ДОГОВОР № _____

на оказание платных медицинских услуг

г. Семилуки « ____» _____ 20 __ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Формула Здоровья» (далее ООО «Формула Здоровья»), расположенное по адресу: 396900, Россия, Воронежская обл., Семилукский р-н, г.Семилуки, ул.Чапаева, д.1, пом.1, ИНН 3628020011/ КПП 362801001, ОГРН 1193668003671, осуществляющее медицинскую деятельность в соответствии с лицензией Л041-01136-36/00367101 предоставленную 22 января 2020 г. (без ограничения по сроку действия), выданной Департаментом здравоохранения Воронежской области, с указанием перечня выполняемых работ, оказываемых услуг. При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу; рентгенологии; сестринскому делу; физиотерапии; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; педиатрии; терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); аллергологии и иммунологии; гастроэнтерологии; дерматовенерологии; кардиологии; косметологии; неврологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; профпатологии; психиатрии; психиатрии-наркологии; ревматологии; рентгенологии; стоматологии детской; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; урологии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе профессиональной пригодности; При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым); При проведении медицинских освидетельствований организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством, в лице директора Кульнева Александра Ивановича, действующего на основании Устава ООО «Формула Здоровья», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и

_____ ,

(Ф.И.О. полностью)

« ____ » _____ _____ года рождения, паспорт серия _____ , номер _____ , выдан « ____ » _____ _____ г., _____ _____ , код подразделения _____ - _____ , зарегистрированный(ая) по адресу: _____ _____ , именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, заключили настоящий Договор на оказание платных медицинских услуг (далее «Договор») о нижеследующем:

1. Общие положения

1.1. Для целей настоящего Договора используются следующие основные понятия:
«Платные медицинские услуги» – медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан;
«Заказчик» – физическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу Потребителя;
«Потребитель» – физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
«Исполнитель» – медицинская организация независимо от организационно-правовой формы, а также индивидуальный предприниматель, оказывающие платные медицинские услуги в соответствии с договором.
1.2. Понятие «Потребитель» применяется также в значении, установленном Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей».
1.3. Понятие «медицинская организация» употребляется в значении, определенном Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
1.4. Платные медицинские услуги предоставляются на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности, предоставленной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности.
1.5. Требования к платным медицинским услугам, в том числе к их объему и срокам предоставления, определяются по соглашению Сторон Договора, если федеральными законами или иными нормативными правовыми актами Российской Федерации не предусмотрены другие требования.
1.6. До заключения Договора Потребителю (Заказчику) предоставлена в доступной форме информация:
- 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;
- перечень платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, с указанием цен в рублях;
- сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг;
- сроки ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания

гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги;
- сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;
- график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- образцы договоров;
- перечень льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг;
- уведомление о необходимости соблюдения указаний врача-специалиста.
1.7. Факт согласия на заключение Договора на предоставление платных медицинских услуг фиксируется в Информированном добровольном согласии на платные медицинские услуги (приложение №1), являющемся неотъемлемой частью Договора.
1.8. Факт согласия на обработку и передачу персональных данных, а также на обработку и передачу специальных категорий персональных данных, фиксируется в Согласии пациента на обработку персональных данных (приложение №2), являющемся неотъемлемой частью Договора.
1.9. Потребителю (Заказчику) в форме Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство доводится информация о методах и способах оказания медицинской помощи, противопоказаниях и возможных осложнениях. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (приложение №3), является неотъемлемой частью Договора.
1.10. Согласие (либо отказ) на предоставление персональных данных в ЕГИСЗ.

2. Предмет договора

2.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю медицинские услуги, в соответствии со ст. 213 ТК РФ, Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 №736, с перечнем оказываемых платных медицинских услуг, надлежащего качества. Конкретные виды медицинских услуг и их стоимость указываются в согласованной Сторонами твердой Смете на оказание платных медицинских услуг (приложение №4).
2.2. Медицинские услуги назначаются и оказываются лечащим врачом в соответствии с планом лечения. Медицинские услуги фиксируются в твердой смете, которая подписывается Сторонами настоящего Договора и фиксируется в медицинской карте пациента.
2.3. Медицинские услуги оплачиваются Потребителем (Заказчиком) в соответствии с действующим прейскурантом цен, утвержденным Исполнителем.
2.4. После исполнения Договора Исполнитель предоставляет Потребителю (Заказчику) Акт сдачи-приемки оказанных медицинских услуг (приложение №5), медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие. Медицинские документы предоставляются бесплатно в течение 3 (трех) рабочих дней в печатном или электронном виде в

