

Уведомление для пациента до подписания договора об оказании платных медицинских услуг.

Не соблюдение Пациентом, указаний (рекомендаций), Исполнителя (работающего у него медицинского работника), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

**Договор
на оказание платных медицинских услуг
(для физических лиц)**

г. Москва

дата

(фамилия, имя, отчество)

именуемый в дальнейшем «Пациент», дата рождения, паспорт., серия: №, выдан: № подр. зарегистрирован по адресу: адрес проживания: номер телефона с другой стороны, именуемые вместе «Стороны», а по отдельности «Сторона», заключили настоящий договор о нижеследующем:

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 18 лет, или недееспособных граждан: Я, паспорт: Паспорт гражданина РФ, серия: 4509, № 853506, выдан: 20 февраля 2009 года, Отделением по району Царицыно ОУФМС России по г.Москве в ЮАО, № подр. 770-042, являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

с одной стороны, и Общество с ограниченной ответственностью Центр Материнства и Репродуктивной Медицины "Петровские Ворота" (ООО ЦМРМ «Петровские Ворота»), включено в Единый государственный реестр юридических лиц 25.10.2010 за основным государственным № 1107746869284 на основании Свидетельства о государственной регистрации юридического лица серия 77 №014010922, выданного Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 46 по г. Москве, действующее на основании лицензии на осуществлении медицинской деятельности серия ЛО 0003733, № ЛО-77-01-011361 от 01.12.2015, выданной Департаментом здравоохранения города Москвы, находящимся по адресу: г. Москвы, находящего по адресу: 127006, г. Москва, Оружейный переулок, д. 43, тел.: (499) 251-83-00, бессрочно, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующей(го) на основании Устава, с другой стороны, в дальнейшем при совместном упоминании именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. При трактовке настоящего Договора применяется следующая терминология:

1.1. Платные медицинские услуги/медицинские услуги- услуги по доврачебной, амбулаторно-поликлинической помощи, специализированной медицинской помощи, оказываемые ЦМРМ в рамках видов медицинской деятельности, указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-77-01-011361 от 01.12.2015, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании настоящего Договора, в том числе договоров добровольного медицинского страхования.

1.2. Потребитель (Пациент) - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с настоящим Договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1.3. Заказчик – физическое (юридическое) лицо, заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги;

1.4. Исполнитель - медицинская организация (ООО ЦМРМ «Петровские Ворота»), предоставляющая платные медицинские услуги Потребителям (Пациентам).

1.5. Правила предоставления медицинских услуг ООО ЦМРМ «Петровские Ворота» – утвержденный приказом Генерального директора Исполнителя локальный документ, регламентирующий правила и условия оказания медицинских услуг потребителям. Правила оказания услуг доступны для ознакомления на стойке ресепшн на первом этаже, а также на сайте Исполнителя – www.petrovkamed.ru. Подписывая настоящий Договор Пациент соглашается с указанными в настоящем пункте правилами и обязуется их соблюдать.

1.6. Прейскурант платных медицинских услуг или Прейскурант – утвержденный Генеральным директором Исполнителя перечень оказываемых медицинских услуг и цен на них, действующий на момент произведения оплаты. Прейскурант доступен для ознакомления у администраторов Исполнителя на стойке ресепшн на первом этаже Медицинского центра, на сайте Исполнителя – www.petrovkamed.ru., а также стоимость конкретных процедур и манипуляций также может быть уточнена по контактному телефону Исполнителя 8 (495) 909-9-909.

1.7. Заказ – документ(ы), составленный(ые) по утвержденной локальными актами ЦМРМ форме, содержащий(ие) сведения о пациенте, объеме оказываемых ему в рамках приема услуг, их стоимости, ФИО врача, дате оказания услуг.

2. СОДЕРЖАНИЕ (ПРЕДМЕТ) ДОГОВОРА

2.1. По настоящему Договору Исполнитель оказывает Пациенту по его заказу, который является неотъемлемой частью настоящего Договора Приложение № 1, медицинские услуги: доврачебную помощь, амбулаторно-поликлиническую помощь, специализированную медицинскую помощь, прочие услуги (далее – медицинские услуги) в соответствии с лицензией, согласно Прейскурантом платных медицинских услуг (далее – Прейскурант), а Пациент обязуется оплатить оказанные услуги в размере и сроки, установленные настоящим Договором.

