УВЕДОМЛЕНИЕ

Я,_____, дата рождения _____ г., подтверждаю, что на основании “Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг” (утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 N 736) до заключения договора на оказание платных медицинских услуг я:

1) уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (лечащего врача, медработника, предоставляющего платную медуслугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медуслуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья, а также о необходимости соблюдения правил поведения пациента в медицинской организации;

2) уведомлен(а) о том, что Исполнитель не является участником Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи обязательного медицинского страхования (ОМС), а так же 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 перечне медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в рамках государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

___.___.2024 г. _____ /_____/ Потребитель (законный представитель)

___.___.2024 г. _____ /_____/ Заказчик

Договор № _____

На предоставление платных медицинских услуг

г. Москва ___.____.2024 г.

ООО «ДИ-МЕД» (ИНН 7730307929, ОРГН 1237700480203), имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности № Л041-01137-77/01083107 от 06.03.2024 г., выданную Департаментом здравоохранения города Москвы *(виды деятельности: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; физиотерапии; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: 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; дерматовенерологии; кардиологии; косметологии; неврологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); пульмонологии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; эндокринологии; при проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности)* (далее «Лицензия»), в лице Генерального директора Козмидис Афанасия Дионисовича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», с одной стороны, и _____ в лице _____, действующего на основании _____, именуемый (-ая) (-ое) в дальнейшем «**Заказчик**»[1] и/или (*указывается лицо, которому оказывают услугу)* _____ (дата рождения _____), в лице «**законного представителя**»[2] *(ФИО)* _____, *(кем является*

[1] Заполняется, если Заказчик и Потребитель - разные лица. Законный представитель Потребителя может быть Заказчиком

[2] Заполняется в случае, если Потребитель в силу действующего законодательства действует через законного представителя (ребенок, недееспособное лицо и т.п.).

Потребителю): мать, отец, опекун и т.п.) _____, именуемый (-ая) в дальнейшем «**Потребитель**», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1 Исполнитель предоставляет Потребителю платные медицинские услуги по своему профилю деятельности в соответствии с перечнем, предусмотренным лицензией, а Заказчик (Потребитель) обязуется их принять и своевременно оплатить в соответствии с Прейскурантом, действующим на момент оказания услуги.

1.2 Исполнитель по медицинским показаниям устанавливает порядок, характер, сроки и объём предоставляемых услуг, которые указываются в Дополнительных соглашениях к Договору, являющихся неотъемлемой частью Договора с момента их подписания.

1.3 Заказчик и (или) Потребитель (законный представитель) ознакомлен(ы) и согласен(ы) с Правилами и Порядком предоставления платных медицинских услуг, Прейскурантом Исполнителя.

_____	_____
(подпись)	(Ф.И.О. Заказчика)
_____	_____
(подпись)	(Ф.И.О. Потребителя/представителя)

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Создать необходимые условия для выполнения всех видов услуг по Договору (в случае технической невозможности оказания всех видов услуг в день обращения Потребителя и оплаты услуг обеспечить выполнение недостающих услуг по записи в другой день).

2.1.2. В процессе оказания медицинской помощи информировать Потребителя о необходимых основных или дополнительных лечебно-профилактических и прочих процедурах, необходимых медикаментозных препаратах и расходных материалах для предоставления качественных медицинских услуг.

2.1.3. Предоставлять по требованию Потребителя выписку из единого государственного реестра юридических лиц на Исполнителя.

2.1.4. Оказывать медицинские услуги в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ.

2.1.5. 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 ФЗ №323 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Привлекать для оказания медицинских услуг сторонних исполнителей и соисполнителей по своему выбору.

2.2.2. Отказать в предоставлении медицинских услуг в случаях, предусмотренных законодательством РФ, в том числе в случае, когда предоставляемая медицинская услуга не является предметом лицензируемой деятельности Исполнителя, при наличии противопоказаний со стороны здоровья, при отсутствии медицинских показаний и риске нанесения вреда здоровью и иных объективных обстоятельствах, при которых услуга не сможет отвечать требованиям качества и безопасности, предусмотренным законом и подзаконными актами РФ, а также при отсутствии возможности предоставления услуг.

