

- «исполнитель» - медицинская организация (ООО «Ренессанс-С»), предоставляющая платные медицинские услуги;
- **медицинский работник** - физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности.
- «**медицинская организация**» - юридическое лицо, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности.

2. Предмет договора.

2.1. По настоящему договору исполнитель оказывает потребителю **медицинские услуги**, указанные в Приложении №2 к настоящему договору в соответствии с лицензией, согласно действующему прейскуранту на платные медицинские услуги (далее - прейскурант), а потребитель обязуется оплатить оказанные услуги.

2.2. Получателем медицинской услуги в соответствии с настоящим договором является потребитель.

2.3. Медицинские услуги предоставляются в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, утвержденными в установленном порядке федеральными органами исполнительной власти. Предоставление медицинских услуг по настоящему договору осуществляется при наличии **информированного добровольного согласия потребителя (Приложение №1 к настоящему договору)**, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, **а также при наличии согласия на обработку персональных данных (приложение №3 к настоящему договору)**.

2.4. Данный договор является **рамочным по смыслу ст. 429.1 ГК РФ и определяет общие условия оказания всех услуг потребителю. Перечень, стоимость и сроки предоставления медицинских услуг, оказываемых потребителю в соответствии с настоящим договором, определяются в приложении №2 к настоящему договору.**

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

2.6. Потребитель должен знать и осознавать вероятность (но не обязательность) побочных эффектов медицинского вмешательства и осложнений, что может причинить вред здоровью потребителя.

2.7. Потребитель подтверждает, что до заключения настоящего договора исполнитель предоставил в доступной форме, а потребитель ознакомился со следующими документами, содержащими информацию о платных медицинских услугах :

- с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от «04» октября 2012 г. №1006);
- с действующим в ООО «Ренессанс-С» прейскурантом на платные медицинские услуги,
- с Положением об оказании платных медицинских услуг в ООО «Ренессанс-С»;
- с Правилами внутреннего распорядка и условиями предоставления медицинских услуг для пациентов ООО «Ренессанс-С»;
- с информацией о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

2.8. Информация о платных медицинских услугах, а также об исполнителе размещена на информационных стендах (стойках) исполнителя, на интернет-сайте исполнителя в сети Интернет по электронному адресу <http://terrasomnia.ru>

2.9. Заключая настоящий договор, пациент осознает, что любое хирургическое вмешательство сопряжено с известной долей риска, может вызвать отклонения от нормы в самочувствии (болезненность, чувство дискомфорта, повышение температуры тела и т.д.) как во время операции, так и в послеоперационном периоде, а также с определенными моральными переживаниями по поводу результатов лечения, взаимоотношений с окружающими и т.д.

2.10. Подписав настоящий договор, потребитель ознакомлен с тем, что лабораторные исследования взятого у потребителя биологического материала будут осуществляться ООО «КДЛ ДОМОДЕДОВО-ТЕСТ» в рамках заключенного договора об оказании платных медицинских услуг № 02-СРТ-2018 от 19.01.2018 г. Потребитель оплачивает исполнителю стоимость лабораторных исследований, включая стоимость забора биологического материала и прочих накладных расходов.

Ознакомлен _____

ФИО

/ _____ /
подпись Потребителя

_____ Потребитель

_____ Исполнитель

3. Права и обязанности сторон.

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать потребителю платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых платных медицинских услуг, согласно Приложению №2 к настоящему договору. Количество этапов инвазивного (оперативного) лечения определяется по соглашению сторон с учетом медицинских показаний и индивидуальных анатомических особенностей потребителя.

3.1.2. Оказать медицинские услуги качественно, в полном объеме в соответствии с настоящим договором.

3.1.3. Предоставить потребителю достоверную, доступную информацию о предоставляемых услугах.

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

3.1.5. Провести потребителю инвазивное (оперативное) вмешательство с целью достижения наиболее благоприятного из возможных результатов, с учетом индивидуальных анатомических и физиологических особенностей, ограничивающих возможности исполнителя и назначить постинвазивные (послеоперационные) лечебно-профилактические мероприятия в соответствии с клиническими рекомендациями.

3.1.6. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством Российской Федерации порядке.

3.1.7. Информировать потребителя о характере возможных осложнений, о способах профилактики осложнений.

3.1.8. После выполнения инвазивных (оперативных) вмешательств выдать потребителю медицинские предписания, назначения, рекомендации для достижения и сохранения результатов оказания медицинских услуг.

3.1.9. Немедленно извещать потребителя о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг в письменном виде.

3.1.10. В случае возникновения неотложных состояний у пациента, исполнитель вправе осуществлять действия в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе принимать решение о медицинском вмешательстве в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.

