

Договор на оказание платных медицинских услуг № _____

г. Серпухов

« _____ » _____ 20__ г.

ООО «ЦЕНТР ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ», в лице администратора _____, действующего на основании доверенности № _____ от _____, с одной стороны, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», и

(указать ФИО ПАЦИЕНТА полностью)

« _____ » _____ г. рождения, именуемый в дальнейшем «Пациент», действующий от собственного лица, либо в лице законного представителя (или представителя по доверенности) – подчеркнуть нужное

(указать ФИО – являющегося законным представителем или представителем по доверенности Пациента)

с другой стороны,

(указать ФИО либо название юридического лица – являющегося Заказчиком-плательщиком по Договору (при наличии))

именуемого в дальнейшем «Заказчик», с третьей стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор (далее – Договор) о нижеследующем:

1. Предмет договора.

- 1.1. Исполнитель на условиях настоящего Договора и требований действующего законодательства РФ принимает на себя обязательства по оказанию платных медицинских услуг Пациенту, а Заказчик (Пациент) обязуется уплатить Исполнителю стоимость оказанных медицинских услуг в размере, порядке и сроки, установленные настоящим Договором.
- 1.2. Перечень услуг, их объем, сроки оказания и стоимость предварительно определяются Заказчиком (Пациентом) на основании рекомендаций специалиста и указываются в Приложении «Перечень предварительно выбранных (Заказчиком) Пациентом видов медицинских услуг, их объема и срока оказания» (далее Перечень услуг). Перечень услуг составляется и подписывается сторонами при каждом обращении Заказчика (Пациента) к Исполнителю с целью получения платных медицинских услуг и является неотъемлемой частью настоящего Договора.
- 1.3. Медицинские услуги по настоящему Договору могут включать диагностические, профилактические и лечебные мероприятия, согласно Прейскуранту платных медицинских услуг, на основании лицензии Исполнителя на право осуществления медицинской деятельности и наличия у Исполнителя, соответствующей медицинским показаниям и требованиям Заказчика (Пациента) материально-технической базы и соответствующих специалистов.
- 1.4. Услуги оказываются силами врачей, сотрудников Исполнителя, в помещении, на оборудовании и материалами Исполнителя.
- 1.5. Все приложения и дополнительные соглашения, указанные в настоящем Договоре и созданные Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются как неотъемлемые составные части настоящего Договора.

2. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг.

- 2.1. **Заказчик (Пациент) подтверждает, что до подписания настоящего Договора:**
 - 2.1.1. ему предоставлена в доступной форме информация 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, и отказ Пациента от заключения договора не может быть причиной

- уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому Пациенту без взимания платы в рамках программы и территориальной программы, но желает получить медицинские услуги за счет личных средств согласно настоящему Договору на оказание платных медицинских услуг у Исполнителя;
- 2.1.2. ему в наглядной и доступной форме доведены Исполнителем до сведения действующие на дату подписания настоящего договора Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утв. Постановлением Правительства РФ, а также предоставлена вся информация и документы, в соответствии с требованиями Правил;
- 2.1.3. он внимательно ознакомился на момент подписания настоящего договора с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, Прейскурантом на платные медицинские услуги ООО «ЦЕНТР ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ» (перечнем и стоимостью оказываемых Исполнителем медицинских услуг), с Правилами внутреннего распорядка для пациентов и посетителей ООО «ЦЕНТР ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ», режимом работы Исполнителя, расположенными на стойке регистрации и на сайте Исполнителя.
- 2.1.4. он уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) «Исполнителя» (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, а также неявка на осмотр или для наблюдения в динамике результатов медицинских вмешательств, проведенных Заказчику (Пациенту) Исполнителем могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Заказчика (Пациента); а также, 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.
- 2.2. Заказчик соглашается с тем, что объем, характер медицинских услуг и сроки их оказания устанавливаются на основании предварительного диагноза и пожеланий Заказчика (Пациента), если они не противоречат общепринятой лечебной практике. В ходе проведения лечения объем и характер медицинских услуг может быть скорректирован специалистами Исполнителя. При оказании Исполнителем медицинских услуг Сторонами может быть согласована смета на оказание медицинских услуг.
- 2.3. Срок оказания медицинских услуг определяется стандартами качества оказания медицинской помощи, исходя из объема профилактических, диагностических и лечебных мероприятий, зависят от состояния здоровья Пациента, периода, необходимого для качественного и безопасного оказания платных медицинских услуг, с учетом режима работы Исполнителя, графика визитов Пациента. Срок оказания услуг в виде отдельных консультаций или медицинских вмешательств определяется датой оплаты в соответствии с согласованным временем приема.
- 2.4. Сроки ожидания предоставления медицинских услуг, предусмотренных п. 1.1 настоящего Договора не должны превышать 14 рабочих дней со дня обращения пациента в медицинскую организацию.

