

ДОГОВОР ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Курск

Общество с ограниченной ответственностью "Медицинская многопрофильная лечебно-диагностическая клиника "Аполло+" (в дальнейшем ООО "ММЛДЦ "Аполло+"), именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице Генерального директора Долгих Ольги Николаевны, действующей на основании Устава и лицензии на осуществление медицинской деятельности №ЛО-46-01-00222, выданной Комитетом здравоохранения Курской области 10.10.2019 г. - г. Курск, Красная площадь, д. 6, тел.: +7(4712) 51-47-20 (перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность организации, содержится в лицензии Исполнителя, копия которой предоставляется Заказчику по его требованию и находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на сайте Исполнителя, и, в дальнейшем "Потребитель", с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора медицинских услуг

№	Наименование услуг	Ед. изм.	Кол-во	Стоимость услуги (руб.)	Сумма (руб.)
					Итого: 0

Стоимость услуг оплачивается Заказчиком до или после оказания медицинских услуг путем внесения наличных средств в кассу Исполнителя, путем использования платежной банковской карты, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

1.2. После оплаты, в соответствии с законодательством Российской Федерации, выдается документ, подтверждающий произведенную оплату в соответствии с заказами, порядками и другими документами в соответствии с действующим законодательством РФ.

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

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязан:

- оказывать квалифицированную, качественную медицинскую помощь;
- представить бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемых услугах;
- давать при необходимости разъяснения о ходе оказания услуг;
- предоставить в доступной форме информацию 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;
- предоставлять для ознакомления по требованию Потребителя (Заказчика):
 - а) копию учредительного документа Исполнителя, положение о его отделении, структурном подразделении, участвующем в предоставлении платных медицинских услуг;
 - б) копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя.

2.2. Исполнитель имеет право:

- получать от Потребителя (Заказчика) любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредоставления, либо неполного или неверного предоставления информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

2.3. При возникновении неотложных состояний, угрозы жизни Пациента самостоятельно определять объем необходимых обследований и оказания медицинской помощи, в т. ч. не предусмотренных настоящим Договором.

2.4. Потребитель (Заказчик) обязан:

- информировать врача до оказания платных медицинских услуг о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;
- соблюдать правила поведения, режим работы медицинского учреждения;
- выполнять все рекомендации медицинского персонала по лечению, в том числе соблюдать указания, предписанные на период после оказания медицинских услуг;
- оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

2.5. Потребитель (Заказчик) имеет право:

- на получение информации о медицинских услугах;
- 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.

3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

3.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

3.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством РФ.

3.3. Заказчик несет ответственность за нарушение условий Договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством РФ.

3.4. Потребитель несет ответственность за нарушения условий Договора, связанных с исполнением рекомендаций Исполнителя в соответствии с действующим законодательством РФ.

4. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

4.1. Изменения или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

4.2. В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

4.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными представителями обеих сторон.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ

5.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до момента исполнения обязательств сторонами.

5.2. Подписание настоящего Договора Пациентом означает его добровольное согласие на медицинское вмешательство и предоставление медицинской услуги.

5.3. Все споры по настоящему Договору разрешаются соглашением сторон в соответствии с действующим законодательством РФ, либо в судебном порядке.

5.4. В случае, если Заказчик и Потребитель являются одним физическим лицом, договор составляется в 2 (двух) экземплярах. В случае, если Заказчик и Потребитель являются разными лицами, Договор составляется в 3 (трех) экземплярах.

6. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

<p>Исполнитель: Общество с ограниченной ответственностью "Медицинская многопрофильная лечебно-профилактическая клиника "Аполло+" 305004, г. Курск, ул. Челюскинцев, 23 ОГРН 1164632059283 от 29.07.2016 г. ИФНС России по г. Курску ИНН 4632218577 КПП 463201001 Р/с 40702810833000006253 в Курском ОСБ № 8596 К/с 30101810300000000606 БИК 043807606</p> <p>Ф.И.О. врача непосредственно оказывающего платную мед. услугу _____</p> <p>Генеральный директор ООО "ММЛДЦ "Аполло+" _____ Долгих О.Н..</p>	<p>Заказчик (представитель заказчика): Ф.И.О. _____ Дата рождения: _____ Адрес проживания: _____</p> <p>паспорт: _____ № _____</p> <p>Кем выдан: _____</p> <p>Дата выдачи: _____</p> <p>Подпись: _____</p>
---	---

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств

Я, _____, зарегистрированный по адресу: _____, даю информированное добровольное согласие на предложенные 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, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в «МЕДИЦИНСКАЯ КЛИНИКА «АПОЛЛЮ+», а именно:

- Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
- Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
- Антропометрические исследования.
- Термометрия.
- Тонометрия.
- Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
- Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
- Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
- Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологический, вирусологические, иммунологические.
- Функциональные методы исследования, в том числе электрокардиография.
- Введения лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривенно.
- Медицинский массаж.