3.1.11. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются 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 от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

3.1.12. При невозможности оказания медицинской помощи в экстренном порядке силами исполнителя, исполнитель обязан вызвать бригаду скорой помощи или самостоятельно транспортировать потребителя за счет исполнителя до медицинского учреждения, где ему будет оказана необходимая медицинская помощь.

3.2. Потребитель обязуется:

3.2.1. Оплатить медицинские услуги, перечень которых указан в Приложении №2, согласно прейскуранту, действующему на момент предоставления медицинской услуги и в порядке, определенном разделом 4 настоящего Договора,

3.2.2. 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 инвазивного (оперативного) вмешательства.

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

3.2.4. При получении медицинских услуг сообщать исполнителю (медицинскому работнику) о любых изменениях самочувствия.

3.2.5. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с исполнителем (медицинским работником) массаж, физиопроцедуры, употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, и т.д.

3.2.6. Соблюдать внутренний режим нахождения в ООО «Ренессанс-С», лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. Самостоятельно определять характер диагностики, лечения, манипуляций необходимых для достижения

наиболее благоприятного из возможных результатов оперативного вмешательства;

3.3.2. Не оказывать услугу, если у пациента имеются противопоказания к какой-либо конкретной манипуляции.

3.4. Потребитель имеет право:

3.4.1. На получение доступной, достоверной информации об исполнителе, о предоставляемой медицинской услуге;

3.4.2. На отказ от получения медицинских услуг с возмещением исполнителю фактически понесенных им расходов.

_____ *Потребитель*

_____ *Исполнитель*

3.4.3. На качественную и безопасную медицинскую помощь, а также соблюдение иных прав, предусмотренных действующим законодательством.

4. Цена и порядок оплаты услуг

4.1. Стоимость платных медицинских услуг по настоящему договору определяется по прейскуранту, действующему на момент оказания медицинской услуги. Перечень, стоимость и сроки оказания медицинских услуг согласовываются с заказчиком (приложение № 2 к настоящему договору). Цена настоящего договора составляет сумму всех платежей, указанных в приложении №2, которые осуществляет потребитель за оказанные медицинские услуги на протяжении действия настоящего договора.

4.2. Оплата медицинских услуг по настоящему договору осуществляется с согласия потребителя следующими способами:

- путем внесения наличных или безналичных денежных средств в кассу исполнителя по факту оказания медицинской услуги.

- **в форме 100 % предварительной оплаты согласованного перечня медицинских услуг** путем внесения наличных или безналичных денежных средств в кассу исполнителя, либо путем безналичного перечисления денежных средств на р/счет исполнителя.

4.3. В случае отказа потребителя после заключения настоящего договора от получения медицинских услуг, **предварительная оплата** ему возвращается за вычетом фактически понесенных исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему договору.

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 освобождается от ответственности перед потребителем в случае возникновения осложнений, побочных результатов, ухудшения первоначально достигнутого результата у потребителя в случаях:

- невыполнения потребителем назначений врача, назначенного режима лечения;
- неявки потребителя в сроки, утвержденные планом лечения, либо указанные в выписных рекомендациях.
- действия обстоятельств непреодолимой силы, не позволяющих исполнителю завершить лечение;
- выявления после начала лечения заболеваний (отклонений от нормы) потребителя, которые являются медицинскими противопоказаниями к продолжению дальнейшего лечения, либо могут негативно повлиять на эффект лечения.

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. Условия настоящего договора могут быть изменены исключительно по обоюдному согласию сторон. Одностороннее изменение условий договора не допускается, а, будучи допущенным любой из сторон, признается не имеющим юридической силы.

6.3. Исполнитель в соответствии со ст. 36 Закона РФ от 07.02.1992 №2000-1 «О защите прав потребителей» вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения договора с потребителем в случае, если исполнитель уведомил потребителя об обстоятельствах, зависящих от потребителя и способных снизить качество оказываемой медицинской услуги, но потребитель такие обстоятельства не устранил.

6.4. Действие настоящего договора прекращается в случаях:

- ликвидации исполнителя;
- принятия судом решения о признании договора недействительным;
- по соглашению сторон, совершенному в письменной форме по инициативе любой из них;
- 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.

6.5. Во всех случаях расторжения договора стороны обязаны в течение 5 рабочих дней произвести взаимные расчеты, связанные с исполнением настоящего договора, в том числе при необходимости по возмещению убытков, которые могут возникнуть в результате прекращения договорных отношений и согласно действующему законодательству РФ.

_____ *Потребитель*

_____ *Исполнитель*

7. Порядок разрешения споров.

7.1. При возникновении споров стороны **будут стремиться разрешить сложившуюся ситуацию путем переговоров**. Если согласие не достигнуто, споры рассматриваются в соответствии с действующим законодательством РФ.

