

# ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ УСЛУГ № 9810/2019

г. Москва

11.01.19

**Фамилия Имя Отчество**, именуемый в дальнейшем «**Потребитель (Заказчик)**», с одной стороны, и **Общество с ограниченной ответственностью «Русавиамед»**, Лицензия на осуществление медицинской деятельности № № ЛО-77-01-003040 от 18.10.2010г., выдана бессрочно Министерством здравоохранения г. Москвы (адрес Департамента здравоохранения: 127006, г. Москва, Оружейный переулок, д. 43, телефон: 8 (499) 251-83-00), ОГРН 1097746746976, дата внесения записи 24.06.2013 года, Свидетельство на бланке МП серия 77 № 015219576 выдано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 46 по г. Москве, в лице \_\_\_\_\_ \*\*\*, действующей на основании Доверенности от \_\_\_\_\_ \*\*\*, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», с другой стороны, при совместном упоминании «Стороны», а по отдельности – «Сторона», заключили настоящий договор о нижеследующем:

## 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

Потребитель (Заказчик) поручает, а Исполнитель выполняет на возмездной основе (за плату) медицинские и другие услуги (далее по тексту договора – платные услуги) согласно Перечню платных услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором.

## 2. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ

«Платные услуги» – медицинские и другие услуги, предоставляемые на возмездной основе (за плату) за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договора.

«Потребитель» - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее услуги лично в соответствии с договором.

«Заказчик» - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее услуги в пользу Потребителя на основании договора.

## 3. УСЛОВИЯ ДОГОВОРА

**3.1** До заключения договора Потребителю (Заказчику) предоставлена информация в письменной форме о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи - Информированное добровольное согласие пациента на предоставление медицинских услуг на платной основе (**Приложение №1**).

**3.2** При заключении договора Исполнитель ознакомил Потребителя (Заказчика) с Перечнем работ (услуг), отраженных в Лицензии на медицинскую деятельность<sup>1</sup>, Перечнем платных услуг, Прейскурантом Исполнителя с указанием стоимости услуг в рублях, Правилами внутреннего распорядка для пациентов и иной информацией, связанной с осуществлением медицинской деятельности, посредством размещения соответствующей информации на сайте медицинской организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и на информационных стойках (стендах) в помещениях медицинской организации ООО «Русавиамед», расположенной по адресу г. Москва, ул. Садовая-Самотечная дом 12 стр. 1.

**3.3** Предоставление платных услуг по настоящему договору осуществляется в порядке, определенном Положением об оказании платных услуг населению в ООО «Русавиамед», утвержденным приказом в медицинской организации.

**3.4** Необходимым предварительным условием, в соответствии со ст. 20 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ, является оформление Информированного добровольного согласия пациента (**Приложение №2**) на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, утвержденный приказом Минздрава России от 23 апреля 2012 г. № 390н, на которые граждане дают согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (далее по тексту договора – Перечень), на основании предоставленной медицинским работником Исполнителя в доступной форме полной информации о целях и методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных неблагоприятных последствиях и осложнениях, вариантах медицинского вмешательства, а также ожидаемых результатах оказания медицинской помощи согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1177н. На медицинские вмешательства, не включенные в утвержденный Перечень, при необходимости составляются иные формы документов (согласий), предусмотренные действующим на территории Российской Федерации законодательством в сфере здравоохранения на момент составления настоящего договора в рамках правового обеспечения лечебно-диагностического процесса при оказании медицинской помощи в медицинской организации.

**3.5** Исполнитель уведомил Потребителя (Заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, 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 (Потребителя услуг).

**3.6** Заключение договора между сторонами осуществляется на основании согласия субъекта персональных данных (законного представителя) на обработку его персональных данных с целью обеспечения защиты прав и свобод человека и гражданина при обработке его персональных данных, в том числе защиты прав на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну (**Приложение №3**), в соответствии со ст. 1, ст. 2, п.1 ст. 6 Федерального закона Российской Федерации от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных».

