

Договор № 5652
на оказание платных медицинских услуг

г. Липецк _____ « > _____ 2023
_____ года рождения, проживающий(-ая) по адресу:
_____, паспорт: серия _____ номер
_____ выдан _____, именуемый(-ая) в
дальнейшем «Потребитель» с одной стороны, и медицинская организация – Общество с ограниченной
ответственностью «Первый Нейрохирургический», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице
Директора Семенова Валерия Владимировича, действующего на основании Устава, с другой стороны,
вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор на оказание платных медицинских услуг
(далее – Договор) о нижеследующем:

№	Наименование услуг	Ед. изм.	Количес тво	Стоимост ь услуги (руб.)	Сумма (руб.)
					Итого:

1. Определения

Если иное не установлено в настоящем Договоре, определения, используемые в настоящем Договоре, будут иметь значения, как указано ниже:

- **«Платные медицинские услуги»** – медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;
- **«Потребитель»** – физическое лицо, являющееся участником настоящего Договора и получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с условиями Договора. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- **«Заказчик»** – физическое (юридическое) лицо, заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором в пользу Потребителя;
- **«Исполнитель»** – медицинская организация Общество с ограниченной ответственностью «Первый Нейрохирургический», предоставляющая платные медицинские услуги;
- **«Медицинская организация»** – юридическое лицо, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;
- **«Медицинский работник»** – физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации Общество с ограниченной ответственностью «Первый Нейрохирургический» в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности;

- «Лицензия» – специальное разрешение на право осуществления Исполнителем медицинских услуг по своему профилю деятельности. Общество с ограниченной ответственностью «Первый Нейрохирургический» осуществляет медицинскую деятельность на основании лицензии № ЛО-48-01-001946 Бланк Серия ЛО 002623 от 11 июня 2019 г., на основании которой при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, медицинскому массажу, операционному делу, сестринскому делу; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), дерматовенерологии, кардиологии, колопроктологии, неврологии, онкологии, психотерапии, ультразвуковой диагностике, урологии, эндокринологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), дерматовенерологии, кардиологии, колопроктологии, неврологии, онкологии, психотерапии, ультразвуковой диагностике, урологии, эндокринологии. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), анестезиологии и реаниматологии, колопроктологии, медицинскому массажу, онкологии, операционному делу, сестринскому делу, урологии, хирургии; при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), анестезиологии и реаниматологии, колопроктологии, медицинскому массажу, онкологии, операционному делу, урологии, хирургии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности.

2. Предмет Договора

2.1. По настоящему Договору Исполнитель оказывает Потребителю медицинские услуги по своему профилю деятельности в соответствии с лицензией, согласно Прейскуранту на платные медицинские услуги (далее – Прейскурант), утвержденным в установленном порядке, а Потребитель обязуется оплатить оказанные услуги.

2.1.1. Получателем медицинских услуг в соответствии с настоящим Договором является Потребитель. Предоставляемые в рамках настоящего Договора медицинские услуги являются разными,

отделенными по времени и технологическим подходам друг от друга самостоятельными медицинскими услугами.

2.2. Медицинские услуги предоставляются в соответствии с Правилами предоставления платных медицинских услуг, порядками оказания медицинской помощи, утвержденными в установленном порядке федеральными органами исполнительной власти.

2.2.1. Медицинские услуги могут также предоставляться в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств.

2.2.2. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, перечень которых будет являться Приложением №1 к настоящему Договору.

2.3. Перечень медицинских услуг, оказываемых Потребителю в соответствии с настоящим Договором, определяется в Приложении № 2, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.4. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от «04» октября 2012 г. №1006);
- ознакомил его с действующим в Обществе с ограниченной ответственностью «Первый Нейрохирургический» Прейскурантом на платные медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;
- уведомил его 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, а также информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:
 - порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
 - информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
 - информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
 - другие сведения, относящиеся к предмету Договора.;

2.5. Подписав настоящий Договор, Потребитель подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

2.6. Подписав настоящий Договор, Потребитель подтверждает, что он добровольно согласился на обработку своих персональных данных, с содержанием ст.9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006г. № 152 –ФЗ ознакомлен.

