|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Подтверждаю, что до заключения договора, мне разъяснено о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья, Законный представитель Потребителя: **✓**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ф.И.О. подпись | | | |  |
|  | **Договор на оказание платных медицинских услуг №7** | | | |  |
|  | г. Тюмень | |  | 04.07.2023 |  |
|  | ООО "Доктор-А"Медосмотры", именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице медицинского регистратора Таранин Д.Е., действующего на основании доверенности №б/н от 08.11.2022 года, с одной стороны, и Иванов Иван Иванович, далее именуемый «Заказчик» (в т.ч. «Законный представитель» если являются одним лицом), действующий в интересах Иванов Иван Иванович, далее «Потребитель», с другой стороны, вместе именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем: | | | |  |
|  | **1. Предмет договора** | | | |  |
|  | 1.1. Настоящий договор регламентирует условия и сроки получения медицинских услуг, порядок расчетов, права, обязанности и ответственность сторон. Настоящий договор должен толковаться с учётом содержания медицинской карты Потребителя, информированных согласий на медицинское вмешательство, плана лечения (обследования / наблюдения / освидетельствования), талонов на оказание мед. помощи, заказ-нарядов, перечня и стоимости медицинских услуг, выбранных Заказчиком (Законным представителем / Потребителем) из действующего у Исполнителя на момент заключения настоящего договора Прейскуранта, являющихся приложениями к настоящему договору. | | | |  |
|  | 1.2. Сведения об Исполнителе: ИНН 7203411802 ОГРН 1177232005675, адрес сайта: [www.doktor-a.com](http://www.doktor-a.com), лицензия на осуществление мед. деятельности выдана 22.09.2020 Департаментом здравоохранения Тюменской области, которая после 01.01.2021 подтверждается наличием записи в реестре лицензий Росздравнадзора №Л041-01107-72/00356589, срок действия – бессрочно.  1.3. Исполнитель не является участником программы гос. гарантий ОМС. Все услуги оказываться Исполнителем на платной основе без получение каких-либо льгот, за исключением категории льготы на внеочередное оказание медицинской помощи в соответствии с федеральным и региональным законодательством. | | | |  |
|  | 1.4. Условия предоставления медицинских услуг и режимом работы: амбулаторно, понедельник – пятница с 08-00 до 17-00; суббота с 08-00 до 14-00, воскресенье - выходной, по месту нахождения Исполнителя: 625062 г. Тюмень, ул. Мельникайте, дом 138а, помещение 3. | | | |  |
|  | 1.5. Срок оказания и ожидания услуг: начало оказания услуг определяется со дня заключения настоящего договора по согласованию с Заказчиком (Законным представителем / Потребителем) в порядке предварительной записи на прием (3452) 538-161; 564-712 или живой очереди; срок окончания оказания услуг определяется в Плане лечения (обследования / наблюдения / освидетельствования), заказ-наряде, талоне на оказание мед. помощи. В случае отсутствия лечащего врача (болезнь, командировка и т.д.), опоздания Потребителя более чем на 20 минут, Исполнитель по согласованию с Заказчиком (Законным представителем / Потребителем) определяют другое время начала оказания услуг. Начало времени приема Потребителя может быть сдвинуто, в следствии возникших осложнений на текущем приеме (необходимостью установки диагноза и т.д. предшествующему Потребителю). Срок ожидания проведения диагностических инструментальных и(или) лабораторных исследований - не более 10 рабочих дней со дня обращения. | | | |  |
|  | 1.6. Юридически значимые сообщения (обращения / жалобы), направляются в письменном виде в адрес: а) Исполнителя нарочным: 625062 г. Тюмень, ул. Мельникайте, дом 138а, помещение 3, либо в форме электронного образа документа на адрес электронной почты [ooodoktor-a@yandex.ru](mailto:ooodoktor-a@yandex.ru); б) в органы государственной власти в письменном виде: Департамент здравоохранения Тюменской области, адрес электронной почты: e-mail:dzto@72to.ru; Территориальный орган Росздравнадзора по Тюменской области, Ханты-Мансийскому автономному округу Югре и Ямало-Ненецкому автономному округу, г. Тюмень, ул. Энергетиков, д.26, адрес электронной почты: tyumen@reg72.roszdravnadzor.ru; Управление федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Тюменской области, 625026, г. Тюмень, пр. Геологоразведчиков, д. 1, адрес электронной почты: nadzor72@tyumen-service.ru | | | |  |
|  | **2. Права и обязанности Исполнителя** | | | |  |
|  | 2.1. «Исполнитель» обязан: | | | |  |
|  | 2.1.1. Оказать услугу(и): а) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации; б) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями; в) на основе клинических рекомендаций; г) с учетом стандартов медицинской помощи, с которыми Заказчик (Законный представитель / Потребитель) может ознакомиться на сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации <https://minzdrav.gov.ru/documents>, а также на Официальном интернет-портале правовой информации <http://actual.pravo.gov.ru/> | | | |  |