## 4. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

### 4.1 Потребитель (Заказчик) обязан:

- до производства услуг Исполнителем оплачивать их стоимость согласно Смете предоставления платных услуг, являющейся неотъемлемой частью договора.
- предоставить Исполнителю полную информацию и документы (копии документов), касающиеся состояния своего (Потребителя) здоровья, которыми он располагает на момент заключения настоящего договора и предоставить указанную информацию в течение действия договора;
- во время нахождения на территории Исполнителя выполнять Правила внутреннего распорядка для пациентов, установленные Исполнителем, если они не ограничивают его права по действующему законодательству;
- выполнять назначения специалистов (врачей) Исполнителя, за исключением случаев, указанных в п. 5.3.d настоящего договора;
- при первой возможности информировать (даже и по телефону) специалистов (врачей) Исполнителя о невыполнении им (Потребителем) предписанных назначений и причинах этого;
- в случае окончательного отказа Потребителя от медицинских услуг (части услуг) Исполнителя, уведомить последнего об этом в письменной форме или оформить соответствующий информированный добровольный отказ.

### 4.2 Исполнитель обязан:

- ознакомить Потребителя (Заказчика) с заверенной копией Лицензии на осуществление медицинской деятельности, или ее нотариальной копией;
- согласовать с Потребителем (Заказчиком) характер, объем, ориентировочные сроки и стоимость предстоящего обследования и лечения;
- предоставить Потребителю услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, качество которых соответствует стандартам оказания медицинской помощи, если они установлены для субъекта РФ, где оказываются услуги, с привлечением квалифицированных врачей и иного медицинского и обслуживающего персонала.
- в случае обнаружения заболеваний у Потребителя, о которых не было известно при подписании договора, предложить методы дальнейшей диагностики и лечения с учетом имеющихся противопоказаний;
- рекомендовать обратиться или направить Потребителя в другую медицинскую организацию, если Лицензия Исполнителя не позволяет ему осуществлять производство тех услуг, необходимость которых выявилась в процессе исполнения настоящего договора;
- поддерживать необходимый санитарно-гигиенический и противоэпидемический порядок на своей территории при оказании медицинских услуг;
- в своей деятельности по оказанию медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунологические препараты и медицинские изделия, разрешенные к применению в установленном действующим законодательством порядке.
- вести учет услуг, оказанных Потребителю, и предоставлять ему (и/или Заказчику) отчеты в течение трех дней после их истребования, а также перед окончательным расчетом по договору;
- вести и хранить медицинскую документацию и отчетность, касающуюся состояния здоровья Потребителя, в установленном законом и нормативными актами Министерства здравоохранения РФ порядке и сроки;
- обеспечить режим конфиденциальности при обращении Потребителя (Заказчика) за медицинскими услугами и состоянии его здоровья в соответствии с действующим законодательством РФ о защите персональных данных и врачебной тайне;
- в полном объеме информировать Потребителя, его поверенного или законного представителя, о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе - с учетом согласия Потребителя на получение данной информации и в соответствии с действующим законодательством; методах лечения, связанном с ними риске (по возможности – письменно и под расписку), возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;
- по требованию Потребителя (Заказчика) и в доступной для него форме предоставлять информацию об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

Исполнитель  
ООО «Русавиамед»

\*\*\*  
Фамилия Имя Отчество

Потребитель (Заказчик) \_\_\_\_\_  
Фамилия Имя Отчество  
ПОДПИСЬ

- m) в течение десяти календарных дней с момента требования предоставить Потребителю, его поверенному или законному представителю заверенные копии требуемых документов, касающихся состояния здоровья и исполнения настоящего договора;
- n) уважительно и гуманно относиться к Потребителю;
- o) обеспечить по требованию Потребителя (Заказчика) проведение консилиума в течение пяти дней с момента требования, если состояние здоровья Потребителя не нуждается в экстренном медицинском вмешательстве;
- p) допускать к Потребителю по его требованию, когда он находится на территории Исполнителя, родственников, адвоката, поверенного, законного представителя, священнослужителя и иных лиц, если Заказчик не запретил их доступ в письменной форме;