2.2. Медицинские услуги предоставляются в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации, утвержденными в установленном порядке.

2.3. Исполнитель оказывает медицинские услуги по месту своего нахождения по адресу: 127051, г. Москва, 1-й Колобовский переулок, д. 4, и в соответствии с установленными режимом работы Исполнителя (Приложение № 3 к настоящему Договору) и Правилами оказания медицинских услуг. При необходимости выезда по другому адресу все расходы Исполнителя оплачивает Пациент на основании представленных документов Исполнителем, подтверждающие указанные затраты.

2.4. Медицинские услуги предоставляются в следующих объемах:

2.4.1.1. в полном объеме стандарта медицинской помощи;

2.4.1.2. по просьбе Заказчика в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.5. В медицинской карте Пациента указываются все его пожелания, жалобы, поставленный ему диагноз, предложенные варианты лечения и выбранный Пациентом вариант. Под указанной информацией должна стоять подпись Пациента, лечащего врача (иного специалиста), дата внесения записи и номер договора.

2.6. Сроки оказания медицинских услуг, предусмотренных п. 1.1 настоящего Договора, определены в Плане оказания медицинских услуг, являющемся неотъемлемой частью настоящего Договора (Приложение № 4 к настоящему Договору).

2.7. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Пациента (законного представителя Пациента), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, перечень которых утверждается приказом Генерального директора Исполнителя.

2.8. Перечень медицинских услуг, оказываемых Заказчику в соответствии с настоящим Договором, определяется на основании Заказа, который является неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.9. Пациент подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

2.9.1. обеспечил Пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения о:

2.9.1.1. порядке оказания медицинских услуг и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;

2.9.1.2. сведениях о методах оказания медицинских услуг, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинских услуг

2.9.1.3. других сведениях, относящихся к предмету настоящего Договора.

2.9.2. ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от «04» октября 2012 г. №1006);

2.9.3. ознакомил его с действующим в ООО ЦМРМ «Петровские Ворота» Прейскурантом на платные медицинские услуги;

2.9.4. ознакомил его с локально-нормативными актами Исполнителя Правилами предоставления медицинских услуг ООО ЦМРМ «Петровские Ворота», утвержденный Генеральным директором 21.05.2015;

2.9.5. ознакомил его со сведениями о медицинских работниках ООО ЦМРМ «Петровские Ворота», оказывающими медицинские услуги, предусмотренные настоящим Договором.

- 2.10. По требованию Потребителя(Заказчика) Исполнитель должен предоставить смету на предоставление платных медицинских услуг. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, исполнитель обязан предупредить об этом пациента (заказчика) и получить его согласие, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора (Приложение № 5 к настоящему Договору).
- 2.11. Подписав настоящий Договор, Заказчик подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.
- 2.12. В случае изменения срока оказания медицинских услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.
- 2.13. Договор на предоставление платных медицинских услуг в отношении пациентов в возрасте от 0 до 18 лет подписывают их законные представители.
- 2.14. До заключения настоящего Договора Исполнитель в письменной форме уведомляет Пациента о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (работающего у него медицинского работника), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

3. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. оказать Пациенту платные медицинские услуги в соответствии с подписанным(ыми) Пациентом Заказом(ами);

3.1.2. оказать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором,

3.1.3. оказать медицинские услуги с использованием сертифицированного оборудования и расходных материалов. Для оказания медицинских услуг в рамках настоящего Договора Исполнитель привлекает только специалистов с действующим сертификатом, дающим право на оказание определенного типа медицинских услуг (младший медицинский персонал, не участвующий непосредственно в процессе оказания Медицинских услуг и выполняющий вспомогательные функции по обеспечению работы врача, может не иметь указанных сертификатов);

3.1.4. в рамках исполнения настоящего Договора при наступлении соответствующих обстоятельств немедленно известить Пациента о невозможности оказания ему медицинских услуг, либо сокращении объема оказываемых медицинских услуг в рамках настоящего Договора. Такими обстоятельствами могут быть: медицинские показания Пациента, непереносимость лекарственных средств и т.д. В случае согласия Пациента на сокращение объема оказываемых медицинских услуг или желания Пациента перенести дату оказания соответствующей услуги, регистратура или call-центр Исполнителя фиксируют сокращение перечня оказываемых услуг документально или по согласованию с Пациентом переносят прием на любое доступное время соответственно.

