

АО «Медицинские технологии» именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице Управляющего ИП Малышева В.А., осуществляющего полномочия единоличного исполнительного органа Общества на основании Договора о передаче полномочий единоличного исполнительного органа Управляющему от 01.11.2013г. и Устава Общества, с одной стороны, и гр. **Иванов И.И.** именуемый(ая) в дальнейшем «**Потребитель**», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю на возмездной основе медицинские услуги (диагностические, лечебные и иные), далее «Услуги», в соответствии с имеющейся лицензией № ЛО-66-01-003692 от 12.11.2015г. (Приложение № 1) на осуществление медицинской деятельности, выданной Министерством здравоохранения Свердловской области (г. Екатеринбург, ул. Вайнера, д. 34б тел. (343)270-18-18), по перечню, указанному в приложениях к данному договору, а Потребитель обязуется их оплатить

1.2. Исполнитель уведомляет Потребителя об альтернативной возможности получения Услуг за счет бюджетных и иных средств в рамках программы Государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2. Обязательства сторон.

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Предоставить Потребителю достоверную информацию об оказываемых медицинских услугах, эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях, изложенных в Информированном добровольном согласии на данную медицинскую услугу.

2.1.2. Обеспечить применение только разрешенных к применению в РФ лекарственных препаратов, медицинских изделий, дезинфекционных средств.

2.1.3. Оказывать медицинские услуги в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.1.4. Оказывать медицинские услуги в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения РФ, либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи по желанию Потребителя.

2.1.5. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных.

2.1.6. Обеспечить надлежащее качество оказанных медицинских услуг, при этом под качеством медицинской услуги понимается характеристика медицинской услуги, свидетельствующая о наличии в услуге потребительских свойств, которые соответствуют нуждам Потребителя и потенциально способны удовлетворить эти нужды непосредственно в момент ее оказания или в иной прогнозируемый временной период после ее окончания. Надлежащее качество услуги определяется совокупностью трех условий:

- Потребителю правильно поставлен диагноз или правильно выявлена потребность в медицинской услуге;
- Исполнителем правильно выбрана медицинская технология, соответствующая диагнозу (или его потребности) с учетом иных значимых медицинских обстоятельств (сопутствующие заболевания, аллергические реакции и т.д.) и финансовым возможностям Потребителя;
- Медицинская технология выполнена с соблюдением обычно предъявляемых к ней требований или требованиям, установленным законом (при их наличии).

2.1.7. При необходимости оказания дополнительных медицинских услуг, Исполнитель информирует об этом Потребителя, согласовывая их вид, объем и сроки в дополнительном приложении к настоящему договору.

2.2. Потребитель обязуется:

2.2.1. Предоставить необходимую для Исполнителя информацию о состоянии своего здоровья:

- о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах,
- о проведенных ранее обследованиях и лечениях,
- об аллергических реакциях,
- об иных обстоятельствах, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем услуг.

2.2.2. Соблюдать все назначения и рекомендации Исполнителя для достижения и сохранения результатов лечения. Своевременно посещать лечебные, контрольные и последующие профилактические приемы, а в случае невозможности явки по уважительной причине, предупредить об этом Исполнителя не позднее, чем за один рабочий день.

2.2.3. Немедленно извещать Исполнителя об изменениях в состоянии здоровья в процессе оказания услуг. Заботиться о сохранении своего здоровья

2.2.4. Оплатить услуги Исполнителя на условиях настоящего договора.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. Самостоятельно определять медицинские технологии (набор медицинских услуг), исходя из клинической ситуации, диагноза, иных значимых медицинских обстоятельств, согласовав их объем, стоимость и сроки выполнения с Потребителем в приложении к настоящему договору.

2.3.2. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день назначенного приема по согласованию с Потребителем направить последнего к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации.

2.3.3. Привлекать третьих лиц для оказания Услуг по настоящему договору.

2.3.4. Не приступать к оказанию Услуг, а начатые Услуги приостановить в случае неоплаты (несвоевременной оплаты) Потребителем Услуг в соответствии с настоящим договором, при условии отсутствия ситуации, угрожающей жизни.