## 5. ПРАВА СТОРОН

### 5.1 Требование исполнения обязательств

Обязательства одной стороны дают другой стороне право требовать исполнения этих обязательств в полном объеме в соответствии с условиями настоящего договора и действующим законодательством. Если есть основания полагать, что обязательства не исполняются должным образом, то такое требование может быть заявлено стороной, считающей, что обязательства другой стороной нарушены, поначалу в устной форме. Если требование не удовлетворено в течение трех дней, оформить его в письменном виде и направить другой стороне. Если и это требование не удовлетворено в течение десяти календарных дней с момента его получения другой стороной, возникает конфликт, разрешаемый в соответствии с п. 8 настоящего договора.

### 5.2 Исполнитель вправе:

- a) в случае отказа Потребителя от услуг, которые могли бы, по мнению Исполнителя, уменьшить или снять опасность для его здоровья, получить от него соответствующую расписку об отказе от медицинского вмешательства;
- b) отказаться от дальнейшего предоставления услуг Потребителю (Заказчику) в случае повторных безосновательных отказов Потребителя от назначений специалистов (врачей) Исполнителя;
- c) в случае безосновательного отказа Потребителя от медицинских услуг и не выполнении им п. 4.1.f, зафиксировать подобный факт в медицинской карте в составе комиссии, состоящей, по крайней мере, из трех сотрудников Исполнителя во главе с должностным лицом Исполнителя, и сообщить о данном факте Потребителю (Заказчику).

### 5.3 Потребитель (Заказчик) вправе:

- a) назначить поверенного для представления своих интересов, выписав для этого надлежащим образом оформленную доверенность;
- b) досрочно расторгнуть настоящий договор, предупредив об этом Исполнителя не менее чем за две календарные недели до выхода из договора, осуществив при этом окончательный расчет за фактически оказанные услуги Исполнителя;
- c) потребовать дополнительных разъяснений в отношении состояния своего (Потребителя) здоровья, предложенных методов диагностики и лечения, если информация, предоставленная Потребителю ранее, оказалась ему не ясна;
- d) отказаться от выполнения медицинских назначений специалистов (врачей) Исполнителя, если обнаружит, что эти назначения ухудшают или могут ухудшить его (Потребителя) здоровье. В этом случае Потребитель (Заказчик) при первой возможности сообщает специалистам Исполнителя о своем отказе и его причинах, о чем Исполнитель вносит соответствующую запись в медицинскую документацию Потребителя и оформляется информированный добровольный отказ.
- e) отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения на условиях, описанных в п. 5.3.d, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 ст. 20 ФЗ от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