3. Права и обязанности сторон.

3.1. Исполнитель обязан:

- 3.1.1. Оказывать платные медицинские услуги Пациенту в соответствии с медицинскими показаниями в соответствии с нормами закона и условиями настоящего Договора при условии подписания Пациентом (его законным представителем) соответствующего Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (за исключением случаев, предусмотренных законом).
- 3.1.2. Обеспечивать соответствие предоставляемых медицинских услуг порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям и требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.
- 3.1.3. Информировать Пациента (его представителя, Заказчика) об изменении прейскуранта цен на медицинские услуги за 10 дней до введения его в действие, путем телефонной связи, либо путем

направления сообщения на электронную почту.

3.1.4. Исполнителем, после исполнения договора - выдаются Пациенту (законному представителю Пациента) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, без взимания дополнительной платы.

3.1.5. Исполнять иные обязанности, предусмотренные нормами действующего законодательства и условиями настоящего Договора.

3.2. Заказчик (Пациент) обязан в целях содействия исполнению настоящего Договора:

3.2.1. Подписать настоящий Договор об оказании платных медицинских услуг, Перечень услуг, Согласие на обработку персональных данных, соответствующее информированное согласие (содержащее информацию о методах оказания медпомощи и рисках, видах медвмешательства, последствиях и ожидаемых результатах оказания медпомощи), и иные связанные с исполнением приложения к настоящему Договору.

3.2.2. Своевременно и в полном объеме оплачивать все оказываемые Пациенту медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

3.2.3. При наличии предварительной оговоренных даты и времени записи, предупредить Исполнителя по телефону о невозможности явки на прием не менее чем за 24 часа.

3.2.4. При предоставлении медицинских услуг незамедлительно сообщать специалистам Исполнителя обо всех неблагоприятных симптомах в состоянии своего здоровья.

3.2.5. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, в том числе: выполнять рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения о своем состоянии здоровья, в том числе об аллергических реакциях организма, соблюдать график визитов для диагностики, лечения и плановых осмотров.

3.2.6. Перед оказанием соответствующих видов медицинских услуг внимательно изучать, задавать интересующие вопросы и подписывать Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, Перечень услуг и иные приложения к настоящему договору и медицинской карте пациента, в том числе Согласие на обработку персональных данных.

3.2.7. Соблюдать нормы и правила, касающиеся Заказчика (Пациента), указанные в Правилах внутреннего распорядка для пациентов и посетителей ООО «ЦЕНТР ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ».

3.2.8. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии).

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. По медицинским показаниям определять длительность лечения и объем медицинских услуг, предварительно уведомив Пациента.

3.3.2. Исполнитель вправе не приступать к работе, а начатую работу приостановить, либо отказаться от исполнения настоящего Договора и потребовать полного возмещения убытков в случае нарушения Заказчиком (Пациентом) своих обязательств по настоящему Договору, установленных в п. 3.2. настоящего Договора, а также при наличии обстоятельств, очевидно свидетельствующих о том, что исполнение указанных обязательств не будет произведено в установленный срок.

