УВЕДОМЛЕНИЕ

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество, дата и год рождения)

подтверждаю, что до заключения договора на оказание платных медицинских услуг я уведомлен о том, что несоблюдение указаний и рекомендаций 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 здоровья потребителя.

_____ «___»_____ 20__ г.

(подпись)

Договор № ____
на оказание платных медицинских услуг

г. Санкт-Петербург "____" _____ 20___г.

ООО «Меди ком» («СМ-Клиника»), именуемая в дальнейшем Клиника, в лице главного врача Мещерякова Е.В., действующего на основании Устава, с одной стороны,

_____,

именуемый (ая) в дальнейшем Пациент, с другой стороны, совместно именуемые Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1. Клиника оказывает платные медицинские услуги Пациенту по своему профилю деятельности согласно действующему Прейскуранту и лицензии № ЛО-78-01-00995, выданной 16.07.2019 Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, находящимся по адресу: 191023, г. Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая, д.1, тел. (812) 635-55-64, размещенных также на информационных стендах (стойках) Клиники и на сайте www.smclinic.ru

1.2. Перечень и стоимость услуг определяется в соответствии с приложениями к настоящему договору.

1.3. Если иное не согласовано Сторонами, медицинские услуги предоставляются в день обращения за медицинской помощью.

2. Обязанности сторон.

2.1. Клиника обязуется:

2.1.1. Предоставить платные медицинские услуги Пациенту, заключившему настоящий договор.

2.1.2. Установить конкретные виды и объем оказываемых медицинских услуг.

2.1.3. Ознакомить Пациента с Прейскурантом предоставляемых медицинских услуг по настоящему договору.

2.1.4. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для оказания медицинской помощи в рамках выполнения обязательств по настоящему договору.

2.1.5. Вести всю необходимую медицинскую документацию.

2.1.6. Вести учет видов, объемов, стоимости медицинских услуг, оказанных Пациентам, а также денежных средств, поступивших от Пациента.

2.1.7. Представлять по требованию Пациента всю необходимую документацию, касающуюся предмета настоящего договора.

2.2. Пациент обязуется:

2.2.1. Своевременно производить необходимые расчеты с Клиникой за оказанные медицинские услуги.

2.2.2. Соблюдать медицинские предписания, лечебно-охранительный режим и Правила внутреннего распорядка

2.2.3. Своевременно извещать медицинский персонал Клиники, оказывающий медицинскую помощь, о наличии у Пациента противопоказаний, аллергий, хронических заболеваний.

3. Стоимость услуг и порядок расчетов.

3.1. Оплата оказываемых услуг производится на основании действующего Прейскуранта в день предоставления медицинской услуги или на условиях предоплаты, если иное не согласовано Сторонами.

3.2. Клиника имеет право в одностороннем порядке пересматривать цены на медицинские услуги, оказываемые в рамках настоящего договора, и вводить дополнительные услуги. Измененный Прейскурант размещается в регистратуре и на сайте Клиники, при разночтении преимущество имеет Прейскурант, находящийся в регистратуре. При предоплате конкретных услуг изменение стоимости таких услуг может быть только по согласованию Сторон по договору.

4. Порядок оказания услуг.

4.1. Клиника осуществляет прием Пациента после оформления амбулаторной карты, согласия Пациента на обработку персональных данных, информированного согласия Пациента на оказание медицинских услуг и при предъявлении Пациентом документа, удостоверяющего личность.

4.2. Клиника предоставляет медицинские услуги Пациенту в соответствии с действующим законодательством РФ и правилами внутреннего распорядка Клиники.

4.3. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения РФ. Настоящим Пациент выражает просьбу и согласен с тем, что специалисты Клиники, при наличии медицинских показаний, вправе оказывать объем услуг, превышающий вышеуказанные стандарты.

4.4. Клиника не обеспечивает Пациента лекарственными препаратами и питанием. Клиника не несет ответственность за эффективность лекарственных средств, предоставленных Пациентом.

4.5. В случае нарушения Пациентом медицинских предписаний и лечебно-охранительного режима, Правил внутреннего распорядка Клиники, отказа Пациента от подписания согласия на обработку персональных данных, согласия Пациента на медицинское вмешательство Клиника вправе отказать такому Пациенту в предоставлении медицинских услуг.

*Клиника*_____ *Пациент*_____

4.6. В случае отказа от предоставления медицинской помощи в соответствии с п. 4.5. настоящего договора Клиника вправе не возвращать оплаченную Пациентом стоимость медицинской услуги.
4.7. По письменному согласию Пациента информация, составляющая врачебную тайну Пациента, может быть передана третьим лицам.
4.8. Сторонами может быть согласован отдельный перечень услуг, оказываемых Пациенту, с указанием конкретных объемов, стоимости и сроков оказания услуг.
4.9. Пациент предупрежден и согласен с тем, что при предоставлении платных медицинских услуг по настоящему договору, может возникнуть необходимость оказания дополнительных платных медицинских услуг.

5. Ответственность сторон.