3.1.5. предоставить дополнительные медицинские услуги по экстренным показаниям, для устранения угрозы жизни Пациента, при внезапных острых заболеваниях и осложнениях, без взимания платы.

3.1.6. предоставлять Пациенту после каждого посещения Исполнителя Акт оказанных услуг (Приложение № 8 к настоящему Договору), в порядке и сроки, указанные в п. 5 настоящего Договора.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. для оказания услуг по настоящему Договору Исполнитель имеет право к исполнению своих обязанностей привлекать третьих лиц, за действия которых он отвечает, как за свои собственные. При этом Исполнитель обязуется соблюдать режим полной конфиденциальности в отношении персональных данных Пациента;

3.2.2. право оказывать медицинские услуги Пациенту, не указанные в соответствующем Заказе Пациента, в случае, если не оказание таких услуг составляет угрозу жизни и здоровью Пациента, и необходимость их оказания вызвана жизненными показаниями Пациента;

3.2.3. вести видеосъемку на территории и в помещении ЦМРМ в целях обеспечения безопасности;

3.2.4. использовать фото-, видео- и аудиозаписи, отснятые на территории ЦМРМ с участием пациентов, клиентов Исполнителя любым способом, не противоречащим закону;

3.2.5. изменять режим работы в целом или отдельных кабинетов и помещений без дополнительных уведомлений;

3.2.6. информировать Пациента об услугах (новостях, акциях и т.д.), при условии получения письменного согласия Пациента (Приложение № 7 к настоящему Договору), посредством отправки e-mail или sms сообщений на адрес и номер, указанные Пациентом, клиентом при обращении в ЦМРМ.

3.2.7. Отказать в оказании медицинской услуги Пациенту в случае:

3.2.7.1. если Пациент находится в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

3.2.7.2. нарушения Пациентом медицинских предписаний, лечебно-охранительного режима, или его некорректного поведения;

3.2.7.3. если действия пациента угрожают жизни и здоровью персонала Исполнителя, и другим пациентам.

3.3. отказать в предоставлении платных медицинских услуг Пациенту по настоящему Договору, в случае наличия у Пациента задолженности перед Исполнителем по ранее оказанным медицинским услугам.

3.4. Пациент обязуется:

3.4.1. оплатить стоимость оказываемых ему медицинских услуг в соответствии с положениями настоящего Договора;

3.4.2. предоставить врачу данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных в других медицинских учреждениях (при их наличии и соответствующей необходимости), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, об имеющихся заболеваниях, а также, в случае такой необходимости, о заболеваниях родственников, без указания их данных, и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения;

3.4.3. при предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) о любых изменениях самочувствия;

3.4.4. отказаться на весь период предоставления медицинских услуг по настоящему Договору, от употребления наркотиков и лекарств, их содержащих, психотропных препаратов, алкогольсодержащих напитков.

3.4.5. не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Исполнителем (медицинским работником, предоставляющим платные медицинские услуги) употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав и т. д.

3.4.6. соблюдать график приема медицинских работников, предоставляющих медицинские услуги по настоящему Договору.

3.4.7. ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг (Правилами) по настоящему Договору, а так же с изменениями к ним, если таковые будут иметь место; соблюдать и выполнять требования сотрудников Исполнителя к Пациенту по подготовке последнего к оказанию согласованных Сторонами медицинских услуг;

3.4.8. выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги в рамках настоящего Договора, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

3.4.9. в сроки, указанные в п. 5 настоящего Договора подписывать Акты оказанных услуг, или предоставлять письменные замечания.

3.5. В случае непредставления со стороны Пациента имеющихся у него данных, относящихся к состоянию его здоровья, не соблюдения последним обязательств, указанных в настоящем пункте, Исполнитель не несет ответственности за результаты лечения и возможный ущерб, вызванный данными обстоятельствами.