3.3.3. В случае временного отсутствия лечащего врача Исполнитель вправе направить Пациента с его согласия к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации, или соответственно увеличить сроки оказания медицинских услуг.

3.3.4. Отсрочить или отменить оказание услуги (в том числе в день назначения) и изменить сроки оказания услуг в случае обнаружения у Пациента медицинских противопоказаний по общему состоянию здоровья, в том числе в случае нахождения Пациента в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения.

3.4. Заказчик (Пациент) имеет право:

3.4.1. Получать информацию о состоянии своего здоровья, о результатах оказания медицинских услуг.

3.4.2. Получить в доступной форме информацию об уровне квалификации медперсонала.

3.4.3. Знакомиться с оригиналом медицинской документации, получать выписки и копии медицинской

документации, результатов обследований в соответствии с требованиями действующего законодательства.

- 3.4.4. Расторгнуть Договор и отказаться от услуг Исполнителя, в том числе в случаях несогласия с изменениями лечения, стоимости услуг (в связи с утверждением нового Прейскуранта Исполнителя), сроков их оказания при условии полного возмещения Исполнителю фактически понесенных расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему Договору.

4. Стоимость услуг и порядок оплаты

- 4.1. Стоимость оказываемых Заказчику (Пациенту) платных медицинских услуг указывается в **Перечне услуг** и определяется в соответствии с утвержденным Прейскурантом Исполнителя, действующему на момент оказания медицинской услуги.
- 4.2. Стоимость медицинских услуг, согласованная сторонами в Приложении(ях) (Перечне услуг), не подлежит изменению при оказании медицинских услуг Исполнителем в пределах объемов услуг, согласованных в соответствующем Приложении (Перечне услуг). При согласовании дополнительных медицинских услуг стороны оформляют соответствующее Приложение (Перечень услуг) к настоящему Договору, в котором согласовывают объемы, сроки и стоимость оказываемых медицинских услуг. Стороны договорились, что для согласования оказания дополнительных медицинских услуг оформление дополнительного соглашения к настоящему Договору не требуется, достаточным условием является оформление Приложения(ий) (Перечня услуг) к настоящему Договору.
- 4.3. Стороны соглашаются, что оплата отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также всех видов лечения, за исключением комплексного лечения, осуществляется Заказчиком (Пациентом) непосредственно после их оказания в день их оказания (до покидания медицинской организации Исполнителя) наличными денежными средствами, безналичным расчетом в кассе Исполнителя, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя в российских рублях.
- 4.4. Прейскурант Исполнителя может включать в себя медицинские услуги комплексного характера, в которые могут входить как несколько одинаковых услуг, так и несколько разных. Комплексность таких услуг будет следовать из их наименования. Стоимость комплексной услуги ниже, чем если бы приобретались входящие в нее услуги по отдельности (предоставление скидки), в связи с чем при заказе таких услуг Заказчик (Пациент) понимает, что их приобретение носит алеаторный (рисковый) характер как для него самого, так и для Исполнителя (реализация алеаторности для Исполнителя заключается в предоставлении услуг в большем объеме, но за меньшую плату, а для Заказчика (Пациента) в возможном не исчерпании всех услуг, входящих в состав комплексной услуги). В случае отказа от услуг, входящих в комплексную услугу, после их приобретения и частичного исчерпания, а также требования произвести возврат денежных средств, считается, что Заказчик (Пациент) отказался от предоставленной ему скидки, в связи с чем производится возврат остатка денежных средств после пересчета исчерпанных услуг в соответствии с Прейскурантом Исполнителя, как если бы приобретались услуги по отдельности (не в комплексе).
- 4.5. Если предметом настоящего договора являются услуги, оказываемые курсом (комплексно), оплата производится путём полного или частичного авансирования курса лечения с последующей доплатой оставшейся суммы; при этом порядок оплаты определяется Исполнителем.
- 4.6. Приёмка медицинских услуг по Договору оформляется Актом об оказании медицинских услуг. Акт, при наличии запроса Заказчика (Пациента), вручается Заказчику (Пациенту) нарочно на стойке регистрации.
В случае отсутствия запроса Заказчика (Пациента) на выдачу Акта об оказании медицинских услуг, а также в случае отсутствия возражений в отношении оказанных медицинских услуг в течение 7 (Семи) календарных дней с даты оказания медицинских услуг по Договору, такие медицинские услуги считаются принятыми Заказчиком (Пациентом) в полном объёме, а Акт об оказании медицинских услуг подписывается Исполнителем в одностороннем порядке.