соответствии с порядками, утвержденными приказами Минздрава России от 14.09.2020 №972н и от 31.07.2020 №789н.
2.5. После исполнения Договора Исполнитель по личному заявлению Потребителя (Заказчика) предоставляет Потребителю (Заказчику) документы, подтверждающие фактические расходы Потребителя (Заказчика) на оказанные медицинские услуги:
- копию Договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения);
- справку об оплате медицинских услуг по установленной форме;
- рецептурный бланк с проставленным штампом «Для налоговых органов Российской Федерации, идентификационный номер налогоплательщика», заверенный подписью и личной печатью врача, печатью медицинской организации.

3. Порядок оказания услуг

3.1. В согласованное с Потребителем (Заказчиком) время Исполнитель организует осуществление осмотра Потребителя квалифицированным врачом-специалистом, который устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты лечения, последствия лечения и предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения и подробно информирует об этом Потребителя (Заказчика). По результатам осмотра врач составляет план лечения, определяя необходимый набор услуг из числа описанных в прейскуранте Исполнителя, и отражает его в медицинской карте пациента с указанием сроков оказания услуг.
3.2. Необходимым условием исполнения Договора является согласие Потребителя (Заказчика) с предложенным планом лечения, стоимостью лечения, сроками и порядком лечения, оформленное подписью Потребителя (Заказчика) в твердой смете и информированном добровольном согласии. Стороны договорились, что такое согласие является также подтверждением того, что Потребитель (Заказчик) достаточно и в доступной форме информирован о состоянии своего здоровья, о предполагаемых результатах лечения, о возможности негативных последствий предлагаемых способов диагностики и лечения, о характере и степени тяжести этих последствий, о степени риска лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, о существовании иных способов лечения и их эффективности, о последствиях отказа от предлагаемого лечения, несоблюдения указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения.
3.3. Платные медицинские услуги оказываются сотрудниками Исполнителя амбулаторно в помещениях, на оборудовании и с использованием материалов Исполнителя в соответствии с согласованным планом лечения.
3.4. Платные медицинские услуги соответствуют номенклатуре медицинских услуг и могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Потребителя (Заказчика).
3.5. Если в процессе оказания услуг возникла необходимость изменить план лечения с оказанием дополнительных услуг, то составляется приблизительная смета и они оказываются только после получения письменного согласия Потребителя (Заказчика) в форме дополнительного соглашения к Договору либо нового договора с указанием

конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости. Отказ Потребителя (Заказчика) от получения дополнительных услуг, связанных с медицинскими показаниями, также оформляется в письменном виде. Исполнитель разъясняет Потребителю (Заказчику) последствия такого отказа. В том случае, если Исполнитель придет к выводу, что без дополнительных услуг оказание услуг по настоящему Договору невозможно либо приведет к значительным негативным последствиям для Потребителя, стороны обсудят возможность расторжения настоящего Договора с компенсацией Исполнителю фактически понесенных затрат.
3.6. Исполнитель не оказывает услуги, если у Потребителя имеются острые воспалительные или инфекционные заболевания, если Потребитель находится в состоянии наркотического или алкогольного опьянения, а также по любым другим медицинским показаниям, в случае их препятствия надлежащему оказанию услуг.
3.7. Время явки Потребителя на прием оговаривается и согласовывается с Потребителем (Заказчиком) каждый раз. Согласование даты и времени явки Потребителя на прием может осуществляться в устной или письменной форме.
3.8. До подписания настоящего Договора Потребитель (Заказчик) ознакомлен со сведениями о местонахождении, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, а также сведения о квалификации и уровне профессионального образования специалистов Исполнителя.
3.9. В случае если 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».
3.10. При применении медицинских изделий Потребитель (Заказчик) информируется о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению. Также Потребителю (Заказчику) предоставляются сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм медицинское изделие.
3.11. Сроки оказания медицинских услуг зависят от медицинских показаний. Услуги оказываются Исполнителем в течение срока действия настоящего Договора, при условии предварительной записи Потребителя на процедуру – в день, на который произведена запись, если Договором или соглашением Сторон не предусмотрено иное.
3.12. Срок предоставления платных медицинских услуг составляет не более 14 (четырнадцати) рабочих дней со дня обращения пациента в медицинскую организацию.