### 5.4 Изменение и/или дополнение услуг

- 5.4.1. Стороны вправе изменять набор и стоимость услуг, внося соответствующие изменения и дополнения в перечень платных услуг, предоставляемых в соответствии с договором.
- 5.4.2. Все изменения перечня платных услуг в рамках настоящего договора возможны только после согласования сторонами. В случае пересмотра видов платных услуг в процессе обследования и/или лечения составляется дополнительная Смета, включающая в себя изменения и дополнения. Доплата производится в порядке, оговоренном в п. 6.5 настоящего договора.
- 5.4.3. При изменении условий оказания медицинской помощи в рамках действующего договора, предусматривающие проведение обследования и/или лечения в условиях стационара, соответствующие изменения и дополнения подлежат письменному оформлению в виде дополнительных соглашений к настоящему договору, подписанных сторонами.
- 5.4.4. В случае изменения стоимости услуг в соответствии со ст. 33 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 N 2300-1 (ред. от 01.05.2017) "О защите прав потребителей" соблюдаются следующие условия:
  - a) Исполнитель не вправе требовать увеличения твердой сметы, а потребитель - ее уменьшения, в том числе в случае, когда в момент заключения договора исключалась возможность предусмотреть полный объем подлежащих выполнению работ (оказанию услуг) или необходимых для этого расходов.
  - b) Исполнитель имеет право требовать увеличения твердой сметы при существенном возрастании стоимости материалов и оборудования, предоставляемых исполнителем, а также оказываемых ему третьими лицами услуг, которое нельзя было предусмотреть при заключении настоящего договора. При отказе потребителя выполнить это требование исполнитель вправе расторгнуть договор в судебном порядке.
  - c) если возникла необходимость выполнения дополнительных работ (оказания дополнительных услуг) и по этой причине существенного превышения приблизительной сметы, исполнитель обязан своевременно предупредить об этом потребителя. Если потребитель не дал согласие на превышение приблизительной сметы, он вправе отказаться от исполнения договора. В этом случае исполнитель может требовать от потребителя уплаты цены за выполненную работу (оказанную услугу).
  - d) Исполнитель, своевременно не предупредивший потребителя о необходимости превышения приблизительной сметы, обязан исполнить договор, сохраняя право на оплату работы (услуги) в пределах приблизительной сметы.
- 5.4.5. В случае, если возникла необходимость в дополнительных работах, в т. ч. расширение объема оперативного вмешательства (хирургического лечения) или метода обезболивания, случившиеся по вине Исполнителя, дополнительная плата не взимается.

## 6. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

- 6.1 Стоимость оказываемых Исполнителем Потребителю (Заказчику) в рамках настоящего договора определяется согласно действующему на момент оказания услуг Прейскуранту на медицинские и другие услуги Исполнителя.
- 6.2 Стоимость оказанных услуг Потребителю (Заказчику) фиксируется в Смете услуг, предоставляемых в соответствии с договором, и формируется на календарную дату завершения оказания услуг по конкретному обращению. Сформированная смета фактически подтверждает оказанный объем услуг и их цену, подлежащую оплате Потребителем (Заказчиком) Исполнителем. Окончательная цена договора определяется как суммарная стоимость услуг, фактически оказанных Потребителю (Заказчику) в период действия настоящего договора с учетом всех обращений Потребителя в период действия настоящего договора, НДС не облагается согласно пп. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ.
- 6.3 Оказание услуг в рамках настоящего договора осуществляется на условиях 100% авансового платежа стоимости подлежащих оказанию услуг.
- 6.4 На момент заключения настоящего договора Потребитель (Заказчик) вправе оплатить Исполнителю аванс в счет возможных и подлежащих оказанию в будущем услуг, который подлежит зачету в оплату стоимости услуг при их оказании. В случае недостатка авансовых средств, для оплаты подлежащих оказанию услуг, Исполнитель до начала оказания услуг обязан осуществить требуемую доплату.
- 6.5 Цена договора оплачивается Потребителем (Заказчиком) в рублях, путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя или путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, указанный в п. 11 настоящего договора. При оплате по безналичному расчету Исполнителю предоставляется платежное поручение с отметкой банка об осуществлении платежа. Потребителю (Заказчику) выдается документ, подтверждающий оплату предоставленных услуг - контрольно-кассовый чек или иной документ установленного законодательством РФ образца.
- 6.6 При досрочном прекращении настоящего договора, возврат денежных средств Потребителю (Заказчику) осуществляется:
  - при поступлении средств на расчетный счет Исполнителя в безналичном порядке - на основании письменного требования Потребителя (Заказчика), в течение 15 (пятнадцати) календарных дней с даты получения требования Исполнителем;
  - при поступлении средств в кассу Исполнителя - на основании письменного требования Пациента, в течение 7 (семи) банковских дней с даты получения Исполнителем требования Потребителя (Заказчика).