5.1. Клиника несет ответственность за качество предоставляемых медицинских услуг в рамках настоящего договора и выбор методов лечения в соответствии с действующим законодательством РФ.
5.2. Клиника не несет ответственности за причиненный вред здоровью Пациенту или ненаступление выздоровления Пациента в случае, если вышеуказанные события произошли в результате нарушения Пациентом медицинских предписаний и рекомендаций.
5.3. При наличии задолженности по оплате Клиника вправе приостановить дальнейшее оказание услуг до даты погашения задолженности.

6. Срок действия, изменение и прекращение договора.

6.1. Договор вступает в силу со дня его подписания и действует бессрочно.
6.2. Настоящий договор может быть изменен либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленному в виде Соглашения и подписанному Сторонами.
6.3. Настоящий договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке:
- при письменном уведомлении другой Стороны об этом намерении за 15 (пятнадцать) календарных дней до предполагаемой даты расторжения;
- в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по настоящему договору;
- в других случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.

7. Согласие на обработку персональных данных Пациента

Я,_____
(фамилия, имя, отчество — полностью)
проживающий(ая) по адресу_____
(место регистрации)
паспорт _____выдан _____
(серия и номер) *(дата и название выдавшего органа)*

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие оператору персональных данных ООО «Меди ком», адрес: 195279, г.Санкт-Петербург, пр.Ударников, д.19,к.1, литера А, на обработку моих персональных данных, включающих:
- фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, адрес регистрации, контактный(е) телефон(ы), возраст;
- реквизиты паспорта или иного документа, удостоверяющего личность;
- место работы, занимаемая должность, данные о трудовой деятельности;
- семейное положение, состав семьи и данные о родственниках;
- реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (при необходимости их использования при оформлении документации);
- данные о состоянии моего здоровья, диагнозе заболевания, о факте обращения за медицинской помощью
- в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

Я предоставляю право работникам Оператора на обработку моих персональных данных - совершение любых действий (операций) или совокупности действий (операций) с моими персональными данными с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) моих персональных данных. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные в том числе посредством внесения их в медицинские карты, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных по ОМС (договором ДМС), внесения их в электронную базу данных.

В интересах моего обследования и лечения я предоставляю право работникам Оператора передавать мои персональные данные другим медицинским организациям в случае необходимости их привлечения для оказания отдельных видов медицинских услуг.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе медицинского страхования на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой организацией и территориальным фондом ОМС (при наличии соответствующих договоров), а также передавать соответствующую информацию в порядке ст. 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку действия настоящего Договора.

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 (за исключением блокирования и хранения) в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи и обеспечить их.

Настоящее согласие дано мной «___»_____20___года.

*Клиника*_____ *Пациент*_____

8. Особые условия.

8.1. Право на бесплатный и льготный отпуск медикаментов, изделий медицинского назначения и предметов ухода за больными на Пациента не распространяется.

8.2. Клиника не участвует в реализации программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

9. Уведомления и сообщения.

9.1. Все уведомления и сообщения, направленные Сторонами в связи с исполнением настоящего Договора, должны быть сделаны в письменной форме.

9.2. Стороны обязуются незамедлительно извещать друг друга обо всех изменениях своих реквизитов.

10. Прочие условия.

10.1. Все приложения, дополнения, протоколы и иные изменения к настоящему договору являются его неотъемлемой частью и имеют юридическую силу, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями Сторон.

10.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

10.3. Все, что не урегулировано настоящим Договором, определяется в соответствии с законодательством РФ.

10.4. При подписании настоящего договора и приложений к нему со стороны Клиники может быть использовано факсимильное воспроизведение подписи.

11. Конфиденциальность.

11.1. Стороны берут на себя обязательства по соблюдению конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении условий настоящего договора.

11.2. Акцепт настоящего Договора является согласием Пациента на сбор и обработку предоставленных персональных данных. Сбор и обработка персональных данных Пациента осуществляется Клиникой в рамках ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных» и иного действующего законодательства РФ.

11.3. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по настоящему договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой Стороны либо в случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.

11.4. Информация, составляющая врачебную тайну, может быть передана:

_____

_____

(указать ФИО, адрес жительства, либо поставить прочерк)

12. Адреса и реквизиты сторон:

КЛИНИКА:
ООО «Меди ком»

ИНН 7802411791 КПП 780245001 ОГРН 1079847076407 (свидетельство о государственной регистрации юридического лица выдано 08.11.2007 Межрайонной ИФНС России № 15 по Санкт-Петербургу).
Местонахождение: 195279, г. Санкт-Петербург, пр. Ударников, д.19,к.1, литера А.
Фактический адрес: 194355 г. Санкт-Петербург, Выборгское шоссе, дом №17, корпус 1

р/с 40702810755000042331 СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ БАНК СБЕРБАНКА РФ Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ
к/с 30101810500000000653 БИК 044030653

Главный врач Мещеряков Евгений Владимирович

ПАЦИЕНТ: _____,

паспорт _____ выдан _____ г. _____
_____, код подразделения _____.

Адрес: _____, тел._____.

_____
(подпись)