4. Права и обязанности сторон

4.1. Исполнитель обязан:
4.1.1. Оказывать медицинские услуги, предусмотренные планом лечения и сметой, с применением собственных необходимых лекарственных средств, материалов, инструментов, оборудования.
4.1.2. Знакомить Потребителя (Заказчика) с порядком оказания медицинских услуг, стандартами и клиническими рекомендациями.
4.1.3. Оказывать услуги надлежащего качества. Гарантийный срок, на устанавливаемые в процессе оказания услуг медицинские изделия, указывается Изготовителем.

4.1.4. В процессе лечения информировать Потребителя (Заказчика) о предстоящих основных или дополнительных лечебно-профилактических и прочих процедурах и их стоимости, необходимых медикаментозных препаратах, расходных материалах и их стоимости.
4.1.5. Ставить в известность Потребителя (Заказчика) о возникших обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг, и возможных осложнениях при лечении, заранее ставить в известность Потребителя (Заказчика) о предполагаемой сумме дополнительных расходов на лечение.
4.1.6. Организовывать за счет Потребителя (Заказчика) и с его согласия необходимые обследования в других медицинских учреждениях, с которыми имеются договорные отношения, при невозможности их выполнения силами Исполнителя.
4.1.7. Вести медицинскую документацию и выдавать Потребителю (Заказчику) медицинские документы установленного образца.
4.1.8. По первому требованию Потребителя (Заказчика) сообщать сведения, относящиеся к характеру услуг, указанных в п.2.1 настоящего Договора.
4.1.9. Соблюдать принцип конфиденциальности полученной от Потребителя (Заказчика) информации, если она стала известна Исполнителю в рамках оказываемых им услуг. Соблюдать правила медицинской этики и деонтологии во взаимоотношениях с Потребителем, а также врачебную тайну.
4.2. Исполнитель имеет право:
4.2.1. Самостоятельно определять характер и объем медицинских услуг, необходимых для лечения Потребителя.
4.2.2. Отказать в приеме Потребителя в случаях:
- состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- если действия Потребителя угрожают жизни и здоровью персонала.
4.2.3. Требовать от Потребителя (Заказчика) представления сведений и документов, необходимых для оказания услуг по настоящему Договору.
4.2.4. Требовать оплаты оказанных услуг в соответствии с п.5 настоящего Договора.
4.3. Потребитель обязан:
4.3.1. Своевременно и в полном объеме выполнять назначения и рекомендации лечащего врача.
4.3.2. Являться на прием к врачу в назначенный срок.
4.3.3. Предоставить Исполнителю точную и подробную информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о перенесенных и имеющихся заболеваниях, непереносимости лекарств, препаратов и процедур, о проводимом ранее лечении, в т.ч. сообщать об аллергии, гепатите, ВИЧ-инфекции, СПИДе, бронхиальной астме, заболеваниях сердечно-сосудистой системы, венерических заболеваниях, туберкулезе, о переливаниях крови, инъекциях (за последние два года), о контакте с инфекционными больными. В случаях несообщения вышеперечисленных сведений Исполнитель снимает с себя ответственность за негативные последствия лечения, а Потребитель несет ответственность в установленном законом РФ порядке.
4.3.4. Выполнять указания медицинского персонала во время оказания услуги.
4.3.5. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения в медицинской организации, в соответствии со статьей 27 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

4.3.6. Незамедлительно информировать Исполнителя об ухудшении своего самочувствия или появлении признаков осложнений.
Пациент предупрежден и согласен, что несоблюдение им режима лечения, врачебных назначений и правил поведения может привести к снижению качества медицинской помощи, невозможности ее завершения в установленный срок и отрицательно сказаться на его здоровье. В этом случае Исполнитель (клиника) не несет ответственности за негативные последствия, возникшие по вине пациента.
4.3.7. Предупреждать администрацию не менее чем за 3 (три) часа по телефону клиники, в которой он проходит лечение, о невозможности явки на прием.
4.3.8. Оплатить оказанные медицинские услуги в соответствии с п.5 настоящего Договора.
4.4. Потребитель имеет право:
4.4.1. Получать полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, относящуюся к компетенции специалистов Исполнителя.
4.4.2. Получать исчерпывающую информацию об объеме, стоимости и результатах обследования и предоставленных медицинских услуг.
4.4.3. Выбирать лечащего врача с учетом специализации врача и его согласия.
4.4.4. Выбирать время приема у врача из имеющегося свободного времени.
4.4.5. Знакомиться с документами, подтверждающими наличие специальных разрешений, сертификата и лицензии у Исполнителя, а также соответствующий уровень квалификации сотрудников Исполнителя.
4.4.6. На сохранение в тайне информации о своем здоровье.
4.4.7. При обнаружении недостатков оказанной услуги по своему выбору потребовать:
- соответствующего уменьшения цены оказанной услуги;
- повторного оказания услуги.
4.4.8. При нарушении Исполнителем сроков оказания услуг по своему выбору:
- назначить новый срок оказания услуги;
- потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;
- потребовать исполнения услуги другим специалистом;
- расторгнуть настоящий Договор.
4.4.9. Требования Потребителя не подлежат удовлетворению, если Исполнитель докажет, что недостатки оказанной услуги или нарушение сроков оказания услуги произошло вследствие непреодолимой силы или по вине Потребителя.