## 7. СРОКИ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

- 7.1 Настоящий договор вступает в силу с момента оплаты Потребителем (Заказчиком) услуг Исполнителя согласно Перечню, предоставляемых в соответствии с договором, и действует в течение всего периода, необходимого для полного выполнения предоставляемых услуг до 31.12.2019г. Если не менее, чем за 7 (семь) дней до окончания действия договора, ни одна из сторон не высказал намерений о прекращении его действия, договор считается продленным на срок 1 (один) календарный год на тех же условиях.
- 7.2 Сроки, установленные законодательными и нормативными актами РФ, под которые подпадают условия настоящего договора, выполняются сторонами в соответствии с законодательством и нормативными актами РФ. Сроки, которые не регулируются действующим законодательством и нормативными актами РФ, но установлены настоящим договором, действуют в соответствии с настоящим договором.

## 8. КОНФЛИКТЫ

- 8.1 Если одна из сторон считает, что выполнила обязательства по договору, а другая не выполнила, и при этом соблюдены условия п. 5.1 настоящего договора, – возникает конфликт, разрешаемый в соответствии с настоящим разделом.
- 8.2 Отказ Потребителя от выполнения назначений специалистов (врачей) Исполнителя в соответствии с п. 5.3.d настоящего договора, если услуга Потребителем (Заказчиком) оплачена, а Исполнитель настаивает на продолжении выбранного медицинского вмешательства и не намерен возвращать уплаченные ему за услугу деньги, является конфликтом.
- 8.3 Ситуация, при которой Потребитель (Заказчик) считает, что результат услуги не достигнут или его (Потребителя) здоровью в результате оказания услуги причинен вред, а Исполнитель не согласен с мнением Потребителя (Заказчика), является конфликтом.
- 8.4 Все споры, конфликты, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться совместно путем переговоров. При не урегулировании в процессе переговоров спорных вопросов, споры подлежат рассмотрению в Тверском районном суде города Москвы.
- 8.5 Если Исполнитель направил Потребителя в другую медицинскую организацию в соответствии с п.4.2.e настоящего договора, он несет ответственность перед Потребителем (Заказчиком) только как организатор медицинской помощи, а не за ее результат.

## 9. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 9.1 За неисполнение или ненадлежащее исполнение принятых на себя обязательств стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.
- 9.2 Стороны несут ответственность за предоставление друг другу достоверной информации в рамках и для исполнения настоящего договора.
- 9.3 Исполнитель освобождается от ответственности за снижение качества предоставляемой платной медицинской услуги, невозможности ее завершения в срок, ухудшение состояния здоровья Потребителя, при несоблюдении Потребителем рекомендаций медицинских работников, предоставляющих платную медицинскую услугу, в том числе назначенного лечебно-охранительного режима.
- 9.4 Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием непреодолимой силы (пожар, наводнение, землетрясение, иные явления природы), возникшей после заключения настоящего договора, а также обстоятельства, которые на современном уровне развития медицинской науки и практики не могут быть однозначно спрогнозированы, диагностированы и предотвращены, и (или) вследствие препятствия, находящегося вне контроля сторон.
- 9.5 При нарушении Потребителем (Заказчиком) сроков оплаты по договору Исполнитель не гарантирует своевременное оказание услуг согласно установленных договором сроков при заболеваниях и состояниях, при которых возможна отсрочка на определенное время не влечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью (ст. 32 ФЗ от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). В этом случае срок оказания услуг продлевается на срок задержки оплаты либо дополнительно согласовывается сторонами путем подписания Дополнительного соглашения.
- 9.6 При нарушении Пациентом (Заказчиком) сроков оплаты по окончательному расчету за оказанные Услуги Исполнитель вправе требовать уплаты пени в размере 0,1% от суммы просроченного платежа за каждый день просрочки до даты фактического погашения задолженности. Требование Исполнителя должно быть выражено в письменной форме и подлежит обязательному исполнению Пациентом (Заказчиком) в течение 7 (семи) календарных дней с момента получения.
- 9.7 Уплата штрафных санкций не освобождает стороны от исполнения принятых на себя обязательств.