2.3.5. Если Потребитель, несмотря на своевременное и обоснованное информирование Исполнителем, в разумный срок не изменит указания о способе оказания услуги либо не устранил иных обстоятельств, которые могут снизить качество оказываемой услуги, Исполнитель вправе отказаться от исполнения договора и потребовать полного возмещения убытков.

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. На получение полной информации о результатах обследования, наличия заболевания, диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства и результатах проведенного лечения. Данная информация может быть получена путем получения Потребителем на руки выписки из медицинской документации, результатов исследований и пр.

2.4.2. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Добровольное согласие Пациента на проведение определенного вида медицинского вмешательства является необходимым предварительным условием оказания Услуг и подписание данного документа означает получение им всей необходимой для принятия решения информации.

2.4.3. В любой момент отказаться от дальнейшего оказания медицинских Услуг, подписав при этом Добровольный отказ от медицинского вмешательства, в котором указаны все последствия принимаемого решения. В случае отказа Потребитель обязан оплатить Исполнителю все фактически понесенные расходы.

2.4.4. На выбор лечащего врача с учетом возможностей Исполнителя и согласия врача. Потребитель соглашается с тем, что специальные виды

лечения и диагностики будут осуществляться соответствующими специалистами Исполнителя.

2.4.5. На уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского персонала.

2.4.6. Проведение по просьбе Потребителя консилиума и консультаций других специалистов Исполнителя.

2.4.7. Сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, кроме случаев, предусмотренных законом.

3. Цена услуг и порядок расчетов.

3.1. Цена медицинских услуг определяется в соответствии с действующим на момент ее согласования Прейскурантом Исполнителя.

3.2. Оплата услуг производится Потребителем в рублях в наличной или безналичной формах.

3.3. За оказание услуг предусмотрена 100% предоплата. По решению Исполнителя, последний может предоставить Потребителю возможность поэтапной оплаты Услуг.

4. Ответственность сторон.

4.1. Исполнитель и Потребитель несут ответственность друг перед другом за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора.

4.2. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителю в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.3. Потребитель несет ответственность за неисполнение обязательств по оплате предоставляемых по настоящему договору услуг.

4.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а так же если при той степени заботливости и осмотрительности, какая от него требовалась по характеру исполняемых действий, он принял все меры для надлежащего исполнения обязательств.

5. Срок оказания услуг и срок действия договора.

5.1. Договор вступает в силу со дня подписания его обеими сторонами, и действует до конца текущего года. Если ни одна из сторон не заявит о расторжении настоящего договора до 1 декабря текущего года, договор считается пролонгированным каждый раз на один календарный год.

5.2. Сроки оказания медицинских услуг зависят от вида и объема медицинских услуг, согласованных в Приложении к настоящему договору и определяются требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения (к медицинской технологии).

6. Добровольное согласие на обработку персональных данных.

6.1. При подписании настоящего договора Потребитель дает свое согласие на обработку Исполнителем своих персональных данных, включая особые категории (фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты полиса добровольного медицинского страхования, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью – в целях оказания медицинских услуг, ведения внутреннего учета Исполнителя).

6.2. Исполнитель гарантирует конфиденциальность персональных данных Потребителя

6.3. Потребитель предоставляет Исполнителю право осуществлять все действия (операции) со своими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Исполнитель вправе обрабатывать персональные данные Потребителя путем внесения их в электронную базу данных Исполнителя.

6.4. Настоящее согласие действует бессрочно до момента подачи в письменном виде Исполнителю заявления об отзыве своего согласия на обработку персональных данных. В данном случае Исполнитель обязуется прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанных до этого Услуг, за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ.

6.5. Потребитель дает свое согласие на передачу информации о состоянии своего здоровья, результатах обследования и лечения следующим лицам:

7. Дополнительные условия.

7.1. Договор может быть расторгнут по инициативе одной из сторон, в случае нарушения другой стороной принятых на себя обязательств, в соответствии с законодательством РФ, либо по обоюдному согласию.

7.2. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Потребителем, стороны обязуются в досудебном порядке решить спорный вопрос путем направления в адрес друг друга письменных претензий. При невозможности урегулирования разногласий, стороны могут обратиться в суд.