3. Обязанности Сторон и участников Договора

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых платных медицинских услуг, согласно п. 2.2. настоящего Договора.

3.1.2. Оказать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором, после внесения Заказчиком денежных средств, в порядке, определенном разделом 4 настоящего Договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату.

3.1.3. Предоставить Потребителю (Заказчику) достоверную, доступную информацию о предоставляемых услугах.

3.1.4. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.

3.1.5. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством Российской Федерации порядке (амбулаторную карту и т.д.).

3.1.6. Извещать Потребителя о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг либо прекращению действия договора, что оформляется дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.2. Потребитель обязуется:

3.2.1. Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

3.2.2. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору.

3.2.3. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги по настоящему Договору.

3.2.4. При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику) о любых изменениях самочувствия.

3.2.5. Отказаться на весь период предоставления медицинских услуг по настоящему Договору, от употребления наркотиков и лекарств, их содержащих, психотропных препаратов, алкогольсодержащих напитков.

3.2.6. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Исполнителем (медицинским работником) употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав и т. д.

3.2.7. Соблюдать график приема медицинских работников, предоставляющих медицинские услуги по настоящему Договору.

3.2.8. Соблюдать внутренний режим нахождения в Обществе с ограниченной ответственностью «Первый Нейрохирургический», лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

4. Цена и порядок оплаты услуг

4.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю согласно п. 2.2. настоящего Договора, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом, и должна быть отражена в Приложении 2 к Договору.

4.2. Стоимость платных медицинских услуг по настоящему Договору определяется по Прейскуранту, действующему на момент заключения настоящего Договора, и может быть изменена по соглашению сторон в течение всего срока действия Договора.

4.2.1. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора на предоставление дополнительных медицинских услуг, их стоимость определяется по Прейскуранту, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора.

4.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Потребителя с учетом уточненного диагноза, путем подписания дополнительного соглашения, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора. Без согласия Потребителя, Исполнитель не имеет права предоставлять дополнительные платные медицинские услуги по настоящему Договору.

4.4. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Потребителем путем внесения наличных денежных средств в кассу Общества с ограниченной ответственностью «Первый Нейрохирургический» или путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет Общества с ограниченной ответственностью «Первый Нейрохирургический», в размере 100 % предоплаты, в день предоставления платной медицинской услуги.

5. Ответственность Сторон

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

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

5.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной и (или) недостоверной информации о своем здоровье.

5.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Потребителем условий настоящего Договора.

6. Порядок изменения и расторжения Договора

6.1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.

6.2. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Потребителя после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Отказ Потребителя от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю. Исполнитель информирует Заказчика о расторжении настоящего Договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору. Договор может быть расторгнут по инициативе Исполнителя после уведомления Потребителя о расторжении договора.

7. Заключительные положения

7.1. Срок действия настоящего Договора на один год. Если не менее чем за 30 (тридцать) дней до окончания срока действия настоящего Договора ни одна из сторон не заявит о необходимости его изменения или расторжения, такой Договор считается пролонгированным на тот же срок.

7.2. Настоящий Договор заключается в 2-х экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй у Потребителя.

7.3. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

7.4. Споры и разногласия решаются путем переговоров между Сторонами.

7.5. После исполнения настоящего Договора Исполнителем по просьбе Потребителя могут быть выданы медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг.

8. Юридические адреса и банковские реквизиты Сторон

Исполнитель

Потребитель

Общество с ограниченной ответственностью
«Первый Нейрохирургический»
ОГРН 1104823003350 ИНН 4824050430 КПП
482401001
Юридический адрес: 398046, г. Липецк, пр.
Победы, д. 112А, пом. 7
Почтовый адрес: 398046, г. Липецк, пр. Победы,
д. 112А, пом. 7
р/с 40702810402930001442
к/с 30101810200000000593 БИК 044525593
"АО АЛЬФА БАНК"
Лицензия № ЛО-48-01-001946 Бланк Серия ЛО
002623 от 11 июня 2019 г.
тел.: 8(474)245-40-80, 8(474)239-12-06 e-mail:
nho1@yandex.ru

Директор Общество с ограниченной
ответственностью «Первый
Нейрохирургический»

Семенов

В.В.
м.п.