## 10. ДРУГИЕ УСЛОВИЯ

- 10.1 Услуги по настоящему договору оказываются по адресу: 127051, г. Москва, ул. Садовая-Самотечная дом 12 стр. 1.
- 10.2 Заказчик не возражает против привлечения третьих лиц для оказания отдельных видов медицинских услуг.
- 10.3 Настоящий договор может быть изменен или дополнен только по обоюдному согласию Сторон, оформленному в письменном виде. Все дополнения и изменения к настоящему договору являются неотъемлемой его частью.
- 10.4 Договор составлен в двух (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой Стороны, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Заказчика, третий - у Потребителя. В случае, если договор заключается Потребителем и Исполнителем, он составляется в 2 экземплярах.
- 10.5 Каждый экземпляр настоящего договора состоит из 6 машинописных страниц (включая приложения).
- 10.6 Неотъемлемые части договора:  
Информированное добровольное согласие пациента на предоставление медицинских услуг на платной основе (Приложение 1)  
Информированное добровольное согласие пациента на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень (Приложение 2)  
Согласие субъекта на обработку персональных данных (Приложение 3)  
Смета предоставления платных услуг в соответствии с договором

## 11. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:	Заказчик
<b>Общество с ограниченной ответственностью «Русвиамед»</b>	<b>Фамилия Имя Отчество</b>
<b>Юридический адрес:</b> 127051, г. Москва, ул. Садовая-Самотечная, д. 12, корп. 1, цокольный этаж и антресоль цокольного этажа <b>Фактический адрес:</b> 127051, г. Москва, ул. Садовая-Самотечная, д. 12, корп. 1, цокольный этаж и антресоль цокольного этажа ИНН 7707715670 КПП 770701001 ОГРН 1097746746976 Банковские реквизиты: Московский банк Сбербанка России ОАО г. Москвы р/с 40702810838000067416 к/с 30101810400000000225 БИК 044525225  Телефон 8 (495) 694-52-50 E-mail: <a href="mailto:info@alliance-f.ru">info@alliance-f.ru</a>	Паспорт серия <b>xx xx № xxxxxx</b> , выдан <b>*** **</b> . Адрес регистрации по месту жительства: <b>*****</b> <b>ул. xxx д. х к. кв. xx</b> Адрес для почтовой корреспонденции (если не совпадает с адресом регистрации по месту жительства): _____ _____ _____ Телефон + 7 (xxx) xxx-xx-xx E-mail: <b>****</b>  <b>Фамилия Имя Отчество</b> _____ Фамилия, Имя, Отчество <b>ПОДПИСЬ</b> _____ подпись
*** подпись	Фамилия Имя Отчество

<sup>1</sup> При осуществлении доврачебной медицинской помощи по: акушерскому делу, анестезиологии и реаниматологии, медицинской статистике, медицинскому массажу, операционному делу, организации сестринского дела, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, физиотерапии, функциональной диагностике. При осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе: а) при осуществлении первичной медико-санитарной помощи по: анестезиологии и реаниматологии, восстановительной медицине, кардиологии, контролю качества медицинской помощи, общественному здоровью и организации здравоохранения, педиатрии, терапии, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, ультразвуковой диагностике, экспертизе временной нетрудоспособности, эндокринологии, эндоскопии; б) при осуществлении медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов по: акушерству и гинекологии, неонатологии, экспертизе временной нетрудоспособности; в) при осуществлении специализированной медицинской помощи по: акушерству и гинекологии, анестезиологии и реаниматологии, восстановительной медицине, генетике, дерматовенерологии, забору, хранению донорской спермы, кардиологии; контролю качества медицинской помощи, косметологии (терапевтической), косметологии (хирургической), мануальной терапии, неврологии, общественному здоровью и организации здравоохранения, онкологии, педиатрии, применению методов традиционной медицины, рефлексотерапии, терапии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, челюстно-лицевой хирургии, экспертизе временной нетрудоспособности, эндокринологии, эндоскопии.



## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НА ПЛАТНОЙ ОСНОВЕ

На основании ст. 19 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ и в соответствии с требованиями «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006,

Я, **Фамилия Имя Отчество**, дата рождения \*\*\*\*, в рамках Договора № 9810/2019 от 11.01.2019 г., желаю получить платные медицинские услуги в **медицинской организации ООО «Русавиамед»** (далее — ООО «Русавиамед»), по адресу: г. Москва, ул. Садовая-Самотечная д. 12 стр.1, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я ознакомился(-ась) с «Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи в г. Москве», об условиях и сроках получения бесплатной медицинской помощи информирован(а). Мне разъяснен порядок оказания бесплатной медицинской помощи. Я ознакомлен с тем, что могу получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях на других условиях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги именно в данной медицинской организации. Получив от сотрудников ООО «Русавиамед» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и одновременно несколько видов медицинских услуг.

3. Решение об отказе получения медицинской услуги (одной или нескольких) и лечение моего заболевания в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи принято в связи с тем, что услуги оказываются на иных условиях, чем предусмотрено программами получения бесплатной медицинской помощи, в том числе:

- размещение в палате повышенной комфортности, другие бытовые и сервисные услуги, предоставляемые дополнительно при оказании медицинской помощи;
- применение лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения;
- применение медицинских изделий, не предусмотренных стандартами медицинской помощи;
- сверх медицинских стандартов, утвержденных для моего заболевания, или отсутствия медицинских показаний;
- при добровольном обращении за получением платных медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных ст. 11 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

4. Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, медицинская организация не несет ответственности за их возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения качественной медицинской услуги и достижения желаемых результатов лечения я должен (-на) исполнять все указания, назначения и рекомендации врачей ООО «Русавиамед», несоблюдение которых могут снизить качество предоставляемой на платной основе медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

6. Я ознакомлен(а) с Перечнем оказываемых в ООО «Русавиамед» медицинских услуг и действующим Прейскурантом цен, в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях и методах оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинского вмешательства, их последствия, в том числе вероятности развития осложнений, а также о предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

7. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

8. Я подтверждаю, что ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг, согласен(-а) на их применение и оплату стоимости в соответствии с Прейскурантом цен.

*Фамилия Имя Отчество*

Пациент \_\_\_\_\_

Фамилия Имя Отчество

**подпись**

Дата 11.01.2019 г.

Подпись \_\_\_\_\_

**ИНФОРМИРОВАННОЕ  
ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА**  
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 в ООО «Русавиамед»

Я, **Фамилия Имя Отчество**, **xx.xx.xxxx** года рождения,  
Фамилия Имя Отчество  
проживающий (-ая) по адресу: **\*\*\*\*\*** ул. **xxx** д. **x** к. **кв. xx**

**Этот раздел бланка заполняется только законным представителем недееспособных граждан:**

Я, \_\_\_\_\_ Паспорт: \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_

являюсь законным представителем (мать, отец, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

\_\_\_\_\_  
Фамилия, Имя, Отчество недееспособного гражданина -полностью, дата рождения

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 года № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 года № 24082):

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбора анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпации, перкуссии, аускультации, риноскопии, фарингоскопии, не прямой ларингоскопии, вагинального исследования (для женщин), ректального исследования.
3. Антропометрического исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органов зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органов слуха и слуховых функций.
8. Исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Лучевые методы обследования, в том числе ультразвуковые и доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
Должность, Фамилия, Инициалы медицинского работника

**в доступной для меня форме** мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними прогнозируемые риски, 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 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011 год, № 48, ст. 6724, 2012, № 26, ст. 3442, 3446.)

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья.