5. Платежи и расчеты по договору

5.1. Стоимость и перечень медицинских услуг определяется на основании плана лечения согласно действующему прейскуранту Исполнителя и фиксируется в Смете на оказание платных медицинских услуг (приложение №4).
5.2. Потребитель осуществляет 100% предоплату медицинских услуг при заключении договора.
5.3. Оказанные в соответствии с п.3.4 настоящего Договора дополнительные услуги оплачиваются Потребителем (Заказчиком) по расценкам действующего прейскуранта после подписания Сметы на дополнительные услуги по настоящему Договору.
5.4. Потребитель (Заказчик) оплачивает стоимость дополнительных полученных услуг после каждого визита, если такой состоялся.
5.5. Оплата услуг Исполнителя производится любым, не запрещенным законодательством, способом: наличными денежными средствами в кассу, безналичным перечислением денежных средств на расчетный счет, с использованием

платежного терминала Исполнителя и банковских карт. Потребителю выдается документ, подтверждающий произведенную оплату, Акт сдачи-приемки оказанных медицинских услуг (приложение №5).
5.6. В день завершения оказания медицинских услуг Потребителю (бесплатно) выдается документ, в котором указаны результаты осмотра врача-специалиста, отражающий состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях.

6. Конфиденциальность

6.1. Медицинская организация обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении.
6.2. С согласия Потребителя (Заказчика) допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Потребителя.
6.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Потребителя (Заказчика) допускается в целях обследования и лечения Потребителя, не способного из-за своего состояния выразить свою волю и в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.
6.4. Потребитель дает свое согласие Исполнителю на фото и видеосъемку, на безвозмездное использование (без выплаты гонорара) своих изображений в рекламных, информационных и иных материалах, без выплаты Потребителю вознаграждения. В соответствии с настоящим пунктом Договора Исполнитель вправе обнародовать и в дальнейшем использовать изображения (непосредственно лицо Потребителя, фиксация до, во время и после оказания медицинской услуги) полностью или фрагментарно: воспроизводить, распространять путем продажи или иного отчуждения оригиналов изображений или их экземпляров, осуществлять публичный показ, импортировать оригиналы или экземпляры изображений в целях распространения, в том числе в сети Интернет и в социальных сетях, сообщать в эфир и по кабелю, перерабатывать, доводить до общего сведения.
6.5. Исполнитель гарантирует, что изображения Потребителя (Заказчика), используемые им в соответствии с п.6.4. настоящего Договора, не будут использованы способами, порочащими честь, достоинство и деловую репутацию Потребителя (Заказчика).
6.6. Исполнитель вправе обезличивать информацию при условии ссылки на номер амбулаторной медицинской карты. При получении обезличенной информации Потребитель обязуется самостоятельно проверить соответствие указанного номера номеру амбулаторной медицинской карты Потребителя и при обнаружении несоответствия незамедлительно сообщить Исполнителю.

7. Ответственность сторон

7.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, предусмотренную законодательством Российской Федерации.
7.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7.3. Исполнитель освобождается от ответственности перед Потребителем (Заказчиком) в случае:
7.3.1. Возникновения осложнений по вине Потребителя: невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших нарушениях и другие.
7.3.2. Возникновения аллергии или непереносимости препаратов и материалов, разрешенных к применению, о возможности которых не был предупрежден Потребителем (Заказчиком).
7.3.3. Возникновения осложнений при лечении в другой клинике.
7.4. Исполнитель имеет право отказаться от дальнейшего оказания медицинских услуг в случае неоплаты Потребителем (Заказчиком) ранее оказанных медицинских услуг.
7.5. Стороны не несут ответственности за неисполнение своих обязательств по Договору, если это произошло вследствие непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых обстоятельств, а также по иным законным основаниям.
Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.
7.6. Сторона, для которой стало невозможным исполнение обязательств по Договору, обязана не позднее 30 (тридцати) рабочих дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.
7.7. В случае опоздания Потребителя, на процедуру более чем на 10 (десять) минут, Исполнитель вправе по согласованию с Потребителем (Заказчиком) перенести дату и/или время приема Потребителя или отказать Потребителю в приеме.