2.2.3. В соответствии с действующим законодательством РФ обрабатывать и передавать персональные данные пациента в рамках настоящего Договора и информацию о состоянии здоровья пациента.

2.2.4 В целях внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности проводить фотографирование Потребителя (Заказчика), установить на территории Исполнителя видеонаблюдение (в том числе в холле и в кабинетах медицинской организации);

2.2.5 Не допускать в кабинет лечащего врача посторонних лиц (включая мужа, жену и иных родственников Потребителя) во время оказания медицинских услуг Потребителю, за исключением случаев, предусмотренных ч.5 ст.19 ФЗ №323-ФЗ от 21.11.2011.

2.3. Заказчик (Потребитель) обязан:

2.3.1. До начала оказания медицинских услуг сообщить медицинскому персоналу все необходимые сведения о себе для успешного проведения лечебно-диагностического процесса, в том числе о перенесённых заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях и другие сведения, необходимые для качественного оказания медицинской помощи.

2.3.2. Уважительно относиться к медицинскому персоналу и другим пациентам, выполнять все рекомендованные назначения, а в случае неявки на прием в установленное время, заблаговременно извещать об этом Исполнителя.

2.3.3. Своевременно производить оплату медицинских услуг согласно действующему Прейскуранту.

2.4. Заказчик (Потребитель) имеет право:

2.4.1. Потребитель имеет право отказаться от получения медицинских услуг и вмешательств по своему усмотрению с предварительной отметкой (подписью) в медицинской документации.

2.4.2. Получать необходимую информацию о состоянии своего здоровья после получения платных медицинских услуг.

3. Условия и сроки ожидания платных медицинских услуг

3.1. Условия и сроки ожидания платных медицинских услуг устанавливаются в Дополнительных соглашениях в соответствии с п.1.2 Договора.

3.2. Информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги , о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи доводится до сведения Потребителя в Информированном Добровольном согласии на медицинское вмешательство, а также на стендах Исполнителя.

3.3. Порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, указаны на интернет-портале www.minzdrav.gov.ru, ссылки на который размещены на стендах Исполнителя.

3.4. Возможность осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, указывается в Дополнительных соглашениях к Договору.

4. Стоимость услуг и порядок расчётов

4.1. Стоимость медицинских услуг определяется в соответствии с действующим Прейскурантом, утвержденным Исполнителем на момент оказания медицинской услуги и указывается в Дополнительных соглашениях к Договору.

4.2. Стороны договорились, что оплата медицинских услуг осуществляется Заказчиком (Потребителем) **в размере 100% (сто процентов) предоплаты,** в соответствии с действующим Прейскурантом, утвержденным

Исполнителем на момент оказания медицинской услуги, путем внесения денежных средств в кассу или путем перечисления на расчетный счет Исполнителя.

4.3. При неоплате Потребителем (Заказчиком) стоимости оказанных медицинских услуг без предварительного письменного согласования Сторонами в Дополнительных соглашениях к Договору рассрочки оплаты или иного порядка оплаты, за каждый день просрочки со дня фактического оказания Исполнителем медицинских услуг, Исполнитель вправе потребовать, а Потребитель (Заказчик) обязан при наличии требования оплатить пени в размере 0,5 % стоимости неоплаченных медицинских услуг. Уплата пени не освобождает Потребителя (Заказчика) от оплаты оказанных услуг и в счет оплаты не засчитывается.

5. Порядок и условия выдачи Потребителю (законному представителю) медицинской документации

5.1. После исполнения Договора Исполнителем по письменному запросу Потребителя (законного представителя) выдаются медицинские документы, отражающие состояние здоровья Потребителя 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. Срок ответа на запрос – до 30 календарных дней.