5. Ответственность сторон

- 5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Стороны

несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и настоящим договором.

- 5.2. Стороны устанавливают, что Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по оказанию медицинских услуг, если это было обусловлено:
- непредставлением Заказчиком (Пациентом) Исполнителю (лечащему врачу и/или иному специалисту) надлежащей информации для оказания медицинских услуг, равно как и предоставление недостоверной или ложной информации;
 - нарушением Заказчиком (Пациентом) режима лечения, правил внутреннего распорядка и поведения, с которыми Заказчик (Пациент) должен быть предварительно ознакомлен перед их оказанием;
 - неисполнением Заказчиком (Пациентом) предписаний лечащего врача и/или иного специалиста Исполнителя;
 - осуществлением Заказчиком (Пациентом) на любой стадии лечения каких-либо несогласованных с врачом действий, прямо или косвенно влияющих на ход проводимого курса лечения (в том числе самолечение, использование рекомендаций иных специалистов или иных третьих лиц);
 - сокрытием или несвоевременным предоставлением Заказчиком (Пациентом) сведений лечащему врачу о произошедшем ухудшении состояния здоровья;
 - несоответствием оказанных услуг субъективным ожиданиям Заказчика (Пациента).
- 5.3. Исполнитель несет ответственность за некачественное оказание медицинских услуг при условии подтверждения некачественного оказания медицинских услуг согласно положениям действующего законодательства Российской Федерации.
- 5.4. Нарушение Пациентом Правил внутреннего распорядка для пациентов и посетителей ООО «ЦЕНТР ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ», неявка на прием без уважительной причины, невыполнение рекомендаций и назначений врача, явка в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также нарушения Пациентом (Заказчиком) обязательств, предусмотренных п. 3.2. настоящего Договора, являются основанием для расторжения договора по инициативе Исполнителя, если данные действия Пациента стали причиной наступления факторов, препятствующих оказанию безопасной и качественной медицинской помощи и снизили качество ранее оказанных услуг.
- 5.5. Заказчик (при наличии) и Пациент (за исключением несовершеннолетних и недееспособных физических лиц, несут ответственность за исполнение настоящего Договора перед Исполнителем солидарно.
- 5.6. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное невыполнение обязательств, если оно явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор): чрезвычайные ситуации природного и техногенного характера, боевые действия, эпидемии, эпизоотии, эпифитотии, стихийные бедствия, наводнения, землетрясения, пожары, ураганы, забастовки, изменение законодательства Российской Федерации, распоряжения и акты государственных и судебных органов, иные события, не подлежащие контролю Сторон, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

6. Порядок разрешения споров.

- 6.1. Все споры, разногласия или претензии, возникающие или касающиеся настоящего договора, либо вопросов, связанных с его нарушением, применением, исполнением, прекращением, недействительностью договора в целом или его части, а также восстановление и защита имущественных и личных неимущественных прав сторон, вытекающих из настоящего договора, будут по возможности разрешаться сторонами путем переговоров.
- 6.2. В случае не достижения соглашения разрешение споров передается на рассмотрение в судебную инстанцию, в порядке, определенном действующим законодательством РФ.

7. Срок действия Договора. Условия изменения и расторжения Договора.