8. Урегулирование споров

8.1. Если одна из Сторон считает, что выполнила обязательства по Договору, а другая не выполнила, возникает конфликт, разрешаемый в соответствии с настоящим разделом.
8.2. Ситуация, при которой Потребитель (Заказчик) считает, что результат услуги не достигнут или его здоровью в результате оказания услуги причинен вред, а Исполнитель не согласен с мнением Потребителя (Заказчика), является конфликтом.
8.3. Потребитель (Заказчик) вправе предъявить претензию руководству медицинской организации почтовым отправлением по адресу: 396900, Россия, Воронежская обл., Семилукский р-н, г.Семилуки, ул.Чапаева, д.1, пом.1, посредством электронной почты e-mail: formulaz2019@mail.ru, на сайт: https://формула-здоровья36.рф. На основании претензии Руководитель ООО «Формула Здоровья» организует врачебную комиссию, которая выносит обоснованное решение в течение 10 (десяти) рабочих дней. Решение врачебной комиссии доводиться до сведения Потребителя (Заказчика). Потребитель (Заказчик) также вправе предъявить претензию в органы государственной власти почтовым отправлением по адресу: 394036, Воронежская обл., г.Воронеж, ул.Красноармейская, д.52д, тел. +7(473)212-61-79, посредством электронной почты, e-mail: office@zdrav36.ru, на сайт органа государственной власти: https://zdrav36.ru.
8.4. Если решение не устроило хотя бы одну из Сторон, разрешение конфликта осуществляется в судах общей юрисдикции в соответствии с действующим законодательством РФ.

9. Заключительные положения

9.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует 1 (один) год. В случае если ни одна из Сторон не заявляет о намерении

расторгнуть договор, договор считается автоматически пролонгированным на следующий год на тех же условиях.
9.2. Все приложения и дополнительные соглашения, указанные в настоящем Договоре и созданные Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются Сторонами как неотъемлемые составные части настоящего Договора.
9.3. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством.
9.4. Любая из Сторон вправе в любое время отказаться от исполнения настоящего Договора, оплатив при этом другой Стороне фактически понесенные расходы или убытки.
9.5. При подписании настоящего Договора Потребитель (Заказчик) соглашается с тем, что ему предоставлена полная информация об Исполнителе, о порядке, сроках и стоимости оказания медицинских услуг.
Потребитель до подписания настоящего Договора ознакомлен с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, с настоящим Договором и другими нормами, регламентирующими порядок оказания услуг.
9.6. В соответствии с п.2 ст.160 ГК РФ при подписании настоящего Договора и приложений к нему со Стороны Исполнителя может быть использовано факсимильное воспроизведение подписи.
9.7. Настоящий Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

10. Реквизиты и подписи Сторон.

Исполнитель:
ООО «Формула Здоровья»
Адрес: 396900, Россия,
Воронежская обл., Семилукский р-н,
г.Семилуки, ул.Чапаева, д.1, пом.1
ИНН 3628020011 / КПП 362801001
ОГРН 1193668003671
р/с 40702810802480002449
в ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО
БИК 044525593
к/с 30101810200000000593
Тел.: +7(47372)2-78-68,
+7(905)655-55-22,
Эл. почта: formulaz2019@mail.ru
Сайт:https://формула-здоровья36.рф

Директор _____
/А.И.Кульнев/
М.П.

Потребитель (Заказчик):
_____
_____
Ф.И.О. (при наличии)
Паспорт: серия _____ ,
номер _____,
выдан « _____ » _____ _____
г., кем выдан: _____
_____
_____
_____ ,
код подразделения _____ - _____.
Адрес регистрации: _____
_____
_____
Контактный телефон: _____
Адрес электронной почты:
_____

Подпись: _____

УВЕДОМЛЕНИЕ

Потребителя (Заказчика) о необходимости соблюдения указаний
(рекомендаций) медицинского работника и последствиях их несоблюдения

Общество с ограниченной ответственностью «Формула Здоровья» (далее «Исполнитель»), в соответствии с пунктом 24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023г. № 736)
уведомляет _____

(Ф.И.О. (при наличии) пациента, либо его законного представителя)

Потребителя (Заказчика) об обязанности соблюдения режима лечения (указаний, рекомендаций) назначенного медицинским работником, а так же о том, что несоблюдение назначенного режима лечения (указаний, рекомендаций) медицинского работника, может снизить качество медицинской услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя (Заказчика).