Запрос должен содержать данные, установленные Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. N 789н.

6. Расторжение или изменение условий Договора

6.1. Настоящий договор может быть изменён или расторгнут Сторонами в период его действия на основании письменного соглашения Сторон.

6.2. Потребитель вправе в любое время отказаться от получения услуг по настоящему Договору, при условии оплаты Заказчиком и (или) Потребителем предоставленных медицинских услуг и компенсации затрат, произведенных Исполнителем.

7. Порядок разрешения споров

7.1. Спор, возникший между Потребителем и Исполнителем по поводу оказания медицинских услуг по настоящему Договору, может быть разрешен путем переговоров, а так же процедуры медиации в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Данное положение не лишает Стороны настоящего Договора права в случае недостижения в ходе проведения переговоров обоюдного согласия на непосредственное обращение в суд, минуя процедуры альтернативного разрешения споров, при соблюдении досудебного претензионного порядка.

6.2. При возникновении претензий по качеству оказанной медицинской услуги Потребитель (Заказчик) имеет право подать ее в письменной форме на почтовый адрес или адрес электронной почты Исполнителя, указанные в разделе договора Реквизиты сторон.

В претензии должны содержаться сведения, достаточные для идентификации Потребителя (Заказчика) (ФИО, дата предоставления медицинской услуги и ее вид), а также суть претензии и контактные данные для оперативной связи с Потребителем (Заказчиком) (телефон, адрес электронной почты).

8. Ответственность сторон

8.1. Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством РФ, действующим на момент заключения Договора.

8.2. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор).

9. Заключительные положения

9.1. Договор на оказание медицинских услуг заключен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

9.2. Договор признается заключенным с момента его подписания сторонами и действует на неопределенный срок**,** но не ранее полного исполнения сторонами принятых на себя обязательств.

9.3. Положения, не указанные в настоящем Договоре, регулируются действующим на момент заключения Договора законодательством Российской Федерации.

9.4. В соответствии с ч.2. ст. 160 ГК РФ, Стороны договорились, что при подписании настоящего договора и документов, являющихся его неотъемлемой частью (дополнительных соглашений и т.д.) возможно со стороны Исполнителя использование факсимильного воспроизведения подписи с помощью средств механического или иного копирования либо иного аналога собственноручной подписи.

7. Подписи и реквизиты сторон (при оказании платных медицинских услуг гражданину анонимно сведения о Заказчике/фиксируются со слов Потребителя услуги)

Исполнитель:

ООО «ДИ-МЕД»

ОГРН 1237700480203

ИНН 7730307929

КПП 773001001

Юридический адрес: 121059 г. Москва ул.

1-я Бородинская д.3

Банковские реквизиты:

р/с 40702810710001448407

в АО " Тинькофф Банк ", г. Москва

к/с 30101810145250000974

БИК 044525974

Генеральный директор

_____ А. Д. Козмидис

(М.П.)

Заказчик[3] **:**

Ф.И.О.

Адрес:

Дата рождения:

Место рождения:

Паспорт: серия: _____, номер: _____

Кем и когда выдан:

Контактный телефон:

Потребитель:

Ф.И.О.

Адрес:

Дата рождения:

Место рождения:

документ: _____

серия: _____,

номер: _____

Кем и когда выдан:

Контактный телефон:

Законный представитель:

Ф.И.О.