- 7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до конца

календарного года, соответствующего дате заключения. Договор автоматически продлевается на каждый следующий год, за исключением случая, когда хотя бы одна из сторон не позднее чем за 10 дней до истечения срока действия договора уведомит о его прекращении.

- 7.2. Изменения условий настоящего Договора возможны только путем составления письменного дополнительного соглашения и его подписания всеми сторонами Договора.
- 7.3. Досрочное расторжение договора возможно по обоюдному согласию Сторон, путем подписания Дополнительного соглашения, а также путем одностороннего отказа от Исполнения Договора в случаях, предусмотренных условиями настоящего Договора либо нормами действующего законодательства РФ, либо в спорных случаях – через суд согласно действующему законодательству РФ.

8. Персональные данные Заказчика (Пациента), конфиденциальность.

- 8.1. Заказчик (Пациент), в соответствии с требованиями статьи 9 ФЗ от 27.07.06 г. «О персональных данных», на период действия Договора, подписывая Договор, дает свое согласие на обработку Исполнителем своих персональных данных в целях получения медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, являющееся неотъемлемой частью Договора.
- 8.2. В соответствии с подпунктом «е» пункта 6 Положения о лицензировании медицинской деятельности, утвержденного Постановлением Правительства РФ № 852 от 01.06.2021г. обязательным требованием для медицинских организаций является передача сведений из медицинской карты Пациента в Единую Государственную Информационную Систему Здравоохранения (ЕГИСЗ).
В этой связи, Заказчику (Пациенту) необходимо подтвердить свое согласие/ несогласие на передачу Исполнителем указанных сведений в ЕГИСЗ (отметить/подчеркнуть нужное):
даю свое согласие/ не даю свое согласие на передачу сведений из моей (моего представляемого) медицинской карты в ЕГИСЗ _____ (подпись).

9. Прочие условия Договора

- 9.1. В остальном, не урегулированном Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.
- 9.2. Заказчик (Пациент) вправе направить обращение (претензию, жалобу) в органы государственной власти и организации в письменном виде по адресу: 142200, Московская область, г.о. Серпухов, пр-д Мишина, д. 12Б, офис 1-6, в электронном виде: cvm-serp@yandex.ru, а также в форме обратной связи, размещенной на официальном сайте: <https://кздоровью.рф>. Обращение в устной форме принимается по номеру телефона: +7 (4967) 762232; +79390000062 или при личной явке в медицинскую организацию. Обращение Заказчика (Пациента) может быть направлено любым из указанных способов. Срок рассмотрения обращения 10 календарных дней.
- 9.3. Принимая условия настоящего Договора, Заказчик (Пациент) в соответствии с ч. 1 ст.18 Федерального закона "О рекламе" дает свое согласие на получение сообщений информационного и рекламного характера об медицинских услугах и акциях Исполнителя, посредством рассылки по sms, мессенджерам и e-mail. Заказчик (Пациент) вправе отозвать свое согласие на получение сообщений информационного и рекламного характера, путем письменного обращения к Исполнителю по адресу, указанному в Договоре.
- 9.4. Настоящий договор составлен в количестве экземпляров соответствующему количеству подписавших его Сторон по одному экземпляру для каждой.

10. Информация, реквизиты и подписи Сторон

Исполнитель: Общество с ограниченной ответственностью «ЦЕНТР ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ»

Администратор, действующий на основании доверенности № ____ от _____,	
Краткое наименование организации	ООО «ЦЕНТР ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ»

