**Договор на оказание платных медицинских услуг №**

|  |  |
| --- | --- |
| **Мичуринск** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**ООО "Ваш Доктор"**в лице регистратора медицинских услуг **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, действующего(-ей) на основании **доверенности №** и **Лицензии №** **ЛО-68-01-001261** от **03.10.2019** (выдана **Управление здравоохранения Тамбовской области**, **улица Советская, дом 106/улица М.Горького, дом 5, г. Тамбов, 392000, тел.: (475)279-25-12, e-mail: post@zdrav.tambov.gov.ru**), именуемое в дальнейшем "Исполнитель", с одной стороны, и **Минакова Татьяна Викторовна**, **адрес:** **Тамбовская область, городской округ Мичуринск, Мичуринск, улица Филиппова**, **телефон: (905)122-10-80**, именуемый(-ая) в дальнейшем «Потребитель», а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. По настоящему договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя, обязуется оказать ему медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, а Потребитель обязуется оплатить медицинскую услугу в соответствии с условиями настоящего договора и действующим на момент оказания услуг прейскурантом цен "Исполнителя".

1.2.В перечень Медицинских услуг, оказываемых Пациенту по Договору, входят медицинские услуги в соответствии с медицинской лицензией.   
1.3. 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, такие медицинские услуги оказываются в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

1.4. Исполнитель после оказания медицинской услуги выдает Потребителю (законному представителю потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья, результаты исследований при предъявлении Счета или документа, удостоверяющего личность. При наличии письменного согласия Потребителя возможно предоставление результатов исследований по электронной почте, кроме результатов ВИЧ) или доверенному лицу.

1.5. Оказание медицинских услуг производится по адресу Исполнителя, в дни и часы, установленные Исполнителем. Сроки оказания медицинских услуг: с даты подписания настоящего договора в течении одного календарного года.

**2. Права и обязанности сторон**

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых платных медицинских услуг, качество которых должно соответствовать требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

2.1.2. Оказывать медицинские услуги в полном объеме в соответствии с настоящим договором после внесения Потребителем денежных средств в порядке, определенном разделом 3 настоящего договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату; с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.1.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя. Без согласия Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.4. По требованию Потребителя предоставить ему в доступной форме информацию о платных медицинских услугах.

2.1.5. Исполнитель предоставляет Потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- сведения о результатах обследования; 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.

2.1.6. Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления услуг по настоящему договору.

2.1.7. Вести всю необходимую медицинскую документацию в установленном действующим законодательством порядке.

2.1.8. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, а также денежных средств, поступивших от Потребителя.

2.1.9. Немедленно извещать Потребителя о невозможности оказания необходимых медицинских услуг по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг.

2.2. Исполнитель вправе:

2.2.1. Отказаться от исполнения настоящего договора в случае невыполнения Потребителем рекомендаций медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу. Отказать в оказании медицинской услуги в случае, если Потребитель находится в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, допускает грубые выражения или действия по отношению к персоналу либо посетителям.

2.2.2. При выявлении противопоказаний к оказываемым услугам отказать Потребителю в оказании услуг.

2.2.3. Исполнитель вправе увеличивать срок исполнения услуги, если это обусловлено сомнительным результатом или необходимостью подтверждения результата в специализированном учреждении здравоохранения, о чем обязан поставить в известность Потребителя.

2.2.4. Исполнитель вправе привлекать третьих лиц к исполнению своих обязанностей по настоящему Договору, оставаясь при этом ответственным за действия указанных лиц перед Потребителем, как за свои собственные.

2.3. Потребитель обязуется:

2.3.1. Оплатить стоимость предоставленных Исполнителем медицинских услуг, в сроки и в порядке, которые определены настоящим договором.

2.3.2. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход оказания услуги.

2.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору.

2.3.4. Выполнять все медицинские рекомендации Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу).

2.3.5. Потребитель обязан соблюсти все правила подготовки к лабораторным исследованиям, правила сбора биоматериала и при необходимости его транспортировки. Исполнитель не несет ответственности за результаты исследований в случае сдачи биоматериала Потребителем с нарушением указанных правил. Указанные правила доступны для ознакомления Потребителя на сайте Исполнителя: www.vashdoctor68.ru, а также в медицинском офисе Исполнителя.

2.3.6. В случае если биоматериал доставляется Потребителем самостоятельно, он обязан предоставлять его в контейнерах, выданных предварительно Исполнителем. Исполнитель вправе отказать Потребителю в приеме биоматериала в таре, не соответствующей его требованиям.

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. Получать информацию об Исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах.

2.4.2. Отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

**3. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов**

3.1. Медицинские услуги оплачиваются по стоимости, установленной Прейскурантом Исполнителя, действующим на дату оказания соответствующих Медицинских услуг. 3.1.1. Стоимость медицинских услуг определяется Сторонами в соответствии с Прейскурантом Исполнителя, действующим на дату оказания медицинской услуги.

