

ДОГОВОР ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ УСЛУГ

ООО «Ваш Доктор» в лице директора Петровой Е. А., действующее на основании Устава, с одной стороны, именуемое в дальнейшем «Исполнитель»

именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны

и

именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны

заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.

1.1. По договору возмездного оказания услуг Исполнитель обязуется по обращению Потребителя или Заказчика оказать медицинские услуги, согласно лицензии, с выдачей заключений и рекомендаций специалистов ООО «Ваш Доктор».

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

2.1. Получение доступной и достоверной информации о перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, о порядке и условиях их предоставления, о квалификации и сертификации специалистов ООО «Ваш Доктор»

2.1.2. Выбор специалиста, оказывающего медицинские услуги.

2.1.3. Сохранение конфиденциальности сведений, предоставляемых Исполнителю или полученных при его обследовании и лечении.

2.1.4. Выбор лица, которому в интересах Потребителя может быть предоставлена информация о состоянии его здоровья

2.1.5. Дать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, а также согласие на обработку персональных данных

2.1.6. Получение достоверной информации о результатах обследования, о плане предлагаемого лечения, предписания, рекомендации специалистов ООО «Ваш Доктор»

2.1.7. Выбор объема оказания медицинской помощи:

а) в объеме полного стандарта

б) в виде осуществления отдельных консультаций, медицинских вмешательств и обследований

в) в объеме превышения стандарта

2.2. Потребитель обязан:

2.2.1. Произвести оплату оказываемых медицинских услуг согласно действующему прейскуранту Исполнителя.

2.2.2. Строго выполнять все предписания и рекомендации, назначенные специалистом.

2.2.3. Являться в назначенные дни и часы, а в особых случаях (при угрожающих жизни состояниях) — вне установленного времени

2.2.4. При проведении рекомендованного лечения, в случае возникновения непредвиденной реакции, незамедлительно являться на осмотр к специалисту ООО «Ваш Доктор», назначившему данное лечение. При этом для коррекции получаемого лечения не прибегать к медицинской помощи других специалистов, за исключением случаев развития у Потребителя острой патологии или неотложного соматического состояния

2.3. Заказчик имеет право на:

2.3.1. Получение доступной и достоверной информации о перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, о порядке и условиях их предоставления, о квалификации и сертификации специалистов ООО «Ваш Доктор»

2.3.2. Выбор специалиста, оказывающего медицинские услуги

2.3.3. Сохранение конфиденциальности сведений, предоставляемых Заказчиком о Потребителе.

2.4. Заказчик обязан:

2.4.1. Произвести оплату оказываемых медицинских услуг согласно действующему прейскуранту Исполнителя.

2.5. Исполнитель имеет право на:

2.5.1. Получение от Потребителя, при его обращении, достоверных сведений об имеющихся у него заболеваниях и обстоятельствах, способных повлиять на исход предлагаемого лечения, и необходимым медицинским документам, отражающих состояние его здоровья.

2.5.2. Выбор специалистом ООО «Ваш Доктор» методик обследования, в том числе и дополнительных, с учетом индивидуальных особенностей организма Потребителя

2.5.3. Отказ от проведения консультативного приема специалистом ООО «Ваш Доктор» согласно действующему законодательству.

2.5.4. Предоставление информации о состоянии здоровья и результатах лечения, при наличии согласия Потребителя, третьим лицам

2.6. Исполнитель обязан:

2.6.1. Осуществить оказание платных медицинских услуг Потребителю в соответствии с условиями настоящего Договора и приказом Минздравсоцразвития от 15.05.2012 г. № 543 Н «Об утверждении Положения об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

2.6.2. Получить информированное добровольное согласие Потребителя на виды медицинских вмешательств, вакцинацию (при необходимости), на принятие предложенного плана лечения, оформленные письменно за подписью Потребителя

2.6.3. Получить отказ Потребителя на виды медицинских вмешательств, на вакцинацию, от предложенного лечения, с предварительным разъяснением ему возможных последствий, оформить его письменно за подписью Потребителя

3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.

3.1. При несоблюдении одной из сторон условий настоящего Договора, ответственность определяется в порядке, установленном законодательством Российской Федерации

3.2. Исполнитель освобождается от ответственности за результат оказанной медицинской услуги в случае невыполнения Потребителем предписаний и рекомендаций специалиста ООО «Ваш Доктор», нарушения п. п. 2.2-4. настоящего Договора или при отказе Потребителя от дальнейшего лечения.

4. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ.

4.1. После подписания сторонами настоящего Договора Потребитель (Заказчик) оплачивает согласно действующему прейскуранту стоимость получаемых медицинских услуг внесением наличных денежных средств в кассу Исполнителя, либо банковской картой, либо перечислением на банковский счет Исполнителя, предоставив за тем соответствующий документ, подтверждающий произведенную оплату.

4.2. Исполнитель выдает Потребителю (Заказчику) финансовый документ, подтверждающий оплату оказываемых медицинских услуг, акт о выполненных услугах, дополнительное соглашение к договору, где прописаны: дата оказания услуги, наименование услуги, срок выполнения услуги, количество выполненных услуг, цена услуги, стоимость услуг, за подписью специалиста ООО «Ваш Доктор» и Потребителя (Заказчика).