Юридический адрес организации в соответствии с учредительными документами	142200, Московская область, г.о. Серпухов, пр-д Мишина, д. 12Б, офис 1-6
Электронная почта/сайт	cvm-serp@yandex.ru/ https://кздоровью.рф/
Наименование регистрирующего органа	Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы №23 по Московской области
Адрес регистрирующего органа	144000, Россия, Московская область, г. Электросталь, ул. Советская, д. 26А
Дата внесения в ЕГРЮЛ записи, содержащей указанные сведения	14.06.2017
ИНН	5043061663
КПП	504301001
ОГРН	1175074008801
ОКПО	16009865
Наименование банка	ПАО Сбербанк
БИК	044525225
Расчетный счёт	40702810540000059123
Корреспондентский счёт	30101810400000000225
Информация о лицензии:	№ Л041-01162-50/00317965 от 12.12.2017, выдана: Министерством здравоохранения Московской области, адрес места нахождения лицензирующего органа: 143407, Московская область, г. Красногорск-7, бульвар Строителей, д. 1, тел.: +7 (498) 602-03-52. С актуальной выпиской из реестра лицензий можно ознакомиться на официальном сайте Росздравнадзора: https://www.roszdravnadzor.gov.ru/services/licenses
Телефон регистратуры	+7 (4967) 762232; +79390000062

Администратор ООО «ЦЕНТР ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ»

Подпись _____ расшифровка подписи: фамилия, имя, отчество

МП

Пациент/Представитель:

	ПАЦИЕНТ	ПРЕДСТАВИТЕЛЬ
Ф.И.О.		
Место жительства (регистрации)		
Данные документа удостоверяющего личность (паспорт/свидетельство о рождении)		
Контактный телефон/Электронная почта		
Документ-основание, на котором основаны полномочия законного представителя или представителя по доверенности (указать наименование и реквизиты документа)		

Подпись _____ расшифровка подписи: фамилия, имя, отчество

Заказчик (при наличии):

*(ФИО, место жительства (регистрации), данные документа, удостоверяющего личность, телефон
(для физического лица) или реквизиты (для юридического лица))*

Подпись

расшифровка подписи: фамилия, имя, отчество

**Согласие
на обработку персональных данных**

Я,

	(фамилия, имя, отчество гражданина (законного представителя))				
регистрация	по	месту	жительства	по	адресу:
<hr/>					
документ	удостоверяющий				личность:
<hr/>					
(наименование документа, серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ, код подразделения)					
контактный	номер				телефона:

В соответствии с требованиями статьи 9 ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ, статьи 13 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 №323-ФЗ даю свое согласие Обществу с ограниченной ответственностью «ЦЕНТР ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ» ОГРН 1175074008801, расположенному по адресу: 142200, Московская область, г.о. Серпухов, проезд Мишина, д. 12-Б, офис 1-6, (далее – Оператор)

на	обработку	моих	персональных	данных
<hr/>				
(фамилия, имя, отчество гражданина (законного представителя))				
персональных	данных	представляемого		мной

(фамилия, имя, отчество ребенка или лица, признанного недееспособным и др.)				
представляемого	мною	на	основании	

(указываются реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия этого представителя (при получении согласия от представителя субъекта персональных данных) включающих: фамилию, имя, отчество, гражданство, пол, дату рождения, телефон и адрес электронной почты, адрес места жительства, реквизиты паспорта (документы удостоверения личности), реквизиты полиса ДМС, данные о состоянии здоровья, диагнозах, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по Договору, осуществления иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны (или - при условии, что эта обработка осуществляется лицом, уполномоченным Оператором и обязанным сохранять профессиональную тайну).

Предоставляю Обществу с ограниченной ответственностью «ЦЕНТР ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ» право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Предоставляю Оператору право осуществлять следующие способы обработки персональных данных: с использованием бумажных носителей, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Предоставляю Оператору право обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры, регистры) и отчетные формы, предусмотренные нормативными правовыми актами, регламентирующими передачу данных, документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договору ДМС, договору оказания платных медицинских услуг; осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой организацией, организацией - заказчиком медицинских услуг во исполнение своих обязательств в рамках заключенных договоров, договору оказания платных медицинских услуг с использованием машинных носителей информации, по защищенному каналу связи и (или) документы на бумажных носителях, с соблюдением мер обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня (представляемого) об этом, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

В процессе оказания Оператором мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные (персональные данные

представляемого мной лица), в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора.