3.2. Оплата медицинских услуг Потребителем производится авансом в полном объеме, до фактического получения Медицинских услуг. Оплата медицинских услуг осуществляется в рублях РФ и может производиться следующими способами: безналичным платежом путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя; наличными денежными средствами путем внесения в кассу Исполнителя; через платежные терминалы, установленные у Исполнителя.

3.3. Потребителю в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности).

3.4. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится, либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе окажется невозможным с Потребителя удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Потребителем по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

3.5. В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Потребителя, в том числе при нарушении им медицинских предписаний, оплата медицинских услуг осуществляется в полном объеме.

**4. Ответственность сторон**

4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством РФ.

4.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном, либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье в соответствии с п.2.3.2 настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п. 2.3.4 и 3.5 настоящего договора.

4.4. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

**5. Конфиденциальность**

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

5.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при оказании медицинских услуг (врачебная тайна). Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Потребителя или его законного представителя допускается только в случаях, предусмотренных законодательством.

**6. Заключительные положения**

6.1. До заключения настоящего договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

6.2. Настоящий договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

6.3. 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.

6.4. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

6.5. Настоящий договор составлен в двух аутентичных экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

6.6. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

**7. Реквизиты и подписи сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:**  ООО "Ваш Доктор"  Адрес: 393760 Тамбовская область,г.Мичуринск ул.Филиппова 45А,ул.Гагарина 15  ИНН/КПП 6827025330 / 682701001, ОГРН  р/с: 407-02-810-5-6100-0000913 в ТАМБОВСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ №8594 ПАО СБЕРБАНК к/с: 301-01-810-8-0000-0000649 БИК 046850649  Ржевцева Елена Ивановна /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | **Потребитель:**  Минакова Татьяна Викторовна  Паспорт: серия 6802 номер 623148, выдан МИЧУРИНСКИЙ ГУВД ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ, дата выдачи 15.08.2002, код подразделения 682-009  Адрес: Тамбовская область, городской округ Мичуринск, Мичуринск, улица Филиппова Телефон: (905)122-10-80  Минакова Татьяна Викторовна /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

**Я,** **ФИО,** **проживающий(-ая) по адресу:** **паспорт № \*\*\*\*,** **выданный \*\*\*\*\*\***, **дата выдачи: \*\*\*\*\*\*, код подразделения: 682-009**, настоящим даю свое согласие на обработку в **ООО "Ваш Доктор" (Юридический адрес: 393760 Тамбовская область,г.Мичуринск ул.Филиппова 45А,ул.Гагарина 15)** моих персональных данных, к которым относятся: фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения; результаты выполненных медицинских исследований (анализов); другая информация, необходимая для правильного проведения и интерпретации результатов медицинских исследований (анализов).

Я даю согласие на использование моих персональных данных в целях выполнения обязательств по договору оказания платных медицинских услуг **№** **1209**.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам, обезличивание, блокирование, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными, предусмотренных действующим законодательством РФ.

**ООО "Ваш Доктор"** гарантирует, что обработка моих личных персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ.

Я проинформирован, что **«ООО "Ваш Доктор"** будет обрабатывать мои персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Даю свое согласие на получение уведомлений о новостях, проводимых акциях и специальных предложениях от **ООО "Ваш Доктор"**.

☐ по смс на номер **\*\*\*\*\***☐ по электронной почте **\*\*\*\*\*\***

Прошу сообщить результаты моих исследований (отметьте нужный вариант):

☐ по электронной почте **\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***; ☐ доверенному лицу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. доверенного лица и телефон)

☐ не отправлять по каналам связи (я получу результаты исследований в бумажном виде).

При передаче результатов исследований по открытым каналам связи (телефон, электронная почта, факс) ООО "Ваш Доктор" не несет ответственности в случае возможного нарушения конфиденциальности передаваемой информации. Я, принимая такое решение, понимаю риск возможного нарушения конфиденциальности передаваемой информации.

Данное Согласие дано на неопределенный срок. Согласие может быть прекращено по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

Дата: Подпись: /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

**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.**

**Я, ФИО, \*\*\*\*\* г. рождения, проживающий(-ая) по адресу: \*\*\*\*\*\*\*,** на основании ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" добровольно 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 РФ от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции РФ 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи в **ООО "Ваш Доктор".**

Сотрудником Исполнителя в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 ФЗ от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ ""Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"" (Собрание законодательства РФ, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Я предупрежден(а) о возможных побочных осложнениях, обусловленных биологическими особенностями организма, о последствиях и связанными с ними риском, включая не зависящие от соблюдения применяемой технологии (т.е. о непреднамеренном причинении вреда здоровью).

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения меня удовлетворяют, что подтверждаю своей подписью:

Дата: Подпись пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Сотрудник обособленного подразделения **ООО "Ваш Доктор"**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/