3.6. Пациент имеет право:

3.6.1. получать от Исполнителя услуги в соответствии с п. 1.1 настоящего Договора;

3.6.2. предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг;

3.6.3. на получение в доступной форме имеющуюся у Исполнителя информации о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи. Информация, предусмотренная настоящим пунктом, предоставляется Исполнителем в течение 3 (Трех) рабочих дней с момента получения письменного заявления Исполнителем по форме, указанной в Приложении № 6 к настоящему Договору.

4. СТОИМОСТЬ ОКАЗЫВАЕМЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

4.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Пациенту в соответствии с настоящим Договором, указывается в соответствующих(ем) Заказ(ах) Пациента в соответствии с действующим Прейскурантом платных медицинских услуг, утвержденным Генеральным директором ЦМРМ с учетом предоставленных Пациенту скидок (разовых или постоянных). НДС не облагается.

4.2. Оплата медицинских услуг осуществляется Пациентом непосредственно в день оказания медицинских услуг после их оказания Исполнителем. Расчеты между сторонами осуществляются в российских рублях через кассы ЦМРМ наличными деньгами, либо с использованием пластиковых карт банковских организаций, а также путем банковского перевода на реквизиты Исполнителя, указанные в п. 10 настоящего Договора. Пациент после оплаты медицинских услуг выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых медицинских услуг, установленного образца.

5. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА

- 5.1. После каждого посещения Пациентом сотрудника Исполнителя по факту оказания медицинских услуг, последним составляется Акт (ы) оказанных услуг.
- 5.2. Подписываемый сотрудником Исполнителя и Пациентом Акт оказанных услуг являются подтверждением оказания медицинских услуг Исполнителем Пациенту.
- 5.3. Пациент обязуется рассмотреть и подписать Акт оказанных услуг, предоставляемый сотрудником Исполнителя сразу же после факта оказания медицинской услуги. Акт подписывается Пациентом в 3 (Трех) экземплярах, один из которых остается у Пациента.
- 5.4. В течение 3 (Трех) рабочих дней с момента подписания соответствующего Акта оказанных услуг Исполнитель имеет право предоставить письменные замечания по подписанному им Акту оказания услуг, которые Исполнитель, в случае признания их обоснованными, обязуется устранить.
- 5.5. Если в течение срока, указанного в п. 5.4. настоящего Договора Пациент не предоставит письменные замечания по Акту оказанных услуг, то медицинские услуги считаются оказанными и принятыми Пациентом в полном объеме.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 6.1. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 6.2. Исполнитель и его работники, оказывающие услуги по настоящему Договору, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании Пациенту медицинской помощи.
- 6.3. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием непреодолимой силы или других форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки, принятие компетентными органами решений и т.п.), препятствующие выполнению обязательств по настоящему Договору.

7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

- 7.1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.
- 7.2. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Потребителя после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Отказ Потребителя от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю. Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика) о расторжении настоящего Договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

8. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ И ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

8.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего Договора.

8.2. С письменного согласия Пациента или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, указанным Пациентом или его законным представителем.

8.3. Подписывая настоящий Договор Пациент в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ (ред. от 25.07.2011) "О персональных данных" дает свое согласие на обработку его персональных данных уполномоченными сотрудниками ООО ЦМРМ «Петровские Ворота», юридический адрес: 127051, г. Москва, 1-ый Колобовский переулок, дом 4, ИНН 7707736091 ОГРН 1107746869284 (далее: «Оператор»). Целью обработки персональных данных является оказание медицинских услуг по профилю деятельности ООО ЦМРМ «Петровские Ворота» (Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-77-01-005922 от 26 марта 2013 года) на основании настоящего Договора.

8.4. Перечень персональных данных, подлежащих обработке:

8.4.1. фамилия, имя, отчество;

8.4.2. пол, возраст;

8.4.3. паспортные данные;

8.4.4. физиологические особенности человека;

8.4.5. состояние здоровья, имеющиеся заболевания, поставленные диагнозы, факты обращения в медицинские организации;

8.4.6. место регистрации, почтовый адрес, адрес электронной почты, домашний и мобильный телефоны;

8.4.7. привычки и увлечения, в том числе вредные (алкоголь, наркотики и др.);

8.4.8. семейное положение, наличие детей, родственные связи;

8.5. Перечень действий с персональными данными, на совершение которых Пациент дает свое согласие: любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

8.6. Пациент предоставляет право Оператору передавать полученные в рамках настоящего Договора персональные данные ограниченному кругу третьих лиц: ООО «МедКонсалт» в соответствии с Договором на поручение обработки персональных данных третьим лицам № 53110 от 01.06.2016 года и ООО МЦ «Петровские Ворота» в соответствии с Договором на поручение обработки персональных данных третьим лицам № 53110 от 01.06.2016 года. Передача персональных данных ограничена исключительно медицинскими целями и обусловлена исключительно технической необходимостью. Передача персональных данных другим юридическим или физическим лицам, не указанным в настоящем пункте, запрещена.