Оставляю за собой право отозвать настоящее 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 (представляемому мной лицу) до этого медицинской помощи.

Настоящее согласие действует со дня его подписания бессрочно до его отзыва.

Соглашаюсь на обработку персональных данных согласно заключенному Договору:

(дата)

(подпись)

(Фамилия И.О.)

Законный представитель гражданина:

(дата)

(подпись)

(Фамилия И.О.)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ВИДЫ МЕДИЦИНСКИХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ, ПРИ ПОЛУЧЕНИИ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В ООО «ЦЕНТР
ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ»
ВКЛАДКА В МЕДИЦИНСКУЮ КАРТУ № _____
пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях**

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина – полностью)
« ____ » _____ г.р., _____ проживающий (-ая) по адресу:

Паспорт: _____ выдан _____
(кем, когда выдан, код подразделения)

**Этот раздел бланка заполняется только законным представителем лиц, не достигших
возраста 15 лет, или недееспособных граждан:**

Я, _____
являюсь законным представителем (родитель, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица,
признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина- полностью, дата рождения, адрес регистрации,
проживания)

ОСНОВАНИЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА _____

(наименование и реквизиты документа, подтверждающие полномочия представителя)

На основании ФЗ от 21.11.2011 № 323 «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации» и в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу Постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006" даю **информированное добровольное согласие** на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи в отношении меня (лица, законным представителем которого я являюсь) в медицинской организации Общества с ограниченной ответственностью «ЦЕНТР ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ» (ОГРН 1175074008801), _____ медицинским _____ работником

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в том числе проведение:

- 1. Опроса (выявление жалоб, сбор анамнеза и т.д.)
- 2. Осмотра (пальпация, перкуссия)
- 3. Антропометрического исследования (рост, вес)
- 4. Миофасциальной диагностики

- 5. Измерение артериального давления и пульса
- 6. Тестирования на тренажерах ЛФК (МТБ)
- 7. Исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы)
- 8. Медицинского массажа
- 9. Лечебной физкультуры
- 10. Мануальной терапии
- 11. Физиотерапевтических методов воздействия
- 12. Манипуляции с использованием аппаратно-программных комплексов
- 13. Тейпирования, наложения полимерных гипсовых повязок, снятие гипса
- 14. Подбора и изготовления ортопедических ортезов.

Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

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.

Также подтверждаю, что:

- Я информирован (-а) о целях и методах лечебной физкультуры, связанный с ними риск, возможных вариантах медицинского вмешательства, а также о предполагаемых результатах при занятиях лечебной физкультурой. Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска медицинского вмешательства, и врач дал мне понятные, исчерпывающие ответы.

- Я информирован (-а) о характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности появления реакций мышечной адаптации и физиологического обострения, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их появления;

- Я извещен (-а) о том, что (представляемому) необходимо для достижения положительного результата в лечении регулярно заниматься лечебной физкультурой по программе, назначенной лечащим врачом. Немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых непрописанных лекарств;

- Я предупрежден (-а) и осознаю, что отказ от занятий лечебной физкультурой, несоблюдение лечебно-охранительного режима, водно-питьевого режима, назначенной диеты, рекомендаций медицинских работников, самовольное использование оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- Я уведомлен (-а) о необходимости поставить в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне (представляемому) травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о применяемых лекарственных средствах;

- Я сообщил (-а) врачу(ам) правдивые сведения о моей (представляемого) наследственности, а также, об употреблении мною (представляемым) алкоголя, наркотических и токсических средств, биологически активных добавок и лекарственных средств, содержащих запрещенные субстанции;

- Я согласен (согласна) на осмотр меня (представляемого) другими медицинскими работниками Исполнителя исключительно в медицинских целях с учетом сохранения врачебной тайны;

- Я согласен (согласна) на предоставление информации о характере моего заболевания инструктору Исполнителя исключительно в медицинских целях с учетом сохранения врачебной тайны;

