

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.

(подпись, Ф.И.О. потребителя (законного представителя))

Договор № _____ на предоставление платных медицинских услуг

г. Краснодар

« ____ » _____ 2024 г.

ООО «БИОКОД МЕД» (<https://genmolodosti.ru/>) в лице Генерального директора Манатовой Айнагуль Хазбатыровны, действующей на основании Устава, имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности № Л041-01126-23/00323669 от 01.07.2021 г. выданную Министерством здравоохранения Краснодарского края, действующую бессрочно (при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; сестринскому делу в косметологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); косметологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; ультразвуковой диагностике; гастроэнтерологии; диетологии; неврологии; эндокринологии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии), именуемый в дальнейшем «Исполнитель» с одной стороны, и

именуемый в дальнейшем «Заказчик», и пациент (законный представитель)

именуемый 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, предусмотренных 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 указывает в Дополнительных соглашениях к договору, которые становятся неотъемлемой частью Договора с момента его подписания.

1.3 Заказчик и (или) Потребитель (законный представитель) ознакомлен(ы) и согласен(ы) с Правилами поведения пациента в медицинской организации, Положением о платных медицинских услугах и Прейскурантом Исполнителя.

(подпись) (Ф.И.О. заказчика/законного представителя)

(подпись) (Ф.И.О. потребителя)

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 подписания и оплаты Договора выполнение недостающих услуг производится 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. Оказывать медицинские услуги в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ.

2.1.4. Оказать экстренную медицинскую помощь без взимания платы в соответствии с ФЗ №323 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" 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.

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 целях исполнения договора производить обработку общих и специальных категорий персональных данных Потребителя (Законного представителя), в том числе автоматизированную, в составе, предусмотренном статьей 94 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.2.4. В целях внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, проводить фотографирование Потребителя в области выполнения медицинского вмешательства.

2.2.5. В целях противодействия терроризму установить на территории Исполнителя видеонаблюдение, в том числе в холле и в кабинетах медицинской организации.

2.2.6. 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 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

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 Дополнительном соглашении 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 стенде Исполнителя.

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

3.4. Возможность осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, указываются в Дополнительном соглашении 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 Дополнительном соглашении к Договору.

4.2. Потребитель (Заказчик) обязан оплатить предоставленные Исполнителем услуги в день их оказания до или непосредственно после их осуществления одним из следующих способов: наличными денежными средствами в кассу, безналичным перечислением денежных средств на расчетный счет, с использованием платежного терминала Исполнителя и банковских карт. С согласия Потребителя (Заказчика) медицинские услуги могут быть оплачены в полном размере предоплатой или частично путем внесения аванса.

4.3. В случае если необходимость оказания дополнительных медицинских услуг, после оплаты авансовой стоимости по желанию Потребителя (Заказчика), возникла на приеме (в процессе обследования; выявления факторов, требующих дополнительного лечебно-диагностического обследования ввиду малой предсказуемости определения всего объёма услуг) и Потребитель (Заказчик) выразил свое согласие на оказание ему дополнительных медицинских услуг - оплата производится в кассе Исполнителя непосредственно в день их оказания.

4.4. При неоплате Потребителем (Заказчиком) стоимости оказанных медицинских услуг без предварительного письменного согласования в дополнительном соглашении к договору рассрочки оплаты с Исполнителем, за каждый день просрочки со дня фактического оказания Исполнителем медицинских услуг, Потребитель (Заказчик) оплачивает пени в размере 0,1% 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 (законному представителю) выдаются медицинские документы, отражающие 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. 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 пациентом (Потребителем) и медицинской организацией (Исполнителем) по поводу оказания медицинских услуг по настоящему Договору, может быть разрешен путем переговоров, процедуры медиации в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Данное положение не лишает Стороны настоящего Договора права на непосредственное обращение в суд, как минуя процедуры альтернативного разрешения споров, так и вследствие недостижения в ходе их проведения обоюдного согласия.

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. Настоящий договор признается заключенным с момента его подписания сторонами и прекращается по истечении 12 месяцев с даты его заключения, но не ранее полного исполнения сторонами принятых на себя обязательств. Если за 10 календарных дней до истечения срока действия договора ни одна из сторон не заявит о его прекращении, договор считается продленным на тот же срок и на тех же условиях.

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

9.3. 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 использование факсимильного воспроизведения подписи с помощью средств механического или иного копирования либо иного аналога собственноручной подписи.

7. Подписи и реквизиты сторон

Исполнитель: ООО «БИОКОД МЕД» Юридический адрес: 350000, Краснодарский край, г.о. город Краснодар, г. Краснодар, ул. Мира, д. 59, помещ. 2	Заказчик (Законный представитель): Ф.И.О. _____ Адрес: _____ Дата рождения: _____ Место рождения: _____ Паспорт: серия: _____, номер: _____ Кем и когда выдан: _____
---	--

Фактический адрес: 350063, Краснодарский край, г. Краснодар, Западный внутригородской округ, ул. Кубанская, д. 33.

ИНН/КПП: 2309175433/231001001

ОГРН 1202300069014

ОКПО: 44225852

Банковские реквизиты:

Банк: ПАО Сбербанк

Р/с: 40702810330000031176

Кор/счет: 30101810100000000602

БИК: 040349602

e-mail: genclinica@mail.ru

Телефон: +7(938) 533-73-33

Генеральный директор _____

Манатова А.Х.

М.П.

Контактный телефон: _____

(подпись, Ф.И.О.)

Потребитель:

Ф.И.О. _____

Адрес: _____

Дата рождения: _____

Место рождения: _____

Паспорт: серия: _____, **номер:** _____

Кем и когда выдан: _____

Контактный телефон: _____

(подпись, Ф.И.О.)