



ЛИЧНЫЙ КАБИНЕТ:
• быстрая запись
• результаты анализов
• история посещений

Договор №
на оказание платных медицинских услуг



г. Санкт-Петербург

"__" _____ 20__ .

ООО «_____», именуемое в дальнейшем Клиника, в лице главного врача _____, действующего на основании доверенности, с одной стороны,

именуемый (ая) в дальнейшем Представитель, с другой стороны, действующий в интересах несовершеннолетнего (ей):

Именуемый (ая) в дальнейшем Пациент, 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 № _____, выданной _____ г. Комитетом по здравоохранению _____ г. Санкт-Петербурга, находящимся по адресу: 191023, Санкт-Петербург г, Малая Садовая ул, дом № 1, тел. (812) 635-55-64, размещенных также на информационных стендах (стойках) Клиники и на сайте www.smclinic-spb.ru.

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Клиники, указан в лицензии на осуществление медицинской деятельности Клиники, которая является неотъемлемой частью настоящего договора.

1.2 Представитель подтверждает, что до заключения настоящего договора он и Пациент в письменной форме уведомяны 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 его здоровья.

1.3. Представитель подтверждает, что он и Пациент уведомлены 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 Клинике.

1.4. Перечень и стоимость платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, могут определяться в соответствии с дополнительными соглашениями к настоящему договору.

1.5. Срок ожидания предоставления платных медицинских услуг: медицинские услуги предоставляются в день обращения за медицинской помощью, если иное не согласовано Сторонами и/или не предусмотрено требованиями действующих нормативных актов.

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 Представителя 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 Пациенту, а также денежных средств, поступивших от Представителя.

2.1.7. После исполнения договора выдавать Пациенту медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его 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 в порядке, предусмотренном действующими нормативными актами.

2.1.8. Представитель настоящим возлагает на Клинику обязанность принимать денежные средства в оплату услуг Пациента от любых третьих лиц без дополнительного подтверждения возложения указанных обязанностей. Стороны договорились, что в случае поступления оплаты за Пациента от третьего лица в безналичном порядке возврат денежных средств осуществляется Клиникой на счет, с которого была произведена оплата, если иное прямо не указано в заявлении Представителя. Представитель обязуется самостоятельно урегулировать любые отношения с Пациентом и третьими лицами, связанные с оплатой и возвратом денежных средств, без привлечения Клиники.

2.2. Представитель обязуется:

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

2.2.2. Обеспечить соблюдение Пациентом медицинских предписаний, лечебно-охранительного режима и Правил внутреннего распорядка.

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

2.2.4. Перед получением медицинских услуг ознакомиться с Прейскурантом.

2.2.5. Перед получением информационных услуг путем доступа к электронному личному кабинету ознакомиться с Договором оферты об использовании личного кабинета, размещенном на сайте www.smclinic-spb.ru. Использование личного кабинета подтверждает согласие Пациента с условиями Договора оферты об использовании личного кабинета.

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. Настоящим Представитель подтверждает, что ознакомился с Прейскурантом Клиники.

4. УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ.

4.1. Клиника осуществляет прием Пациента после оформления медицинской карты, согласия Представителя на обработку персональных данных, информированного добровольного согласия Пациента и (или) Представителя на медицинское вмешательство и при предъявлении документов, удостоверяющих личность, свидетельства о рождении Пациента, документа, подтверждающего право Представителя представлять интересы Пациента.

4.2. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения РФ. Настоящим Представитель дает письменное согласие на осуществление как отдельных консультаций или медицинских вмешательств так и получение платных медицинских услуг в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

4.3. Клиника не обеспечивает Пациентом или Представителем лекарственными препаратами и питанием. Клиника не несет ответственность за эффективность и качество лекарственных средств, предоставленных Пациентом и (или) Представителем.

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

4.5. В случае отказа от оказания медицинских услуг в соответствии с п. 4.4 настоящего договора Клиника вправе удержать понесенные расходы из оплаченной стоимости медицинской услуги.

4.6. По письменному согласию Пациента и (или) Представителя информация, составляющая врачебную тайну Пациента, может быть передана третьим лицам.

4.7. Представитель предупрежден и согласен с тем, что при предоставлении платных медицинских услуг по настоящему договору может возникнуть необходимость оказания дополнительных платных медицинских услуг. Стороны договорились, что в этом случае оформление дополнительного соглашения к договору или нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости не требуется.

4.8 Клиника вправе для оказания медицинских услуг привлекать надлежащим образом лицензированных третьих лиц.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.

5.1. Клиника несет ответственность за качество предоставляемых медицинских услуг в рамках настоящего договора в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. При наличии задолженности по оплате Клиника вправе приостановить дальнейшее оказание услуг до даты погашения задолженности.

6. СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ПАЦИЕНТА

Я, _____ проживающий(ая) по адресу _____ паспорт _____ выдан _____, 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 «_____», адрес: _____ (далее - Оператор)

Клиника _____

Представитель: V _____

на обработку в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг персональных данных несовершеннолетнего _____ и Представителя, включающих:

- фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, адрес регистрации, контактный(е) телефон(ы), адрес электронной почты, возраст;

- реквизиты паспорта или иного документа, удостоверяющего личность;

- данные о законных представителях;

- реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (при необходимости их использования при оформлении документации);

Я предоставляю право работникам Оператора, а также по его поручению управляющей организации ООО "СМ-Клиника Северо-Запад", адрес: 195197, г. Санкт-Петербург, ул. Жукова, д. 19, лит. А, помещение 5Н, кабинет 319 и ООО "МЕДИ ЛАБ", адрес: 195197, г. Санкт-Петербург, ул. Жукова, д. 19, лит. А, пом/офис 5Н/408, на обработку моих персональных данных в рамках действующего законодательства РФ, а именно: 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 (за исключением распространения), 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.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской документации.