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:

- информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;
- извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;
- предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение назначенного режима лечения, рекомендаций медицинских работников, предоставляющих платную медицинскую услугу, режима приема препаратов, самовольное использования медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок и (или) отрицательно сказаться на состоянии здоровья;
- поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
- согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками с учетом сохранения врачебной тайны;
- ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;
- мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого). Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, 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 5 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)

_____ (подпись/расшифровка медицинского работника)

✓ _____
Уведомление о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) медицинской организации

«МЕДИЦИНСКАЯ КЛИНИКА «АПОЛЛО+»», в соответствии с п. 15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006, уведомляет о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинской организации «МЕДИЦИНСКАЯ КЛИНИКА «АПОЛЛО+» (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 пациента.

С уведомлением ознакомлен(а) до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

«31» мая 2025

✓ _____
Уведомление о возможности получения медицинских услуг без платы

Информирован (информирована) о возможности получения данной медицинской помощи без платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в других ЛПУ Курской области, даю свое согласие на оказание платных медицинских услуг «МЕДИЦИНСКАЯ КЛИНИКА «АПОЛЛО+» и согласен(на) оплатить стоимость оказанных медицинских услуг в соответствии с действующим Прейскурантом.

«31» мая 2025

✓ _____
Согласие на обработку персональных данных

Я, _____, зарегистрированный по адресу: _____, паспорт: _____,

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального Закона от 27.07.2006г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку «МЕДИЦИНСКАЯ КЛИНИКА «АПОЛЛО+» (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваний, случаях обращения за мед. помощью в лечебно-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания платных медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи, я предоставляю право мед. работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения. 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 по средствам внесения их в электронную базу данных, включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные договорами на оказание медицинской помощи, включая договор ОМС и ДМС. Оператор имеет право в исполнении своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен, прием и передачу моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом сохраняющим профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 5 лет. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дается мною бессрочно и может быть отозвано путем письменного извещения Оператора. Письменное извещение Оператора об отзыве согласия может быть направлено мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае моего заявления об отзыве настоящего согласия, Оператор обязан прекратить их обработку в течение времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого мед. помощи.

✓ _____
Расписался в моем присутствии _____ (подпись/расшифровка медицинского работника)

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных (в том числе специальных) данных пациента

Я, _____, проживающий (-ая) по адресу: _____,
паспорт: серия _____ номер _____ выдан
_____ г. в соответствии с требованиями

статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку «МЕДИЦИНСКАЯ КЛИНИКА «АПОЛЛО+» (далее – «Оператор») моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, данные документа, удостоверяющего личность (наименование, серия и номер документа, кем и когда выдан), адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС и/или ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о месте работы или учебы, данные о состоянии моего здоровья (здоровья моего ребенка), заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи Оператор имеет право:

- при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями;
- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что передача указанных данных будет осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.
- Обработать персональные данные пациентов в объеме, необходимом для выполнения медицинской организацией обязанности, предусмотренной п. 16 ст. 79 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а именно: осуществлять выгрузку персональных данных и сведений о состоянии здоровья граждан в ЕГИСЗ при помощи Иной информационной системы «МИС Медлок», принадлежащей ООО «Медрейтинг» (ИНН: 2311144947).

Срок хранения моих персональных данных у Оператора соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Передача третьим лицам моих персональных данных возможна только в случаях, когда такая передача необходима для надлежащего оказания услуг, при этом обеспечивается конфиденциальность персональной информации.

Я согласен (а) со следующими действиями с моими персональными данными:

- обработка моих персональных данных в защищенных в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов;
- обработка моих персональных, защищенных в установленном порядке, без использования средств автоматизации;
- обработка моих персональных данных в целях передачи (распространение, предоставление, доступ) их в Систему МедТочка (<https://medtochka.ru>) для систематизации и хранения моих медицинских заключений, в том объеме, который необходим для реализации указанной цели.

Настоящее Соглашение вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока.

Подтверждаю свое согласие на получение сервисных и маркетинговых уведомлений.

Условием прекращения обработки персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве Соглашения на обработку моих персональных данных.

Подпись субъекта персональных данных

«31» мая 2025

(дата)

_____/_____
(расшифровка подписи)