8.7. Реквизиты ООО «МедКонсалт»

ЮРИДИЧЕСКИЙ АДРЕС:	127051, г. Москва, Цветной бульвар, д.25, стр.6
ИНН/КПП	7707767967/770701001
ОГРН/ОКПО	1127746027001/38276874
Р/СЧ	40702810300000007760
К/СЧ	30101810200000000700

БАНК	АО «Райффайзенбанк»
БИК	044525700
7.8. Реквизиты ООО МЦ «Петровские Ворота»	
ЮРИДИЧЕСКИЙ АДРЕС:	127051, г. Москва, 1-ый Колобовский переулок, дом 4
ИНН/КПП	7707736084/770701001
ОГРН/ОКПО	1107746869273/68896723
Р/СЧ	40702810800000007778
К/СЧ	30101810200000000700
БАНК	АО «Райффайзенбанк»
БИК	044525700

8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

8.1. Стороны обязуются решать все возникшие по настоящему Договору споры путем переговоров представителей сторон. Все неурегулированные сторонами споры в рамках выполнения настоящего Договора разрешаются в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

8.2. Договор на оказание медицинских услуг заключён в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

8.2.1. В случае, если настоящий Договор заключается между Исполнителем и Заказчиком в пользу Потребителя, то настоящий Договор заключается в 3-х экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй у Заказчика, третий у Потребителя.

8.3. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами.

9. ПРИЛОЖЕНИЯ

9.1. Приложение № 1 – Форма бланка Заказа на оказание медицинских услуг, акта оказанных услуг.

9.2. Приложение № 2 – Форма заявления на пересылку результатов анализов и согласия.

9.3. Приложение № 3 – Режим работы ООО ЦМРМ «Петровские Ворота».

9.4. Приложение № 4 – Образец плана оказания медицинских услуг.

9.5. Приложение № 5 – Форма Заявления о согласии на получение дополнительных платных медицинских услуг.

9.6. Приложение № 6 – Форма заявления о предоставлении медицинской информации о состоянии здоровья.

10. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ЦМРМ:	Пациент:
ООО ЦМРМ «Петровские Ворота» Юридический адрес: Россия, 127051, г. Москва, 1-ый Колобовский переулок, д.4 Фактический адрес: Россия, 127051, г. Москва, 1-ый Колобовский переулок, д.4	

ИНН 7707736091/ КПП 770701001
АО «Райффайзенбанк»
Р/с 40702810500000007777
К/с 30101810200000000700
БИК 044525700
ОКПО 68896746 / ОГРН 1107746869284

11. ПОДПИСИ СТОРОН

ЦМРМ:	Пациент:
	_____ / _____ /

**Приложение № 1 к
Договор об оказании платных
медицинских услуг**

Запись № ____ от _____
к договору № ____ от _____

Основное соглашение:

Плательщик:

Пациент:

Арт. услуги	Наименование услуги	Цена, руб.	Кол-во	Стоимость, руб.	Скид- ка, %	Сумма к оплате, руб.

--	--	--	--	--	--	--

Итого:

Принимающий _____

Плательщик _____

Акт оказанных услуг № _____ от _____

Исполнитель:

Заказчик:

№	Наименование работ, услуг	Кол-во	Ед.	Стоимость, руб.	Скидка, руб.	Сумма, руб.
1.	Оказание медицинских услуг по договору № от на основании Заказа № от	1	шт.			
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
ИТОГО:						

Всего оказано услуг, на сумму _____, НДС не облагается в соответствии с пп.2 п.2 стр.149 НК РФ

Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

Приложение № 2 к
Договор об оказании платных
медицинских услуг

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я,

_____ (фамилия, имя, отчество – полностью пациента/законного представителя)

находясь на лечении в ООО ЦМРМ «Петровские Ворота» (далее ЦМРМ), ознакомлен(а) с правами и обязанностями пациента, предусмотренными ст. 18, 20-22, 28, 41 Конституции Российской Федерации, ст. 13, 19-22 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановлением Правительства РФ от «04» октября 2012 г. №1006), а также содержанием Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ (ред. от 25.07.2011) "О персональных данных", добровольно предоставляю право ООО ЦМРМ «Петровские Ворота» осуществить пересылку результатов функциональной и иных видов диагностики, результатов анализов и других медицинских исследований, проведенных в рамках заключенного между мной и ООО ЦМРМ «Петровские Ворота» Договора об оказании платных медицинских услуг на следующий адрес электронной почты

Я уведомлен и согласен, что пересылка результатов функциональной и иных видов диагностики, результатов анализов и других медицинских исследований будет осуществлена в архивном файле с установкой пароля на открытие документов.

Я уведомлен и согласен с тем, что ООО ЦМРМ «Петровские Ворота» передаст мне пароль на открытие архивных файлов, содержащих вышеуказанные результаты функциональной и иных видов диагностики, результаты анализов и других медицинских исследований при подписании настоящего заявления.

Согласие на получение информации по каналам связи:

Номер телефона

E-mail

<input type="checkbox"/> Я хочу получать информацию об услугах ООО ЦМРМ «Петровские Ворота» в виде смс-сообщений на указанный выше номер сотового телефона	<input type="checkbox"/> Я не получаю и не хочу получать информацию об услугах ООО ЦМРМ «Петровские Ворота» в виде смс-сообщений на указанный выше номер сотового телефона
<input type="checkbox"/> Я хочу получать информацию об услугах ООО ЦМРМ «Петровские Ворота» в виде смс-сообщений на указанный выше e-mail	<input type="checkbox"/> Я не получаю и не хочу получать информацию об услугах ООО ЦМРМ «Петровские Ворота» в виде смс-сообщений на указанный выше e-mail

3. Согласие на обработку персональных данных:

Я даю свое согласие на обработку персональных данных, содержащихся в настоящей анкете с целью направления мне указанной информации, в том числе на передачу соответствующей информации лицам, привлекаемым к исполнению указанных действий. Срок действия согласия (если предоставлено): до истечения шести месяцев с момента отзыва пользователем согласия на получения соответствующей информации. Я уведомлен и согласен, о том, что в ООО МЦ «Петровские ворота» проводится открытая видеосъемка в целях обеспечения прав пациентов при оказании медицинских услуг, путем установления видеокамер, направленных на рабочие места медицинских работников, с целью осуществления контроля качества медицинских услуг.

4. Порядок отзыва согласия на обработку персональных данных:

Для отзыва согласия на обработку персональных данных необходимо подать соответствующее заявление в письменной форме по месту нахождения ООО ЦМРМ «Петровские Ворота» не менее чем за 30 дней до момента отзыва соответствующего согласия. После отзыва согласия персональные данные используются только в целях, предусмотренных Договором об оказании медицинских платных услуг от «___» _____ 20__ г. и действующим законодательством.

5. Я подтверждаю, что являюсь владельцем указанного выше телефонного номера и электронного ящика. Содержание и юридические последствия настоящего добровольного заявления мне понятны, пароль получил.

_____/_____
«___» _____ г.

Приложение № 3 к
Договор об оказании платных
медицинских услуг

РЕЖИМ РАБОТЫ ООО ЦМРМ «ПЕТРОВСКИЕ ВОРОТА»

Часы работы медицинского центра:

Будние дни:	Суббота:	Воскресенье:
8.00 – 21.00	8.00 – 20.00	8.00 – 20.00

Режим работы ООО ЦМРМ «Петровские Ворота» в праздничные дни определяется не менее чем за двое суток до их начала и утверждается соответствующим приказом генерального директора ООО ЦМРМ «Петровские Ворота». Информацию о режиме работы ООО ЦМРМ «Петровские Ворота» в праздничные дни можно получить по единому телефону call-центра 8(495)909-9-909.