7.3. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон. На основании п. 2 ст. 160 Гражданского кодекса РФ стороны пришли к соглашению считать факсимильное воспроизведение подписи уполномоченного лица Исполнителя на настоящем договоре, приложениях к нему, актах выполненных услуг приравненным к собственноручной подписи.

7.4. Потребитель подтверждает, что он ознакомлен с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 04 октября 2012 года № 1006, а также, что информирован 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 ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

8. Реквизиты и подписи сторон:

Исполнитель:

АО «Медицинские технологии»

Адрес: 620910, г. Екатеринбург, ул. Кузнечная, д. 83

ОГРН: 1086672000744

Свидетельство о внесении в ЕГРЮЛ сер. 66 № 005635055 от 28.01.2008г., выдано

ИФНС по Октябрьскому району г. Екатеринбурга

ИНН 6672258587 КПП 667001001

р/счет 40702810810700000499 Банк: ОАО «СКБ-Банк», г. Екатеринбург, БИК

046577756

_____/В.А. Малышев/

Потребитель:

Фамилия Иванов

Имя Иван

Отчество Иванович

Адрес Свердловская, г. Екатеринбург, ул. 8 Марта, д.0, кв.0

Паспортные данные 0000 № 000000 от 01.01.1900

Телефон ,

_____/Иванов И.И./

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Я, **Иванов Иван Иванович 01.01.1900** г, проживающий(ая) по адресу: **Свердловская, г. Екатеринбург, ул. 8 Марта, д.0, кв.0**, подтверждаю, что своей волей и в своем (представляемого) интересе осуществил выбор врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи. Я поставлен(а) в известность об условиях и порядке оказания медицинских услуг, ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данной медицинской организации, и обязуюсь их соблюдать.

Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) следующих видов медицинских вмешательств:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутриочно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

Я информирован(а) 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.

Я предупрежден о необходимости поставить в известность врача (медицинского работника) 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 обязуюсь сообщить правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я извещен(а) 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.

Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Я ознакомлен(а) 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.

Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам: _____

27.01.2016. Подпись пациента/законного представителя _____

Расписался в моем присутствии:

_____ (подпись)

Согласие на обработку персональных данных

Я, **Иванов Иван Иванович** 01.01.1900 г, проживающий(ая) по адресу: Свердловская, г. Екатеринбург, ул. 8 Марта, д.0, кв.0 , паспорт серия 0000 № 000000 выдан 01.01.00

в соответствии с требованиями ст.9 Федерального закона от 27.07.06 О персональных данных №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку закрытым акционерным обществом Медицинские технологии (многопрофильная клиника Здоровье 365)(далее-Клиника) моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ДМС(ОМС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в медико- профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным соблюдать врачебную тайну. В процессе оказания мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения содержащие врачебную тайну, другим должностным лицам Клиники в интересах обследования и моего лечения. Предоставляю Клинике право осуществлять все действия(операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Клиника вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки(реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных(документов) по ОМС(договором ДМС). Клиника имеет право, во исполнение своих обязательств по договору ДМС (по работе в системе ОМС), 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, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Разрешение на передачу информации о состоянии здоровья(заболевании).

Пользуясь правом, предоставленным мне законодательством Российской Федерации, я, **Иванов Иван Иванович** разрешаю давать информацию о состоянии моего здоровья (наличии заболевания, его диагноз и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения, а также любые другие сведения о моем здоровье) только следующим лицам:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Ф.И.О. лиц(а) уполномоченного(ых) получать информацию

(подпись пациента или законного представителя)

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и Составляет 25 лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной 27.01.2016года и действует бессрочно. Прошу информацию о состоянии моего здоровья (наличии заболевания, его диагноз и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, Возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения, а также любые другие сведения о моем здоровье) направлять мне по адресу электронной почты _____

На передаче результатов выполненных мне лабораторных и инструментальных исследований и заключений специалистов открытым и незащищенным каналом(способом) настаиваю. О возможных последствиях потери конфиденциальности данной информации предупрежден. Претензий к АО Медицинские технологии в области связи и информации не имею

(подпись, фамилия, имя, отчество полностью)

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлено мной в адрес Клиники по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под роспись представителю Клиники.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку моих персональных данных, Клиника обязана прекратить их обработку в течении периода времени, необходимого для завершения расчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись, фамилия, имя, отчество полностью