место нахождения: 353905, Россия, Краснодарский край, г. Новороссийск, Лейтенанта Шмидта, 39, место осуществления деятельности: 353905, Россия, Краснодарский край, ул. Лейтенанта Шмидта, д. № 39, 1 этаж) (далее – Оператор) моих персональных данных, включаяющих: фамилию, имя, отчество, пол, место и дату рождения; регистрацию по месту жительства; адрес проживания (фактический); телефонный номер (домашний, рабочий, мобильный); паспортные данные (серия, номер паспорта, кем и когда выдан); информацию о трудовой деятельности (место работы или учебное заведение, должность), информацию о состоянии моего здоровья, в том числе сведения о заболеваниях, наличие ВИЧ-инфекции, сифилиса, вирусных гепатитов, иных инфекционных заболеваний, в случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, а также путем формирования баз данных на бумажныхносителях, в том числе включения персональных данных в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

В процессе и после оказания Оператором мне медицинских услуг я предоставляю право Оператору (медицинским работникам) передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения, а также лицам, указанным в п.11.1. договора на оказание платных медицинских услуг и лицам, указанным в информированном добровольном согласии на виды медицинских вмешательств.

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152 - ФЗ «О персональных данных» Оператор обязуется обеспечить конфиденциальность обрабатываемых персональных данных, за исключением случаев установленных действующим законодательством Российской Федерации.

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отзывать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить обработку персональных данных и уничтожить персональные данные в срок, не превышающий тридцати рабочих дней с даты поступления указанного отзыва.

«27» июня 2017 г.

Подпись

УВЕДОМЛЕНИЕ

До заключение договора на оказание платных медицинских услуг уведомляем Вас, о том что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предствляющего 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 скажаться на состоянии Вашего здоровья.

«27» июня 2017 г. *****

Дата, ф.и.о., подпись

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые гражданине дают Я, *****, зарегистрированный по адресу, дано информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие далее - Перенесь), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО "Евромед".

Зорич А.А.

(должность, ф.и.о. медицинского работника)

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перенесь, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

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

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

(дата оформления)

«27» июня 2017 г.

Директору ООО «Евромед»

Адрес _____

От _____ (ФИО покупателя)

паспорт: серия _____ номер _____

выдан _____

проживающего по адресу _____

тел. _____

e-mail: _____

Заявление о возврате стоимости услуг

«_____» 20____ г. я в вашей клинике получил(а) услугу:

(проведение медицинских лабораторных исследований образцов биологического материала ,прием врача, проведение УЗИ и т.д.) на сумму _____ (цифрами)

_____(прописью) руб., что подтверждается кассовым чеком. Услуга не была оказана (была частично оказана) в связи с _____

_____ (причина)

В соответствии с п. 1 ст. 18 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» я отказываюсь от повторной сдачи анализов и прошу вернуть мне уплаченную за услугу денежную сумму в размере _____ (цифрами)

_____ (прописью) руб.

Кассовый чек № _____ от «_____» 20____ г. прилагаю.

Ксерокопию кассового чека (в случае частично невыполненной услуги) №
_____ от «_____» 20____ г. прилагаю.

«_____» 20____ г.

Подпись

ФИО

Директору ООО «Евромед»

Адрес _____

От _____

(ФИО покупателя)

паспорт: серия _____ номер _____

выдан _____

проживающего по адресу _____

тел. _____

e-mail: _____

Заявление о возврате стоимости услуг

«_____» 20____ г. я в вашей клинике получил(а) услугу:

(проведение медицинских лабораторных исследований образцов биологического материала , прием врача, проведение УЗИ и т.д.) на сумму _____ (цифрами)

_____(прописью) руб., что подтверждается кассовым чеком. Услуга не была оказана (была частично оказана) в связи с _____

_____(причина)

В соответствии с п. 1 ст. 18 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» я отказываюсь от повторной сдачи анализов и прошу вернуть мне уплаченную за услугу денежную сумму в размере _____ (цифрами)

_____(прописью) руб. на мою банковскую карту.

Приложение:

1. Кассовый чек № _____ от «_____» 20____ г. прилагаю.
2. Реквизиты банковской карты (распечатанного из банка, в случае заполнения реквизитов от руки, обязательное наличие даты и подписи пациента) прилагаю.

«_____» 20____ г.

Подпись

ФИО