

Договор оказания платных медицинских услуг №

г.Новосибирск,

Дата _____

ООО «АллергоСити плюс», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Директора Романкиной Розы Иосифовны, действующего на основании Устава, с одной стороны и _____, законный представитель несовершеннолетнего - _____, _____ г.р, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, вместе именуемые Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

- 1.1. Исполнитель обязуется оказать на возмездной основе комплекс медицинских услуг, а Заказчик обязуется оплатить эти услуги. Предоставление платных медицинских услуг осуществляется в соответствии с расписанием медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг и режимом работы Исполнителя.
- 1.2. Виды, стоимость и сроки предоставления услуг устанавливается Прейскурантом ООО «АллергоСити плюс».
- 1.3. Исполнитель уведомляет Заказчика об альтернативной возможности получения услуг за счет бюджетных средств в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

2. Права и обязанности сторон.

- 2.1. Исполнитель обязуется:
 - 2.1.1. Использовать методы диагностики, профилактики, лечения, медицинские технологии дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном Законодательством РФ порядке.
 - 2.1.2. Обеспечить надлежащее качество услуг во взаимосогласованные сроки в соответствии с медицинскими показаниями с учетом состояния здоровья Заказчика и характером течения заболевания.
 - 2.1.3. Поддерживать уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала.
- 2.2. Заказчик обязуется:
 - 2.2.1. До назначения курса лечения сообщить лечащему врачу все сведения о наличии у него заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, а также иную информацию, влияющую на диагностику и лечение.
 - 2.2.2. Соблюдать все особенности подготовки к лабораторным и инструментальным исследованиям, врачебным консультациям и правила сбора биоматериала.
 - 2.2.3. Неукоснительно выполнять назначения лечащего врача, согласовывать с лечащим врачом употребление любых лекарственных препаратов, лекарственных трав, мазей, БАДов и т.д.
 - 2.2.4. Немедленно извещать Исполнителя об изменениях в состоянии здоровья в процессе оказания услуг в удобной для Заказчика форме - лично или по телефону Исполнителя.
 - 2.2.5. Извещать не позднее, чем за один рабочий день о невозможности планового посещения лечащего врача.
 - 2.2.6. Своевременно, в виде 100% предоплаты оплачивать услуги в соответствии с действующим на дату оплаты Прейскурантом ООО «АллергоСити плюс».
 - 2.2.7. В случае наличия претензий относительно качества оказанных услуг, обращаться непосредственно к Исполнителю для урегулирования данных претензий. Претензии по качеству оказанной услуги рассматривается врачебной комиссией Исполнителя.
 - 2.2.8. Соблюдать правила поведения пациентов, установленные у Исполнителя, режим работы Исполнителя, а также режим лечения, в том числе определенный на период его временной нетрудоспособности, установленный у Исполнителя.
 - 2.2.9. Заказчик осведомлен о том, что в результате медицинского воздействия (в том числе лекарственного) возможно возникновение побочных эффектов или отсутствие ожидаемого эффекта, что может потребовать корректировки первоначальной тактики лечения.
 - 2.2.10. Заказчик уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на

состоянии здоровья Заказчика или несовершеннолетнего, чьим законным представителем он является (П. 24, Р. IV Постановления Правительства РФ от 11.05.2023 №736)

2.3. Заказчик имеет право:

2.3.1. В доступной для него форме получить имеющуюся информацию о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства и результатах проведенного лечения. Данная информация может быть предоставлена в форме устной консультации на приеме специалиста, и путем выдачи на руки выписки из медицинской карты или её ксерокопии.

2.4. Исполнитель имеет право:

2.4.1. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема по согласованию с Заказчиком направить Заказчика к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации.

2.4.2. Привлекать третьих лиц для оказания Услуг по Договору. За действия таких третьих лиц Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком, как за свои собственные.

2.4.3. Не приступать к оказанию Услуг, а начатые Услуги приостановить в случае, неоплаты / несвоевременной оплаты Заказчиком Услуг в соответствии с Договором.

2.4.4. Отказаться от дальнейшего оказания Услуг без возмещения Заказчику убытков в случае:

2.4.4.1. если Заказчик настаивает на диагностике и лечении, которое не соответствует действующим стандартам, требованиям технологии, медицинским показаниям;

2.4.4.2. нарушения Заказчиком выполнения врачебных назначений, нарушения режима проводимых процедур, некорректного поведения по отношению к персоналу Исполнителя, неоднократных опозданий (без предупреждения) на прием;

2.4.4.3. отказа Заказчика от необходимого дополнительного комплекса обследований или лечения.

3. Ответственность сторон.

3.1. Исполнитель не несет ответственности за результаты лабораторных исследований в случае сдачи биоматериала Заказчиком с нарушением правил подготовки.

3.2. За невыполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

4. Обстоятельства, освобождающие от ответственности

4.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему договору, если неисполнение явилось следствием непреодолимой силы, а именно: пожара, стихийных бедствий, эпидемиологической обстановки, военных операций и других, независящих от сторон обстоятельств.