- Я ознакомлен (-а) с Прейскурантом платных медицинских услуг и услуг медицинского сервиса, действующего на дату оказания медицинской или иной услуги;

- Я ознакомлен (-а) с режимом работы организации Исполнителя, правилами внутреннего распорядка, правилами поведения на территории Исполнителя, правилами посещения зала детьми;

- Я согласен (согласна) на обработку моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных;

- Я разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам:

(Ф.И.О., контактный телефон)

- Я уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего мне медицинскую услугу, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с медицинским работником все интересующие меня и непонятные мне вопросы, связанные с оказанием медицинской помощи. Мне так же разъяснены существующие альтернативные методы лечения. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворяющие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов.

Мое согласие на медицинское вмешательство является свободным и добровольным, я не испытывал(а) какого - либо давления при принятии решения.

Настоящее согласие на медицинское вмешательство действует бессрочно, либо до его отзыва.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения.

- Я ознакомлен (-а) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною понятны, и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

Получив полную информацию о своих правах и обязанностях, о методах воздействия, возможных побочных явлениях, включая обострения, болевые ощущения, дискомфорт, о возможности изменения программы реабилитации (восстановления) полностью или частично, даю свое согласие на предоставление Исполнителем сведений о фактах моего обращения за медицинской помощью и согласие на проведение мне (представляемому) восстановительной терапии в виде: лечебной физкультуры с использованием тренажерного оборудования.

Настоящее согласие подписано Пациентом на первичной консультации у лечащего врача-специалиста после проведения разъяснительной беседы и является приложением к Договору на оказание медицинских услуг.

Подпись пациента (или его законного представителя)

(фамилия, инициалы)

Расписался в моем присутствии.

Дата:

Подпись врача:

Акт об оказании медицинских услуг

г. Серпухов

« ____ » _____ 2023 г.

Общество с ограниченной ответственностью «ЦЕНТР ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ», лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01162-50/00317965 от 12.12.2017 г., выданная Министерством здравоохранения Московской области, адрес места нахождения лицензирующего органа: 143407, Московская область, г. Красногорск-7, бульвар Строителей, д. 1, тел.: +7 (498) 602-03-52, в лице администратора _____, действующего на основании доверенности № ____ от _____, с одной стороны, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», и

(указать ФИО ПАЦИЕНТА полностью)

« ____ » _____ г. рождения, именуемый в дальнейшем «**Пациент**», действующий от собственного лица, либо в лице законного представителя (или представителя по доверенности) – подчеркнуть нужное

(указать ФИО – являющегося законным представителем или представителем по доверенности Пациента) с другой стороны,

(указать ФИО либо название юридического лица – являющегося Заказчиком-плательщиком по Договору (при наличии))

именуемого в дальнейшем «**Заказчик**», с третьей стороны, вместе именуемые «**Стороны**», составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. Исполнителем оказаны, Заказчиком (Плательщиком)/Пациентом (Представителем) оплачены и приняты в соответствии с Договором на оказание платных медицинских услуг № ____ от « ____ » _____ 2023г. (далее – Договор) следующие медицинские услуги: _____

2. Всего оказано медицинских услуг на общую сумму _____ (_____) руб. _____ коп.

3. Настоящий Акт сформирован на основе Приложений (Перечня услуг) № _____ от; № _____ к Договору № _____

4. Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Медицинские услуги оказаны с надлежащим качеством, в соответствии с условиями Договора. Стороны не имеют друг к другу взаимных претензий.

5. Настоящий Акт составлен в количестве экземпляров соответствующему количеству подписавших его Сторон по одному экземпляру для каждой.

Исполнитель	Пациент (Представитель)	Заказчик (Плательщик)
Администратор ООО «ЦЕНТР ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ», действующий на основании доверенности № ____ от _____, _____ М.П.	_____/_____/_____ _____/_____/_____	_____/_____/_____ _____/_____/_____