|  | 2.1.2. По письменному запросу Заказчика (Законного представителя / Потребителя) в срок не более 30 календарных дней с момента регистрации запроса выдать документы, подтверждающие фактические расходы на оказанные медицинские услуги и (или) приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения: а) копия договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения); б) справка об оплате медицинских услуг по установленной форме; в) рецептурный бланк с проставленным штампом "Для налоговых органов Российской Федерации, идентификационный номер налогоплательщика", заверенный подписью и личной печатью врача, печатью медицинской организации. | | | |  |
|  | 2.1.3. По письменному запросу Законного представителя или Потребителя в соответствии с Приказом Минздрава России от 31.07.2020 N 789н, в срок не более 30 календарных дней с момента регистрации запроса выдать копии медицинских документов, выписки из медицинских документов, отражающих 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.  2.1.4 При предоставлении платных медицинских услуг гражданам иностранных государств (нерезидентам) Исполнитель обеспечивает передачу сведений об осуществлении медицинской деятельности в отношении нерезидентов в соответствии с указаниями Центрального банка Российской Федерации. | | | |  |
|  | 2.2. «Исполнитель» имеет право: | | | |  |
|  | 2.2.1. Установить объем и характер обследования, консультации, лечения исходя из возраста, медицинских показаний и противопоказаний и действующих нормативных требований. | | | |  |
|  | **3. Права и обязанности Заказчика (Законного представителя / Потребителя)** | | | |  |
|  | 3.1. Заказчик (Законный представитель / Потребитель) обязан: | | | |  |
|  | 3.1.1. Оплатить стоимость предоставляемых(ой) услуг(и) в соответствии с Прейскурантом платных услуг, действующим у Исполнителя на момент предоставления услуг(и). | | | |  |
|  | 3.1.2. В случая действия Заказчика как Законного представителя Потребителя, выполнить требования обеспечивающие качественное предоставление услуг(и), включая сообщение необходимых для этого сведений, в том числе о наличии у представляемого Потребителя непереносимости или аллергических реакций на прием каких-либо препаратов, о проведении медицинского вмешательства в организм, в следствии обращений в другие медицинские организации, а также о наличии у представляемого Потребителя ранее установленных заболеваний, которые могут осложнить процедуру лечения (обследования), сообщать Исполнителю о любых изменениях самочувствия. | | | |  |
|  | 3.1.3. В случая действия Заказчика как Законного представителя Потребителя, обеспечить выполнение Потребителем соблюдение действующего внутреннего распорядка «Исполнителя», прием всех назначенных препаратов и процедур, своевременно информировать врача об ухудшении состояния здоровья, в том числе возникшем из-за оказанных(ой) услуг(и). В случае отказа от соблюдения стандартов предоставления медицинских услуг представить Исполнителю письменное заявление об этом. | | | |  |
|  | 3.2. Заказчик (Законный представитель / Потребитель) имеет право: | | | |  |
|  | 3.2.1. Предъявления требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), которые Исполнитель рассматривает и удовлетворяет либо направляет отказ в удовлетворении заявленных требований в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей". | | | |  |
|  | 3.2.2. Требовать предоставления услуг(и) надлежащего качества, выбор медицинского работника, оказывающего необходимые медицинские услуги, отказаться от оказания услуг до момента начала их оказания и потребовать возврата уплаченных денежных средств в соответствие с действующим законодательством, при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов. | | | |  |
|  | **4. Стоимость услуг и порядок расчетов** | | | |  |
|  | 4.1. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется на основании действующего у Исполнителя Прейскуранта цен. Наименование и стоимость услуг указываться в приложении №1 являющемся неотъемлемой частью настоящего договора. Дополнительные медицинские услуги при необходимости их оказания предоставляются на основании дополнительного соглашения к настоящему договору либо на основании отдельно заключаемого договора. | | | |  |
|  | 4.2. Оплата услуг Исполнителя осуществляется в рублях РФ в день оказания услуг, путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя либо по выбору Заказчика (Законного представителя) с использованием платежных банковских карт.  Услуга может быть оплачена за счет средств договоров добровольного медицинского страхования, на основании перечней и стоимости медицинских услуг, установленных такими договорами. | | | |  |
|  | **5. Ответственность сторон** | | | |  |