С уведомлением ознакомлен(а), экземпляр на руки получил до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

_____ _____

(дата) (Ф.И.О. (при наличии) пациента, либо его законного представителя)

Приложение № 1
к договору на оказание платных
медицинских услуг № ____
от «____» _____ 20__ г.

Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг

Я, _____
(Ф. И. О. (при наличии) гражданина, либо законного представителя)
«___» _____ 20__ года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____
(адрес регистрации гражданина, либо законного представителя)
проживающий(ая) по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)
в отношении _____
(Ф. И. О. (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
«___» _____ 20_ года рождения, зарегистрированного(ой) по адресу:
(дата рождения пациента при подписании согласия законным представителем)

_____
(адрес регистрации пациента при подписании согласия законным представителем)
проживающего(ей) по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)
даю информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в Обществе с ограниченной ответственностью «Формула Здоровья» (далее ООО «Формула Здоровья»).
Я ознакомлен(а) с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. №736 и действующим прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги в Обществе с ограниченной ответственностью «Формула Здоровья».
Я уведомлен(а) 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.
Я проинформирован(а) о:
- перечне платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, с указанием цен в рублях;
- сроках ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, в случае участия исполнителя в реализации территориальной программы;
- сроках предоставления платных медицинских услуг;
- стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги;

- уровне профессионального образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- образцами договоров;
- перечне льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг;
- адресах и телефонах учредителя, исполнительного органа субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Я получил(а) информацию об альтернативных методах лечения, а также об их примерной стоимости.

Я понимаю, что обязан(а) соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения в медицинских организациях.

Я согласен(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

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

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. №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), в том числе после смерти:

_____

подпись, (Ф. И. О. (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____

подпись (Ф. И. О. (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____

подпись (Ф. И. О. (при наличии) пациента, либо его законного представителя, контактный телефон)

_____

подпись (Ф. И. О. (уполномоченного представителя медицинской организации)

« ____ » _____ _____ г.
(дата оформления)

Приложение № 2
к договору на оказание платных
медицинских услуг № ____
от «____» _____ 20__ г.

СОГЛАСИЕ
пациента на обработку персональных данных

Я, _____,
(Ф. И. О. (при наличии) гражданина, либо законного представителя)
«____» _____ _____ года рождения, паспорт, серия _____ , номер _____
выдан _____
_____«____» _____ 20__ г.
(кем и когда)
зарегистрированный(ая) по адресу: _____
_____
телефон _____ электронная почта _____
в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ в целях оказания мне медицинских услуг, подтверждаю свое согласие на обработку Обществом с ограниченной ответственностью «Формула Здоровья» (ИНН: 3628020011, ОГРН: 1193668003671), адрес местонахождения: 396900, Воронежская обл., Семилукский р-н, г.Семилуки, ул.Чапаева, д.1, пом.1 (далее – «Оператор») своих персональных данных, включая специальные категории, а именно:
фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии); пол; дата рождения; место рождения; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность; место жительства; место регистрации; дата регистрации; страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном учете) в системе обязательного пенсионного страхования; номер полиса ОМС (при наличии); анамнез, диагноз, сведения об организации, осуществляющей медицинскую деятельность, вид оказанной медицинской помощи, условия, объем и сроки оказанной медицинской помощи, результат обращения за медицинской помощью, сведения о проведенных медицинских экспертизах, медицинских осмотрах и медицинских освидетельствованиях и их результаты, примененные порядки и стандарты, клинические рекомендации медицинской помощи, сведения о медицинском работнике или работниках, оказавших медицинскую помощь, проводивших медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования; фото/видеоизображение при обязательном соблюдении медицинским работником

врачебной тайны (или - при условии, что эта обработка осуществляется лицом, лицом, уполномоченным Оператором и подписавшем соглашение о неразглашении персональных данных).