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 Пациенту до этого медицинской помощи.

Настоящее согласие дано мной _____ года.

Адреса и реквизиты сторон:

КЛИНИКА: ООО « _____ »

Главный врач _____

Представитель: _____

паспорт _____ выдан _____, код подразделения _____ Адрес: _____, тел. _____

Электронная почта: _____

Подпись: V _____

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ, ИЗМЕНЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА.

7.1. Договор вступает в силу со дня его подписания и действует до _____ г., если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

7.2. Настоящий договор может быть досрочно прекращен по соглашению Сторон или в одностороннем порядке:

- при письменном уведомлении другой Стороны об этом намерении;

- в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по настоящему договору;

- в других случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.

8. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ.

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

8.2. Настоящим Представитель подтверждает, что он проинформирован о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в других медицинских учреждениях, участвующих в реализации указанных программ.

8.3 Представитель настоящим подтверждает согласие иных законных представителей Пациента на получение медицинских услуг в Клинике.

8.4 Представитель доверяет сопровождающим лицам получать консультации и разъяснения врачей, подписывать дополнительные соглашения и приложения к настоящему договору, добровольные информированные согласия на медицинское вмешательство, отказ от медицинского вмешательства, получать сведения, составляющие врачебную тайну Пациента.

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. Обращения (жалобы) могут быть направлены на почтовый адрес Клиники или на адрес электронной почты claim@smpost.ru.

Порядок рассмотрения обращений граждан регламентируется Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей" и Федеральным законом от 02.05.2006 № 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан в Российской Федерации".

10. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ.

10.1. Все приложения, дополнительные соглашения и иные изменения к настоящему договору являются его неотъемлемой частью.

10.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

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

10.4. В соответствии с п.2 ст.160 Гражданского кодекса РФ при подписании настоящего договора, дополнительных соглашений и приложений к нему со стороны Клиники может быть использовано факсимильное воспроизведение подписи.

10.5. Представитель имеет право получить доступ к электронному личному кабинету на сайте или посредством мобильного приложения «СМ-Клиника» на условиях Договора оферты об использовании личного кабинета. Предоставление доступа к личному кабинету, а также восстановление пароля осуществляется Клиникой исключительно в электронной форме путем направления логина и/или пароля электронным сообщением на номер мобильного телефона, указанный Представителем. Получая доступ к личному кабинету, Представитель соглашается с тем, что информация, направляемая на указанный им номер мобильного телефона, считается полученной лично им, а также несет ответственность за своевременное предоставление Клинике сведений об изменении своего мобильного телефона и за доступ к нему третьих лиц.

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

11. ДИСТАНЦИОННАЯ ПЕРЕДАЧА ИНФОРМАЦИИ.

11.1. Предоставляя адрес электронной почты и/или номер телефона, Представитель дает согласие Клинике на передачу ему информации по электронной почте и/или голосовыми сообщениями по телефонной связи, текстовыми смс-сообщениями, с использованием систем мгновенного обмена сообщениями, включая пересылку по электронной почте результатов лабораторной и иной диагностики.

11.2. Клиника вправе самостоятельно определять формат и размер передаваемой информации.

11.3. Представитель предупрежден о возможных рисках, существующих при отправке информации, при которых Клиника не несет ответственности, в том числе:

- о возможности доступа третьих лиц к направляемой информации (в процессе и/или в результате ее пересылки (в том числе, но не исключительно, несанкционированного доступа к окончному оборудованию пользователя, прямой или случайной передачи пароля, незаконных действий третьих лиц);

- неполучения информации по различным причинам, не зависящим от отправителя (электронная почта переполнена, заблокирована или недоступна, настройки и правила обработки сообщений электронной почты на почтовом сервере не позволяют принимать сообщения интернет-домена отправителя, технические и другие причины);

- повреждений файлов.

11.4. Дистанционная передача информации является правом, а не обязанностью Клиники. Клиника вправе приостановить или прекратить дистанционную передачу информации

Мобильный телефон: _____

Электронная почта: _____

Я даю согласие на получение информации о специальных предложениях и акциях ДА/НЕТ
Я даю согласие на получение информации в связи с напоминанием о записи ДА/НЕТ
Я даю согласие на опрос по качеству обслуживания ДА/НЕТ



к договору на оказание платных медицинских услуг № _____ от _____

Сопровождать Пациента при оказании медицинских услуг, давать информированные согласия на медицинские вмешательства и отказ от них, подписывать приложения к договору, другие документы, подтверждающие оказание услуг, вносить от имени Представителя денежные средства, получать информацию, составляющую врачебную тайну Пациента, могут следующие лица:

(указать ФИО, адрес жительства, либо поставить прочерк)

Примечание: Если судебными актами в отношении конкретного несовершеннолетнего не было вынесено решений о назначении опеки или лишении родительских прав одного или обоих родителей, то законными представителями являются исключительно родители.

(Подпись Представителя)