5. Согласие на обработку персональных данных Пациента и передаче в ЕГИСЗ

5.1. Заказчик подтверждает и подписывает отдельно свое согласие на обработку Исполнителем своих персональных данных. (ст. 78 Федеральный закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»)

5.2. Заказчик согласен на передачу ООО «АллергоСити плюс» в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) его персональных данных или данных пациента, чьим законным представителем является Заказчик, включающих фамилию, имя, отчество, пол, гражданство, дату рождения, место жительства и место регистрации, контактный телефон, данные документа, удостоверяющего личность (паспорт, иной документ), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, анамнезе, диагнозе и иные сведения федеральных информационных систем в сфере здравоохранения, федеральных баз данных и федеральных регистров в сфере здравоохранения, предусмотренные нормативными правовыми актами Российской Федерации в медико-профилактических целях и оказания медицинских услуг. (Постановления Правительства от 09.02.2022 № 140 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения». - Приказа Минздрава России от 07.09.2020 №947н «Об утверждении Порядка организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов»)

5.2. Исполнитель гарантирует конфиденциальность персональных данных Заказчика.

6. Согласие на получение результатов медицинских анализов по электронной почте

- 6.1 Заказчик подтверждает согласие на отправку информации о результатах медицинских обследований, сданных мною/ моим ребенком

_____ (Ф.И.О. ребенка)

ООО «АллергоСити плюс», по электронной почте

_____ (адрес электронной почты)

- 6.2 Подписывая данное согласие, я проинформирован о том, что электронная почта является ненадежным каналом и передаваемая информация может стать известна третьим лицам. За взлом почтового ящика, утечку информации и неполучение отправленных результатов анализов ООО «АллергоСити плюс», ответственности не несет.
- 6.3 Оставляю за собой право отозвать настоящее согласие посредством составления соответствующего письменного заявления.

_____ подпись.

7. Срок действия Договора

- 7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения Сторонами принятых на себя обязательств.
- 7.2. Договор может быть расторгнут по взаимному соглашению Сторон или требованию одной из Сторон в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

8. Прочие условия

- 8.1. Договор составлен в двух экземплярах по одному для каждой из Сторон. Оба экземпляра имеют одинаковую юридическую силу.
- 8.2. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи, факсимильного воспроизведения подписи, либо любого аналога подписи Исполнителя, воспроизведенного с помощью средств механического или иного копирования на договоре, а также на иных документах, связанных с его исполнением, заключением или прекращением настоящего договора.
- 8.3 Заказчик даёт согласие на ведение медицинской документации в электронном виде

9. Реквизиты и подписи Сторон

Заказчик: _____

Адрес постоянного места жительства : _____

Паспорт гражданина России № _____ выдан _____

Подпись : _____

Исполнитель: ООО «АллергоСити плюс», 630048 г. Новосибирск, ул. Титова, 7, ИНН 5406565096, КПП 540401001, ОГРН 11054060087 95, Р/с №40702810844050005032, в СИБИРСКИЙ БАНК ПАО СБЕРБАНК, БИК 045004641, к/с № 30101810500000000641
Лицензия на осуществление мед. деятельности № Л041-01125-54/00356996 от 12.10.2020 г., Тел. (383) 209 12 11, 209 12 00, E-mail allergo@allergocity.ru, www.allergocity.ru

Директор



Р.И. Романкина

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных несовершеннолетних

Я, _____,

(Ф.И.О. представителя полностью)

зарегистрированный по адресу: _____,

проживающий по адресу: _____,

документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____,

Выдан _____,

(дата выдачи и название выдавшего органа)

на основании: _____

(степень родства и/или документ, подтверждающий опеку/попечительство/усыновление/удочерение пациента; реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя пациента)

представляющий интересы Пациента _____

(Ф.И.О. Пациента полностью)

зарегистрированного по адресу: _____,

проживающего по адресу: _____,

документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____,

Выдан _____

(дата и название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями ст.ст.23,24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» **я даю свое согласие** на обработку **ООО «АллергоСити плюс»**, расположенному по адресу: г. Новосибирск, ул. Титова, д.7 (далее – Оператор), моих персональных данных, персональных данных представляемого мной лица, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, адрес электронной почты (e-mail), реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), реквизиты справки МСЭ, должность, 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.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу, 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.

В процессе оказания Оператором медицинских услуг представляемому мной лицу я предоставляю право Оператору передавать мои персональные данные, персональные данные представляемого мной лица, в том числе составляющие врачебную тайну, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, в интересах обследования представляемого мной лица, лечения и учета следующим лицам:

- должностным лицам Оператора, а также лицам, обрабатывающим персональные данные с Оператором на основании заключенного с ним договора;

- страховым медицинским организациям (в рамках ДМС), контролирующим органам: ФОМС, ТФОМС, Пенсионный фонд РФ, ФНС, ФСС, Росстату, иным государственным органам.

Срок хранения моих персональных данных, персональных данных представляемого мной лица соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Передача моих персональных данных, персональных данных представляемого мной лица иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего дополнительного письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной «_____» _____ **20** _____ г. и действует бессрочно.

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

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

Подпись субъекта персональных данных _____

расшифровка подписи