Адрес:

Паспорт

серия: _____, номер: _____

Кем и когда выдан:

Контактный телефон:

/_____/ Потребитель (законный представитель)

/_____/ Заказчик

[3] Заполняется, если Заказчик и Потребитель - разные лица. Законный представитель Потребителя может быть Заказчиком

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся (аяся)_____
(Ф.И.О. полностью)
паспорт серия_____ номер _____ выдан _____дата выдачи _____Адрес регистрации:_____
Адрес фактического места жительства: _____
Телефон:_____

☐ Являющийся родителем/законным представителем (далее – **Представитель пациента**) несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица (далее – **Пациент**):

_____
ФИО несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лиц

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N152-ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" подтверждаю свое согласие на обработку
ООО «ДИ-МЕД» (далее - Оператор) ИНН 7730307929, ОГРН 1237700480203, Адрес моих персональных данных, персональных данных представляемого мной (Ф.И.О.):_____
включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ДМС, место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны. 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 в интересах моего обследования, лечения и внутреннего учета Оператора.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (в страховую медицинскую организацию, организацию -заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Настоящее согласие дано мной «___»_____20 __ г. и действует в течение срока хранения медицинской документации – 25 лет

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.

_____

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

на предоставление платных медицинских услуг

к Договору № _____ от _____ (далее «Договор»)

г. Москва ___.____.2024 г.

ООО «ДИ-МЕД» в лице Генерального директора Козмидис Афанасия Дионисовича, действующего на основании Устава, имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности № Л041-01137-77/01083107 от 06.03.2024 г. выданную Департаментом здравоохранения города Москвы, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», с одной стороны, и _____, дата рождения _____ г., именуемый (-ая) в дальнейшем «**Потребитель**», действующий (-ая) от своего имени или через своего законного представителя:*(ФИО)* _____, *(кем является Потребителю): мать, отец, опекун и т.п.)* _____ заключили настоящее Дополнительное Соглашение к Договору о нижеследующем:

1) Предметом Дополнительного Соглашения является предоставление платных медицинских услуг, указанных в настоящем Дополнительном соглашении, согласно действующему в настоящий момент Прейскуранту Исполнителя.

2) Дополнительные платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта оказания медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе Потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающим объем выполняемого стандарта оказания медицинской помощи.

3) В стоимость предоставляемых медицинских услуг Пациенту входит:

№ п.п	**Код медицинской услуги** (Приказ От 13 октября 2017 г. N 804н**)**	**Наименование услуги**	**Количество услуг**	**Срок оказания (ожидания) мед.услуги**	**Стоимость услуги, руб.**	**Общая стоимость, руб**

Всего к оплате: _____ руб.

4) Потребитель согласен, что вышеперечисленные услуги оказываются индивидуально, затраты несут фактический исключительный характер, расходные материалы, изготовленные по индивидуальным параметрам, возврату и обмену не подлежат.

5) Потребитель настоящим подтверждает, что кассовый чек, Памятка пациента, График приема лекарственных средств им получены на руки.

6) Настоящее Дополнительное соглашения составлено и подписано в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

7) Во всем, что не предусмотрено настоящим Дополнительным соглашением, Стороны руководствуются положениями Договора и нормами действующего законодательства.

Исполнитель:

ООО «ДИ-МЕД»

ОГРН 1237700480203

ИНН 7730307929

КПП 773001001

Юридический адрес: 121059 г. Москва ул.

1-я Бородинская д.3

Банковские реквизиты:

р/с 40702810710001448407

в АО " Тинькофф Банк ", г. Москва

к/с 30101810145250000974

БИК 044525974

Генеральный директор

_____ А. Д. Козмидис

(М.П.)

Заказчик[4] **:**

Ф.И.О.

Адрес:

Дата рождения:

Место рождения:

Паспорт: серия: _____, номер: _____

Кем и когда выдан:

Контактный телефон:

Потребитель:

Ф.И.О.

Адрес:

Дата рождения:

Место рождения:

документ: _____

серия: _____,

номер: _____

Кем и когда выдан:

Контактный телефон:

/_____/ Потребитель (законный представитель)

Законный представитель:

Ф.И.О.

Адрес:

Паспорт

серия: _____, номер: _____

Кем и когда выдан:

Контактный телефон:

/_____/ Заказчик

[4] Заполняется, если Заказчик и Потребитель - разные лица. Законный представитель Потребителя может быть Заказчиком