Также настоящим я даю согласие на поручение обработки, передачу персональных данных: ООО «ИНВИТРО-Воронеж», ИНН/ОГРН: 3664104281/1103668017914, Юридический адрес: 394030, г.Воронеж, ул.Плехановская, д.50; ООО «Ситилаб-Липецк-Воронеж», ИНН/ОГРН: 4824044042/1084823011855, Юридический адрес: 398046, г.Липецк, ул.Л.П.Смородина, д.5, п.4.

в целях выполнения Оператором обязательств перед пациентом - субъектом персональных данных по заключаемым с ним договорам платных медицинских услуг, в частности, проведения лабораторных исследований биологического материала, и выдачу результатов этих исследований конкретному пациенту.

Обработка персональных данных будет осуществляться Обществом с ограниченной ответственностью «Формула Здоровья» и третьими лицами исключительно в составе, необходимом для достижения вышеназванных целей при их возникновении.

Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам для осуществления действий по обмену информацией, обезличивание, блокирование персональных данных, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован о том, что обработка моих персональных данных осуществляется смешанным способом с передачей полученной информации по внутренней сети Оператора, а также по сети Интернет.

Настоящее согласие действует бессрочно, и может быть отозвано путем направления в адрес Оператора соответствующего письменного документа по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручения лично представителю Оператора.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 25 (двадцать пять) лет.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

« ___ » _____ _____ г. _____ /_____/

(дата оформления) *(подпись)* *(Ф. И. О. (при наличии) гражданина, либо законного представителя)*

Согласие получено _____

подпись (Ф. И. О. уполномоченного представителя медицинской организации)

Приложение № 3
к договору на оказание платных
медицинских услуг № ____
от «____» _____ 20__ г.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(Ф. И. О. (при наличии) гражданина, либо законного представителя)
«___» _____ 20__ года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____
(адрес регистрации гражданина, либо законного представителя)
проживающий(ая) по адресу: _____

_____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)
в отношении _____
(Ф. И. О. (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
«___» _____ 20_ года рождения, зарегистрированного(ой) по адресу:
(дата рождения пациента при подписании согласия законным представителем)

_____
(адрес регистрации пациента при подписании согласия законным представителем)
проживающего(ей) по адресу: _____

_____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)
даю информированное добровольное согласие на 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 (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень*), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Обществе с ограниченной ответственностью
«Формула Здоровья»
(полное наименование медицинской организации)
Медицинский работник _____

_____
(должность, Ф. И. О. (при наличии) медицинского работника)
в доступной для меня форме разъяснил(а) 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 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". Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. 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), в том числе после смерти:

_____

подпись, (Ф. И. О. (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____

подпись, (Ф. И. О. (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____

подпись (Ф. И. О. (при наличии) пациента, либо его законного представителя, контактный телефон)

_____

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

«_____» _____ г.

(дата оформления)

СОГЛАСИЕ
на передачу персональных данных в ЕГИСЗ

Я, _____,
(Ф. И. О. (при наличии) субъекта персональных данных)
СНИЛС _____ телефон _____
документ удостоверяющий личность: паспорт, серия _____ , номер _____
выдан _____
_____«____» _____ 20__ г. (код подр. _____);
(кем и когда)
свидетельство о рождении: _____
_____;

адрес места регистрации: _____
_____
адрес электронной почты (при наличии): _____

Раздел заполняется:
- законным представителем лица, не достигшего возраста 18 лет,
- законным представителем лица, признанного недееспособным,
- представителем по доверенности (иному документу).

Я, _____,
(Ф. И. О. представителя (при наличии) субъекта персональных данных полностью)
СНИЛС _____ телефон _____
адрес места регистрации: _____
_____
адрес электронной почты (при наличии): _____
реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя: _____
_____
в соответствии с подпунктом «е» пункта 6 Постановления Правительства РФ от 1 июня 2021 г. N 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") и признании утратившими силу некоторых актов Правительства РФ»

