

пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

- «**исполнитель**» - медицинская организация (ООО «Ренессанс-С»), 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, квалификацию и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской 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.

2.1.2. Получателем платной медицинской услуги в соответствии с настоящим Договором является Потребитель. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, либо по просьбе потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

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

2.2.2. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан. Информированное добровольное согласие Потребителя (**Приложение №1 к настоящему договору**) и согласие на обработку персональных данных (**Приложение №3 к настоящему договору**). Все приложения являются неотъемлемыми частями настоящего договора.

2.3. Перечень, стоимость и сроки предоставления медицинских услуг, оказываемых Потребителю в соответствии с настоящим Договором, определяются в Приложении №2 к настоящему Договору.

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 ООО «Ренессанс-С» прейскурантом на платные медицинские услуги,
- ознакомил его с Положением об оказании платных медицинских услуг ООО «Ренессанс-С»;
- ознакомил его с Правилами внутреннего распорядка и условиями предоставления медицинских услуг для пациентов ООО «Ренессанс-С»;
- 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;

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 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.

3. Права и Обязанности Сторон и участников Договора.

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых платных медицинских

Потребитель

Исполнитель

услуг.

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

3.1.6. 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.

3.2. Потребитель обязуется:

3.2.1. Оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги по цене в порядке и сроки, определенные настоящим Договором.

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 лечения.

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

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

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

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

3.2.8. Удостоверять личной подписью в медицинской документации факты ознакомления с планом диагностики и лечения, врачебными назначениями и рекомендациями, сроками и стоимостью оказания услуг, наличия или отсутствия претензий к качеству оказанных услуг.

3.2.9. При возникновении связанных с лечением вопросов и/или осложнений, любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг, включая обращение и (или) непредвиденную госпитализацию в другую медицинскую организацию, незамедлительно сообщать об этом лечащему врачу или администратору Исполнителя по телефону (845 2) **22 50 46, 25 25 23**.

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

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. Самостоятельно определять характер диагностики, лечения, манипуляций необходимых для **достижения наиболее благоприятного из возможных результатов оказываемой медицинской услуги.**

3.3.2. При необходимости, в ходе предоставления услуги, согласовать с Потребителем график приемов (посещений) в соответствии с планом лечения Потребителя. График приемов (посещений) отражается в плане лечения, медицинской карте Потребителя или ином самостоятельном документе, согласованном с Потребителем. Исполнитель вправе по согласованию с Потребителем (в том числе устно, по телефону) вносить изменения в график приемов (посещений), не

меня при этом общий срок предоставления услуг, установленный Договором.

3.4. Потребитель имеет право:

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

3.4.2. На отказ от получения медицинских услуг.

3.4.3. На получение доступной, достоверной информации об Исполнителе, о предоставляемой медицинской услуге.

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.**)

4.2. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Потребителем путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя в день оказания услуги, либо путем безналичного перечисления денежных средств в форме предварительной оплаты на р/счет Исполнителя. 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.

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	Потребитель
ООО «Ренессанс-С»	ФИО
ИНН 6454104555 КПП 645401001	____.____.____ дата рождения
Юридический адрес: 410056, г. Саратов, ул им. Шевченко Т.Г., 38/48	паспорт серия номер
Фактический адрес: 410056, г. Саратов, ул им. Шевченко Т.Г., 38/48	Выдан кем:
р/сч 40702810011520001049 в Банк ВТБ24 (ПАО) ф-л№ 6318	когда:
Самара, к/сч 30101810700000000955, БИК 043602955	Зарегистрирован по адресу:
ОГРН 1156451020032, ОКФС 16, ОКТМО 63701000001,	т.Телефон:
ОКОПФ 12300,	e-mail:
Администратор ООО «Ренессанс-С» _____/	_____/_____/
	<i>расшифровка подписи</i>

Экземпляр договора мною получен _____ (Подпись потребителя)

Приложение №1 к Договору от _____ № _____

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

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

(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 опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; на осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; антропометрические исследования; термометрию; тонометрию, введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе в/в, в/м, п/к, в/к.

Мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников ООО «Ренессанс-С» 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 ООО «Ренессанс-С», ознакомлен с действующим прейскурантом ООО «Ренессанс-С» и согласен оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
3. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.
4. Если по согласованию с врачом мною добровольно, без какого-либо принуждения будут выбраны дополнительные виды медицинских услуг, которые я хочу получить в ООО «Ренессанс-С», согласен(на) их оплатить.

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 _____

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)