ФИО: _____

Паспорт: серия _____

номер

выдан

Адрес места жительства: _____

подпись

**СОГЛАСИЕ субъекта персональных данных
на обработку и хранение персональных данных**

Я, _____, проживающий по адресу: _____

Документ удостоверяющий личность:
паспорт, _____

(наименование, номер и серия, кем и когда выдан)

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», даю свое согласие ООО «Первый Нейрохирургический» (398046, Липецкая обл., Липецк г., Победы пр-кт, 112 а, 4 помещение), именуемый в дальнейшем Оператор, на обработку своих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, дату и место рождения, адрес проживания, пол, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), 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 сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским 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 посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы.

Обработка персональных данных, указанных в настоящем Согласии, осуществляется в том числе в целях передачи (распространение, предоставление, доступ) их в Систему МедТочка (<https://medtochka.ru/>) для систематизации и хранения медицинских заключений субъекта персональных данных, в том объеме, который необходим для реализации указанной цели.

Оператор имеет право на передачу моих персональных данных для дальнейшей обработки в региональных медицинских центрах и органах власти, осуществляющих руководство и контроль в области здравоохранения, территориальным фондам обязательного медицинского страхования и медицинским страховым организациям при условии заключения договоров, защищающих мои права, со всеми участниками информационного обмена и соблюдении всеми участниками обмена норм хранения, обработки, ограничений доступа к персональным данным, предусмотренным законодательством РФ.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет для стационара и пять лет для поликлиники.

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

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

Субъект персональных данных _____
(подпись) (расшифровка)

Утверждаю
Директор
ООО «Первый Нейрохирургический»
В.В.Семенов.
01/01/2019

ООО «Первый Нейрохирургический»
ИНН 4824050430 КПП 482401001, ОГРН 1104823003350
398046, г. Липецк, пр. Победы, д. 112а помещение 4

« » 2023

Ф.И.О. _____
Адрес: _____

УВЕДОМЛЕНИЕ
(подписывается до заключения договора)

Настоящим уведомляю Вас 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 Вашего здоровья.

Директор ООО
«Первый Нейрохирургический» _____ (В.В. Семенов)

М.П.

Настоящее уведомление получил _____ ()

« » 2023

ФИО: _____ дата рождения: _____

Эпидемиологический анамнез

«Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных заболеваний»)

- Являетесь ли больным или носителем вирусного гепатита В,С да, нет
- Являетесь ли больным туберкулезом да, нет
- Являетесь ли больным или носителем ВИЧ-инфекции да, нет
- Наличие педикулеза, чесотки, кожных заболеваний да, нет
- Наличие травм, ожогов, операций, переливаний крови за последние бмес.

(с указанием места и времени) _____ да, нет

- Наличие стоматологических, гинекологических, эндоскопических манипуляций

за последние бмес. с указанием места и времени) _____ да, нет

- Склонность к рецидивирующим или распространенным заболеваниям

(хронические заболевания, гнойно-септическая патология) _____ да, нет

- При наличии вышеперечисленных хронических заболеваний укажите

срок давности заболевания _____ да, нет

- Дата последнего обращения за медицинской помощью (с указанием инвазивных манипуляций: лечение ротовой полости, удаление зуба, протезирование, оперативное вмешательство, инъекции и т.д.) да, нет

• За пределы РФ в последний 1 месяц выезжали да, нет

• Контакт с инфекционными больными (больными COVID-19) в течении 5-14 дней да, нет

• Наличие прививочного сертификата от COVID-19 да, нет

« » 2023 _____

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

Я, _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

" _____ " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

" _____ " _____ г. рождения, проживающего по адресу:

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

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 **ООО «Первый Нейрохирургический»**.

Медицинским работником _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в 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 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), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

" _____ " _____ 2023 _____ г.

(дата оформления)