



УВЕДОМЛЕНИЕ

В соответствии с п.20 Постановления Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 ООО "Центр Диагностики" до заключения договора об оказании платных медицинских услуг настоящим уведомляет о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

Пациент/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

#### Договор №

#### на оказание платных медицинских услуг

г. Волгодонск «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_

ООО "Центр Диагностики", в лице генерального директора Моисеевой Татьяны Юрьевны, действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Клиника», с одной стороны, и , именуемый(-ая) в дальнейшем «Пациент», проживающий(-ая) по адресу , паспорт , выдан , г., код подразделения , с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА. ПЕРЕЧЕНЬ И СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ УСЛУГ**
   1. Клиника обязуется оказать Пациенту на возмездной основе медицинские услуги, а Пациент обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых медицинских услуг.
   2. Перечень, стоимость и сроки медицинских услуг, оказываемых Пациенту в соответствии с настоящим договором, определяется в Приложении к настоящему договору «Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором, и сроки их предоставления», являющемся неотъемлемой частью настоящего договора. При наличии действующего договора, при каждом последующем обращении Пациента за медицинскими услугами, стороны подписывают приложение к договору в дату обращения.
2. **УСЛОВИЯ, ПОРЯДОК И СРОКИ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**
   1. Клиника оказывает услуги по настоящему Договору в помещении согласно Лицензии (п. 5.2 настоящего Договора), в том числе по адресу:347360, Ростовская обл, г Волгодонск, ул 50 лет СССР, д. 8, помещ. 1, 347382, Ростовская обл, г Волгодонск, пр-кт Строителей, д. 11, 347382, Ростовская обл, г Волгодонск, пр-кт Строителей, д. 11, помещ. VI, в соответствии с режимом работы Клиники и графиком работы медицинских работников Клиники.
   2. Предоставление услуг по настоящему договору происходит в порядке предварительной записи Пациента на прием по телефону регистратуры или посредством сети Интернет через сайт Клиники.
   3. Пациент заверяет, что при заключении настоящего договора:
      1. Клиника ознакомила Пациента с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
      2. Клиника в доступной форме проинформировала Пациента 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;
      3. Клиника ознакомила Пациента со своими локальными актами, в том числе регламентирующими порядок предоставления платных медицинских услуг: Правилами предоставления платных медицинских услуг, Прейскурантом цен на платные медицинские услуги, Положением об обработке персональных данных, Положением о порядке внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности и иными;
      4. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявление Пациента приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет его средств;
      5. Оказание медицинских услуг по настоящему договору не в объеме стандарта осуществляется по просьбе Пациента в соответствии с п.10 Постановления Правительства РФ №1006 от 04.10.2012;
   4. Предоставление медицинских услуг по настоящему договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Пациента, если такое согласие требуется в соответствии с действующим законодательством.
3. **ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**
   1. Клиника обязуется:
      1. Своевременно и качественно оказывать услуги в соответствии с условиями настоящего договора по действующим на момент оказания услуг ценам (тарифам) после предоплаты медицинских услуг.
      2. При предоставлении медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.
      3. Предоставить Пациенту в установленном порядке в доступной форме установленную законодательством информацию о Клинике и предоставляемых медицинских услугах.
      4. Соблюдать 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан», иные нормативные акты и локальные акты Клиники, связанные с осуществлением медицинской деятельности и предоставлением платных медицинских услуг.
      5. Соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья Пациента (врачебную тайну).
      6. По письменному заявлению выдать Пациенту (законному представителю пациента) после исполнения договора исполнителем медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние 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, без взимания дополнительной платы.
   2. Клиника вправе:
      1. Требовать от Пациента предоставления полной и достоверной информации, необходимой для качественного оказания Пациенту медицинских услуг;
      2. Осуществлять обработку персональных данных Пациента и Пациента в порядке и пределах установленных законодательством РФ.
      3. С целью контроля качества оказания медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности вести аудио и видеонаблюдение в помещениях Клиники.
      4. Клиника вправе для оказания медицинских услуг по настоящему Договору привлекать третьих лиц, имеющих лицензию на оказание соответствующих видов медицинской помощи.
   3. Пациент обязан:
      1. Заблаговременно информировать Клинику о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения медицинской услуги. В случае опоздания Пациента более чем 20 (двадцать) минут по отношению к назначенному Пациенту времени получения услуги Клиника оставляет за собой право на перенос или отмену срока получения услуги.
      2. Добросовестно и полно предоставить Клинике сведения касаемо Пациента (в особо сложных случаях подтвержденные медицинскими документами) о перенесенных ранее заболеваниях, принимаемых медицинских препаратах, непереносимости или аллергических реакциях (в том числе на лекарственные средства), и вредных привычках (курение, употребление алкоголя и наркотических веществ), о перенесенных ранее хронических заболеваниях, оперативных вмешательствах и травмах, принимаемых лекарственных препаратах, ухудшении состояния здоровья в период, предшествующий медицинскому вмешательству, а также о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению условий договора или влияющих на качество оказываемых услуг, путем предоставления медицинских документов, заполнения предложенной Клиникой анкеты пациента и при устном опросе специалистами Клиники.
      3. Соблюдать в полном объеме правила и условия получения медицинской услуги, установленные Клиникой, неукоснительно соблюдать рекомендации и режим лечения, установленные врачами Клиники, исполнять обязанности граждан в сфере охраны здоровья, установленные 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан».
      4. Своевременно оплатить стоимость услуг, предусмотренных настоящим Договором и Приложениями к договору, содержащими перечень оказываемых платных медицинских услуг.
   4. Пациент вправе:
      1. В доступной для него форме получать информацию о состоянии здоровья Пациента, о медицинских услугах по настоящему договору.
      2. Отказаться от медицинского вмешательства в письменной форме в порядке, предусмотренном Клиникой в соответствие с действующим законодательством. При этом Клиника не несет ответственности за возможные негативные последствия отказа Пациента от медицинского вмешательства.
4. **ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**
   1. Оплата медицинских услуг по настоящему договору производится Пациентом путём внесения денежных средств в размере 100%, не позднее дня оказания услуги любым способом, не запрещённым законодательством РФ.
5. **СВЕДЕНИЯ О КЛИНИКЕ**
   1. ОГРН 1126174003493, Свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 61 № 007330277 от 30.08.2012, выданное МРИ ФНС России № 4 по Ростовской области,
   2. Клиника осуществляет медицинскую деятельность на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности, именуемой в дальнейшем «Лицензия» № ЛО-61-01-007432 от 06.11.2019, выданной Министерством здравоохранения Ростовской области (г. Ростов-на-Дону, ул. 1-ой Конной Армии, д. 33, тел. +7 (863) 242-41-09). Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, физиотерапии, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: 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), гастроэнтерологии, детской хирургии, неврологии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, эндокринологии. При оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии. При оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: эндокринологии.
6. **ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ**
   1. За ненадлежащее исполнение настоящего договора Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.
   2. Договор может быть изменен или расторгнут по соглашению сторон, путем подписания соглашения.
   3. Изменение договора в одностороннем порядке не допускается.
   4. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе Пациента с обязательным предварительным уведомлением клиники не менее чем за **10** рабочих дней.
7. **ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**
   1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до исполнения всех обязательств, взятых на себя сторонами.
   2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.
   3. Стороны пришли к соглашению об использовании со стороны Клиники факсимильной подписи лица, уполномоченного подписывать настоящий договор, дополнительные соглашения, приложения к настоящему договору, иные документы в рамках исполнения договора. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной и факсимильной подписи.
8. **РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **Клиника** | **Пациент** |
| ООО «Центр Диагностики»  ИНН 6143079521, КПП 614301001  Адрес: 347360 Ростовская обл.,  г. Волгодонск. ул. 50 лет СССР, д. 8  Телефон: +7 (8639) 24-35-46 | ФИО пациента:  Адрес.  Тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Генеральный директор  ООО «Центр диагностики» \_\_\_\_\_\_\_\_Моисеева Т.Ю. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / |

**Согласие на обработку персональных данных**

Я, ФИО гражданина (полные реквизиты и контактные данные представлены в графе «Адреса и реквизиты сторон» Договора) в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 «О защите персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Центр Диагностики» (полные реквизиты и контактные данные представлены в графе «Адреса и реквизиты сторон» Договора) (далее именуемый как - Оператор), моих персональных данных, включающих:

1. фамилия, имя, отчество;
2. пол;
3. дата рождения;
4. гражданство;
5. данные документа, удостоверяющего личность;
6. место жительства;
7. место регистрации;
8. дата регистрации;
9. анамнез;
10. диагноз;
11. сведения об организации, оказавшей медицинские услуги;
12. вид оказанной медицинской помощи;
13. условия оказания медицинской помощи;
14. сроки оказания медицинской помощи;
15. объем оказанной медицинской помощи;
16. результат обращения за медицинской помощью;
17. сведения об оказанных медицинских услугах;
18. примененные стандарты медицинской помощи;
19. сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу;
20. контактный телефон, адрес электронной почты.

В целях оказания мне (представляемому) медицинских услуг и исполнения Договора об оказании платных медицинских услуг. В процессе оказания Оператором мне (представляемому) медицинских услуг я предоставляю право медицинскому персоналу Оператора передавать мои (представляемого) персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, а также иные вышеуказанные персональные данные иным работникам и/или контрагентам Оператора в целях оказания мне (представляемому) медицинских услуг и исполнения Договора об оказании платных медицинских услуг.

Предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими (представляемого) персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Оператор вправе обрабатывать мои (представляемого) персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по оказанию медицинских услуг на обмен (прием и передачу) моими (представляемого) персональными данными с медицинскими и иными организациями, органами государственной и муниципальной власти, а также в порядке, установленном действующим законодательством РФ, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Срок хранения моих (представляемого) персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов, установленному законодательством РФ.

Настоящее согласие действует бессрочно. 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 предоставлении отзыва медицинской услуги, за исключением случаев передачи первичных медицинских документов на хранение в порядке, установленном законодательством РФ.

Пациент/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/