(отметка о даче согласия / отказа) ☐ **даю согласие** / ☐ **не даю согласие** на передачу следующих моих персональных **данных (персональных данных представляемого мною лица) Обществом с ограниченной ответственностью «Формула Здоровья», в ЕГИСЗ**: фамилия, имя, отчество, пол, возраст, дата и место рождения, адрес, паспортные данные, СНИЛС, гражданство, семейное и социальное положение, место работы и занимаемая должность, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), Сведения о заболеваниях (состояниях), Сведения о назначенных и отпущенных лекарственных препаратах с указанием средств идентификации лекарственных препаратов (кроме розничной продажи), специализированных продуктах лечебного питания, Сведения об оказанной медицинской помощи, Направление на госпитализацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи, Документы, формируемые при направлении пациентов в федеральную медицинскую организацию (направление на госпитализацию в федеральную медицинскую организацию, выписка из медицинской документации, сведения о согласии на обработку персональных данных пациента и (или) его законного представителя), Сведения, содержащиеся в талоне на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, Сведения об отказе в госпитализации или о необходимости изменения плановой даты госпитализации, Результаты оказания высокотехнологичной медицинской помощи и специализированной медицинской помощи, рекомендации по дальнейшему наблюдению и (или) лечению и медицинской реабилитации, Медицинское заключение об отсутствии медицинских противопоказаний к владению оружием и медицинское заключение об отсутствии в организме наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов, Сведения о наличии оснований для внеочередного медицинского освидетельствования и об аннулировании действующего

медицинского заключения об отсутствии медицинских противопоказаний к владению оружием (при наличии такого заключения), Медицинское свидетельство о смерти и перинатальной смерти (далее - документ о смерти), сведения об умершем лице, предусмотренные формой документа о смерти, Медицинские свидетельства о рождении, сведения о родившемся, предусмотренные формой документа о рождении Иные сведения федеральных информационных систем в сфере здравоохранения, федеральных баз данных и федеральных регистров в сфере здравоохранения, предусмотренные нормативными правовыми актами Российской Федерации. **Настоящее согласие действует со дня подписания до дня его отзыва либо на срок хранения документации, установленный действующим законодательством. Отзыв согласия осуществляется путем подачи письменного заявления. не менее чем за 3 (три) рабочих дня до даты отзыва согласия.**

_____ _____

(подпись) *(Ф. И. О. гражданина, либо его законного представителя)*

«_____» _____ г.

(дата)

Приложение № 4
к договору на оказание платных
медицинских услуг № ____
от «____» _____ 20__ г.

СМЕТА
на оказание платных медицинских услуг
« ____» _____ 20 __ г.

	Наименование услуги, срок исполнения	**Стоимость**	**Кол-во**	**Скидка**	**Сумма**
1					
2					
3					

Медицинский работник: _____
(подпись) *(Ф. И. О.)*

С перечнем, стоимостью медицинских услуг и сроками их выполнения ознакомлен(на) и согласен(на) на их выполнение

Потребитель (Заказчик): _____
(подпись) *(Ф. И. О.)*

Исполнитель:
ООО «Формула Здоровья»

Директор _____
/А.И.Кульнев/
М.П.

Потребитель (Заказчик):
_____
_____
Ф. И. О. (при наличии)

Подпись: _____

Приложение № 5
к договору на оказание платных
медицинских услуг № ____
от «____» _____ 20__ г.

Акт сдачи-приемки
оказанных медицинских услуг

г. Семилуки « ____» _____ 20 __ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Формула Здоровья» (далее ООО «Формула Здоровья»), расположенное по адресу: 396900, Россия, Воронежская обл., Семилукский р-н, г.Семилуки, ул.Чапаева, д.1, пом.1, ИНН 3628020011/ КПП 362801001, ОГРН 1193668003671, в лице директора Кульнева Александра Ивановича, действующего на основании Устава ООО «Формула Здоровья», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и

_____ ,
(Ф.И.О. полностью)

« ____ » _____ _____ года рождения, паспорт серия _____ , номер _____ , выдан « ____ » _____ _____ года, _____ _____ , код подразделения _____ - _____ , зарегистрированный(ая) по адресу:_____ _____ , именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, составили и подписали настоящий Акт в соответствии с Договором на оказание платных медицинских услуг № ____ от «____» _____ 20__ г. о нижеследующем:

1. Исполнитель оказал, а Потребитель (Заказчик) принял следующие медицинские услуги

	Услуга	**Стоимость**	**Кол-во**	**Скидка**	**Сумма**
1					
2					
3					

2. Услуги оказаны в согласованные Сторонами сроки.
3. Подписывая настоящий Акт, Потребитель (Заказчик) подтверждает, что не имеет претензий к объему и качеству оказанных медицинских услуг.
4. Настоящий Акт заключается в 2 (двух) подлинных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.
5. Подписи Сторон

Исполнитель:
ООО «Формула Здоровья»

Директор _____
/А.И.Кульнев/

М.П.

Потребитель (Заказчик):
_____
_____
Ф. И. О. (при наличии)

Подпись: _____