*Фамилия Имя Отчество (жена, сестра и т.д.)*

1. \_\_\_\_\_

*Фамилия Имя Отчество (сын, брат, друг и т.д.) или никому*

2. \_\_\_\_\_

**Удостоверяю, что текст настоящего добровольного согласия мной лично прочитан, я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна)** со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, понятно назначение информированного согласия пациента на медицинское вмешательство и добровольно подтверждаю свое согласие на обследование и лечение в предложенном мне объеме в медицинской организации **ООО «Русавиамед»**

*Фамилия Имя Отчество*

Пациент \_\_\_\_\_  
Фамилия Имя Отчество

Дата 11.01.2019 г. \_\_\_\_\_ **ПОДПИСЬ**

XXXXXX

Врач \_\_\_\_\_  
Должность, Фамилия, Инициалы медицинского работника

XXXXXX

Дата: 11.01.2019 г. \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

## СОГЛАСИЕ СУБЪЕКТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ) НА ОБРАБОТКУ ЕГО ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

**Ф.И.О. субъекта персональных данных:** Фамилия Имя Отчество

Адрес регистрации: \*\*\*\*\* ул. xxx д. x к. кв. xx

Документ, удостоверяющий личность: паспорт серия xx xx № xxxxxx,

Орган, выдавший документ: \*\*\* \*\*

**Ф.И.О. законного представителя субъекта персональных данных:** .....

Адрес регистрации: .....

Документ, удостоверяющий личность: .....

Серия, номер и дата выдачи: .....

Орган, выдавший документ: .....

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и ст. 13 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» подтверждаю свое согласие на обработку **медицинской организацией ООО «Русавиамед»** (именуемый далее Оператор), моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты медицинского страхового полиса, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

**Я подтверждаю, что даю такое согласие, действуя по своей воли и в своем интересе.**

В процессе оказания Оператором медицинских услуг, я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, а также получать (включая получение от меня и/или от любых третьих лиц, с учетом требований действующего законодательства Российской Федерации) в медицинских и иных учреждениях, в которые я обращался (-лась), состоял (а) на учете или проходил (а) обследование и/или лечение, документы и сведения, в том числе выписки из медицинских документов и копии, оформленные в установленном порядке, медицинские документы (истории болезни, амбулаторные карты и т. п.), а также всю необходимую информацию касательно состояния моего здоровья, результатов всех проведенных анализов и обследований, течения заболеваний (в случае если они диагностировались), операционных вмешательств и иных сведений, составляющих врачебную тайну - другим должностным лицам Оператора и должностным лицам страховой компании, указанной в медицинском страховом полисе (при условии получения медицинских услуг по полису медицинского страхования), в интересах обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией с использованием цифровых носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения медицинских документов и составляет пять лет.

Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

**Настоящее согласие дано 11.01.2019 и действует бессрочно.**

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.

Контактный телефон + 7 (xxx) xxx-xx-xx      Дополнительный телефон +7 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Почтовый адрес Адрес для корреспонденции (если не совпадает с адресом регистрации по месту жительства)

Субъект персональных данных Фамилия Имя Отчество

Дата 11.01.2019 г.      Подпись Фамилия Имя Отчество

Дата 11.01.2019 г.      Подпись ПОДПИСЬ

**Alliance Francaise**  
**ООО "Русавиамед"**

Смета предоставления платных услуг от 11.01.19

**ВРАЧ:** XXXXX

**ПАЦИЕНТ:** **Фамилия Имя Отчество** № карты: 9810/2019

	Цена	Кол-во	Сумма руб	% скидки
Консультация профессора /Professor Consultation	5000.00	1	5000.00	

**СУММА** 5000.00 руб

Оплата приема (нал) 5000.00 руб

**Итого оплачено: 5000.00 руб**

**Кассир** \*\*\*

/Фамилия Имя  
Отчество/

**Пациент: ПОДПИСЬ**

**Фамилия Имя Отчество**