|  | 5.1. Исполнитель несет ответственность, за качество выполняемого лечебно-диагностического процесса; за соблюдение сроков исполнения медицинской услуги.  5.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неудовлетворительный исход или осложнения, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, грубой неосторожности или неправомерных действий Заказчика / Законного представителя / Потребителя. | | | |  |
|  | **6. Порядок изменения и расторжения Договора** | | | |  |
|  | 6.1. Договор может быть расторгнут как по соглашению сторон таки и по основаниям, предусмотренным действующим законодательством. | | | |  |
|  | 6.2. В случае отказа Заказчика (Законного представителя / Потребителя) после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Заказчик (законный представитель) оплачивают Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему договору. | | | |  |
|  | 6.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме. | | | |  |
|  | **7. Заключительные положения** | | | |  |
|  | 7.1. Заказчик (Законный представитель) подтверждает, что до заключения настоящего договора Исполнитель ознакомил его с информацией, касающейся особенностей медицинской(их) услуг(и), в том числе ознакомил с доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о местонахождении Исполнителя (месте его государственной регистрации), режиме работы, порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; информацией о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации); информацией о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания услуги, с действующим Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги.  7.2. Заказчик (законный представитель) подписывая настоящий договор подтверждает, что Исполнитель уведомил его 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. | | | |  |
|  | **8. Заключительные положения** | | | |  |
|  | 8.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения «Сторонами» своих обязательств. | | | |  |
|  | 8.2. Договор составляется в 3 экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Заказчика (законного представителя), третий - у Потребителя. | | | |  |
|  | **9. Реквизиты и подписи сторон** | | | |  |
|  | **Исполнитель** | | **Заказчик (законный представитель)** | | |
|  | Общество с ограниченной ответственностью «Доктор-А» Медицинские осмотры» (ООО "Доктор-А"Медосмотры")  адрес: 625062, Тюменская обл, Тюмень г, Мельникайте ул, дом № 138А, помещение 3  тел. (3452) 638-715 ИНН 7203411802 КПП 720301001  ОГРН 1177232005675 ОКПО 06915640 ОКТМО  Банковские реквизиты: Р/с 40702810059430012452  в Ф-Л ЗАПАДНО-СИБИРСКИЙ ПАО БАНКА "ФК ОТКРЫТИЕ"  БИК 047162812  К/с 30101810465777100812 |  | Ф.И.О Иванов Иван Иванович  Паспорт гражданина РФ, серия: 12 34, № 123456, выдан: 01.01.2000 г., тп уфмс, № подр.: 650-046  Адрес регистрации: 623657, Свердловская обл, Тугулымский р-н, Кармак п, Училищная ул, дом № 5, корпус 1, строение 3, квартира 2, комната 6  Адрес места жительства: 623657, Свердловская обл, Тугулымский р-н, Кармак п, Училищная ул, дом № 5, квартира 2  Контактные телефоны: 89765654443  Потребитель (пациент): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Два экземпляра договора получены.  С Правилами внутреннего распорядка для пациентов ООО "Доктор-А"Медосомтры» ознакомлен(а): **✓**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |
|  | спец.ДО    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Таранин Д.Е. |  | Я уведомлен(а) о том, что могу получить медицинские услуги бесплатно соответствии с Программой ОМС. В соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку Исполнителем моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.  **✓** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |
|  | **Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство** | | | |  |
|  | (Приложение N 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2021 г. N 1051н) | | | |  |
|  | Я, Иванов Иван Иванович, 01.01.1980 года рождения, зарегистрированный по адресу 623657, Свердловская обл, Тугулымский р-н, Кармак п, Училищная ул, дом № 5, корпус 1, строение 3, квартира 2, комната 6 | | | |  |
|  | даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные 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 (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), в: | | | |  |
|  | - Обществе с ограниченной ответственностью «Доктор-А» Медицинские осмотры» (ИНН 7203411802 КПП 720301001 ОГРН 1177232005675), место деятельности: 625062 г. Тюмень, ул. Мельникайте, дом 138а, помещение 3; | | | |  |
|  | - ГБУЗ ТО "Областная клиническая психиатрическая больница" (ИНН 7224009250 КПП 722401001 ОГРН 1027200852238), место деятельности: 625062 г. Тюмень, ул. Мельникайте, дом 138а, помещение 3; | | | |  |
|  | - ГБУЗ ТО "Областной наркологический диспансер" (ИНН 7202015877 КПП 720301001 ОГРН 1027200852975), место деятельности: 625062 г. Тюмень, ул. Мельникайте, дом 138а, помещение 3. | | | |  |
|  | Медицинским работником Таранин Д.Е. в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти (Ф.И.О. телефон):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |  |
|  | ✓Иванов Иван Иванович | | | |  |
|  |  | | Таранин Д.Е. | |  |