4.3. Проведение необходимого дополнительного обследования «Пациент (Заказчик)» оплачивает отдельно, согласно действующему прейскуранту.

5. ДЕЙСТВИЕ ДОГОВОРА.

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания сторонами и действует до его расторжения одной из сторон.

5.2. Досрочное прекращение действия настоящего Договора по инициативе одной из сторон оформляется письменно за подписью Потребителя (Заказчика) и директора ООО «Ваш Доктор».

6. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

6.1. Договор составлен в 2-х (3-х) экземплярах на русском языке, экземпляры идентичны и имеют одинаковую юридическую силу. У каждой из сторон находится один экземпляр настоящего договора

6.2. Договор может быть подписан собственноручно или факсимильной подписью ООО «Ваш Доктор» Петровой Екатерины Алексеевны.

7. СВЕДЕНИЯ ОБ ИСПОЛНИТЕЛЕ.

Общество с ограниченной ответственностью «Ваш Доктор», ООО «Ваш Доктор».

Юридический адрес:

344049, г. Ростов-на-Дону, пр. Маршала Жукова, 31, тел./факс: (863) 207-82-28.

Фактический адрес,

344049, г. Ростов-на-Дону, пр. Маршала Жукова, 31, тел./факс: (863) 207-82-28

Свидетельство о государственной регистрации юридического лица

Серия 61 № 007516715 выдано Межрайонной инспекцией ФНС № 24 по РО 21.06.2013 г.

По адресу: 344001, г. Ростов-на-Дону, просп. Ставского, 54/11 Тел.: (863) 222-02-02,

ОГРН - 1136194003550

Лицензия № ЛО-61-01-006697 выдана Министерством Здравоохранения РО 26.09.2018 г.

По адресу: 344029, г. Ростов-на-Дону, ул. 1-й Конной Армии, 33. Тел.: (863) 242-41-09

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность ООО «Ваш Доктор» в соответствии с лицензией от 26.09.2018 г. № ЛО-61 -01-006697

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), медицинскому массажу, операционному делу, сестринскому делу, себстринскому делу в педиатрии, функциональной диагностики. Амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь, в том числе: первичная медико-санитарная помощь по: терапии, педиатрии, первичная специализированная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий) акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности), аллергологии и иммунологии, гематологии, дерматовенерологии, детской кардиологии, детской хирургии, детской урологии-андрологии, детской эндокринологии, кардиологии, колопроктологии, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, отоларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, профпатологии, психиатрии, психиатрии-наркологии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, функциональной диагностики, хирургии, эндокринологии.

При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым), медицинским осмотрам профилактическим; при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию на наличие инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа иностранным гражданам и лицам без гражданства в выдаче либо аннулировании разрешения на временное проживание, или вида на жительство, или разрешения на работу в РФ, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе профессиональной пригодности, экспертизе временной нетрудоспособности.

3. Сведения о потребителе (Заказчике) (нужное подчеркнуть).

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Адрес _____

Телефон _____

Я даю добровольное согласие на использование факсимильного воспроизведения подписи с помощью средств механического (факсимиле) директора при заключении с ООО «Ваш Доктор» договора на оказание платных медицинских услуг, другой документации (акта выполненных работ и др.)

Я ознакомлен (на) со ст. 22 ФЗ от 22.11.2011 г. №323-ФЗ (рея. От 27.09.2013 г.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в соответствии с которой я либо мой законный представитель имеет право на основании письменного заявления получить отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов.

В соответствии с частью 4 статьи 84 ФЗ от 21.11.2011 г. №323-ФЗ (ред. От 27.09.2013 г.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» прошу оказать мне платные медицинские услуги (нужное подчеркнуть):

- в полном объеме стандарта медицинской помощи;
- в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств;
- в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

полным текстом настоящего Договора, Перечнем медицинских услуг, Прейскурантом ознакомлен (на) Замечаний и возражений не имею. Внутренний распорядок ООО «Ваш Доктор» до моего сведения доведен Экземпляр договора получен.

Дата « _____ » _____ Г.

Потребитель (подпись) _____

Заказчик (подпись) _____

Петрова Е.А. _____

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных.

Я _____
проживающий по адресу _____

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального Закона «О персональных данных» от 27.07.2006 г. №152-ФЗ и ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» №323-ФЗ от 21.11.2011 г., подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Ваш Доктор» (далее «Поликлиника») моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — 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 соблюдать врачебную тайну. В процессе оказания «Поликликой» мне медицинской помощи, я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам «Поликлиники» в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю ООО «Ваш Доктор» право осуществлять все действия с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. ООО «Ваш Доктор» вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации, а также договором на оказание медицинской помощи

ООО «Ваш Доктор» имеет право на обработку моих персональных данных, во исполнение своих обязательств по указанному выше договору с соблюдением мер, обеспечивающих профессиональную (служебную) тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия

Настоящее согласие дано мной _____ (дата) и действует бессрочно

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ООО «Ваш Доктор» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю ООО «Ваш Доктор»

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан:

- а) прекратить их обработку в течении периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи;
- б) по истечении указанного выше срока хранения моих персональных данных (двадцать пять лет) уничтожить (стереть) все мои персональные данные из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

Подпись субъекта персональных данных _____