Часы работы отделения лучевой диагностики:

Будние дни:	Суббота:	Воскресенье:
8.00 – 21.00	8.00 – 20.00	8.00 – 20.00

Часы работы процедурного кабинета (манипуляционной):

Будние дни:	Суббота:	Воскресенье:
8.00 – 20.00	8.00 – 19.00	8.00 – 19.00

Забор крови на исследования производится в процедурном кабинете (манипуляционной) в период:

Будние дни:	Суббота:	Воскресенье:
8.00 – 16.00	8.00 – 16.00	8.00 – 14.00

Часы работы отделения лучевой диагностики, а также часы работы процедурного кабинета (манипуляционной) в праздничные дни определяется не менее чем за двое суток до их начала, информацию о режиме работы отделения лучевой диагностики и процедурного кабинета (манипуляционной) в праздничные дни можно получить по единому телефону call-центра 8(495)909-9-909.

Часы работы call-центра:

Будние дни:	Выходные (суббота и воскресенье):
8.00 – 22.00	8.00 – 22.00

Порядок осуществления записи на прием:

- Прием пациентов в ООО ЦМРМ «Петровские Ворота» осуществляется по предварительной записи.
- Предварительная запись пациентов осуществляется по единому телефону call-центра: 8(495)909-9-909
- При осуществлении предварительной записи пациентов к конкретным специалистам учитываются графики работы врачебного состава ООО ЦМРМ «Петровские Ворота», информацию о которых можно получить по единому телефону call-центра: 8(495)909-9-909

**Приложение № 4 к
Договор об оказании платных
медицинских услуг**

г. Москва

«__» _____ 20__ г.

План оказания медицинских услуг

п/п	Наименование медицинской услуги	Срок оказания медицинской услуги	Количество медицинских процедур	Стоимость мед. услуги	Подпись врача	Подпись Пациента

Настоящий план лечения является примерным и может быть изменен Сторонами в процессе оказания медицинских услуг путем составления нового плана лечения, или внесения изменения в настоящий План лечения.

План составил:

Врач

_____ / _____ /

С настоящим планом ознакомлен и согласен:

Пациент/законный представитель

_____ / _____ /

**Приложение № 5 к
Договор об оказании платных
медицинских услуг**

_____ (наименование медицинской организации)

адрес: _____

от _____

(Ф.И.О. пациента/законного представителя)

паспорт: серия _____ № _____,

выдан _____

_____ «____» _____ Г.,

адрес: _____,

телефон: _____

Заявление

о согласии на получение дополнительных
платных медицинских услуг

Я, _____, пациент ООО ЦМРМ «Петровские Ворота», карта пациента № _____, в рамках Договора об оказании платных медицинских услуг № _____ от «____» _____ г. заявляю о согласии на получение и оплату дополнительных платных медицинских услуг в ООО ЦМРМ «Петровские Ворота» а именно:

(указать вид(ы) медицинских услуг)

при этом:

1. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
2. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.

3. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды дополнительных платных медицинских услуг, которые я хочу получить в _____ и согласен(на) оплатить лечение: _____.
4. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(на) оплатить стоимость указанной(ых) медицинской(их) услуги в соответствии с ним.
5. Виды выбранных мною дополнительных платных медицинских услуг согласованы с врачом, и я даю свое согласие на их оплату в кассе (по безналичному перечислению) _____ в сумме _____ (_____) рублей.
6. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания я могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в _____.
7. Я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов дополнительных медицинских услуг и даю согласие на их применение.

« ____ » _____ Г.

(подпись)

**Приложение № 6 к
Договор об оказании оказание платных
медицинских услуг**

(наименование медицинской организации)
адрес: _____
от _____
(Ф.И.О. пациента/законного представителя)
паспорт: серия _____ № _____,
выдан _____
_____ « ____ » _____ Г.,
адрес: _____,
телефон: _____

Заявление о предоставлении медицинской информации о состоянии здоровья

Я, _____, пациент ООО ЦМРМ «Петровские Ворота», карта пациента № _____, на основании п. 3.6.3 Договора об оказании платных медицинских услуг № _____ от «___» _____ г. прошу предоставить копии документов, содержащих информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи, в течение 3 (Трех) рабочих дней с момента получения настоящего заявления сотрудником ООО ЦМРМ «Петровские Ворота».

«___» _____ 20__ г.

_____/_____/

подпись