7.2. Претензии пациента оформляются в письменной форме и рассматриваются Исполнителем в течение **10 рабочих дней**. Претензии, касающиеся качества оказания платных медицинских услуг рассматриваются врачебной комиссией исполнителя. По результатам рассмотрения претензии, при взаимном согласии, сторонами подписывается *соглашение о досудебном урегулировании претензии*.

7.3. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

8. Конфиденциальность

8.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности информации, полученной при исполнении условий настоящего договора. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по настоящему договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой стороны.

8.2. Конфиденциальной по настоящему договору признается информация;

- сведения о заболеваниях.

- персональные данные пациента;

8.3. Потребитель дает свое согласие на обработку исполнителем информации, указанной в настоящем договоре (а также иных персональных сведений, получаемых исполнителем при исполнении настоящего договора, любыми способами, установленными законом, с целью исполнения договора, а также информирования потребителя о сроках действия договора.)

9. Заключительные положения

9.1. Настоящий Договор заключается в 2-х экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй - у потребителя.

9.2. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания сторонами **и заключен на неопределенный срок**.

9.3. После исполнения настоящего договора исполнитель выдает потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов).

10. Юридические адреса и банковские реквизиты Сторон

Исполнитель

ООО «Ренессанс-С»
ИНН 6454104555 КПП 645401001
Юридический адрес: 410056, г. Саратов, ул.
им. Шевченко Т.Г., д. 38/48
Фактический адрес: 410056, г. Саратов, ул.
им. Шевченко Т.Г., д. 38/48
р/сч 40702810011520001049 в Банк ВТБ24
(ПАО) ф-л№ 6318 г. Самара,
к/сч 30101810700000000955, БИК 043602955
ОГРН 1156451020032,
ОКФС 16,
ОКТМО 63701000001, ОКОПФ 12300,
Администратор ООО «Ренессанс-С»
_____ /

**Потребитель
ФИО**

_____._____._____ дата рождения

паспорт серия номер

Выдан кем:

когда:

Зарегистрирован по адресу:

Телефон:

e-mail:

_____ / _____ /
расшифровка подписи

Экземпляр договора мною получен _____ (Подпись потребителя)

Приложение №1 к Договору от _____ г.

**Информированное добровольное согласие об объеме и условиях оказываемых платных
медицинских услуг.**

Я, _____ года рождения,
(ФИО) (дата рождения)

зарегистрированный по адресу:

_____ /
(адрес места жительства Потребителя)

Желаю получить платные медицинские услуги в ООО «Ренессанс-С», и (в соответствии с Постановлением №1006 от 04.10.2012 Правительства РФ и Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ) даю информированное согласие на проведение мне инвазивного (оперативного) вмешательства.

Мне в доступной для меня форме разъяснены и мною осознаны цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинского вмешательства, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг, ознакомлен с действующим прейскурантом и готов их оплатить.
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
- 3 Я имел(а) возможность задать интересующие меня вопросы врачу перед медицинской услугой.
4. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат и что при проведении операции и после нее, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.

5. Я согласен с тем, что используемая технология инвазивного вмешательства не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований.

6. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.

7. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом и я даю свое согласие на их оплату.

8. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды дополнительных медицинских услуг: _____, которые я хочу получить в ООО «Ренессанс-С» и согласен(на) их оплатить.

9. Настоящее информированное добровольное согласие мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Потребитель: _____ / _____ Исполнитель _____ / _____ / _____
Дата оформления _____ г.

Приложение № 2 к Договору № _____
на оказание медицинских услуг
от « ____ » _____ 201__ г.

Перечень оказываемых исполнителем медицинских услуг

В соответствии с настоящим договором Исполнитель оказывает Заказчику (Потребителю) следующие медицинские услуги, которые добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны Заказчиком (Потребителем).

Пациент :

Код	Вид услуг (по прейскуранту)	Кол-во	Цена	Скидка руб.	Всего
ИТОГО					

Заказчик (Потребитель) ознакомлен с действующим Прейскурантом и согласен оплатить указанные медицинские услуги.

Срок предоставления медицинских услуг с _____ до _____.

Заказчик (Потребитель) _____

Исполнитель _____

Приложение № 3 к Договору об
оказании платных медицинских услуг
№ _____ от _____ г.

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____,
(ФИО Потребителя или законного представителя)
проживающий по адресу _____
(адрес регистрации)

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО "Ренессанс-С" (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, 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 и данными потребителя, 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, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам ДМС.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе по договору ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты стационарного больного, медицинской карты амбулаторного больного) и составляет двадцать пять лет.

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 письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

В случае отсутствия возможности передачи сведений, содержащих врачебную тайну, даю согласие на передачу сведений своему представителю _____.

Контактный телефон представителя _____

Настоящее согласие дано мной «_____» _____ г. и действует 25 лет с момента передачи данных Оператору.

Подпись субъекта персональных данных _____ / _____ /
(расшифровка подписи)