

До заключения договора Исполнитель в доступной форме уведомил Пациента о том, что несоблюдение всех назначений и рекомендаций Исполнителя, предписаний специалистов, включая соблюдение дат приемов, соблюдение режима распорядка дня, приема лекарств, соблюдение иных ограничений, а также несвоевременное уведомление Исполнителя об имеющихся заболеваниях, могут снизить качество услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента, а также уведомил о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий и территориальных программ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Исполнитель не является участником указанных Программ.

✓ ТЕСТ _____ (Подпись Пациента)

ДОГОВОР №
на оказание (предоставление) платных медицинских услуг

г.Раменское

Дата:

Общество с ограниченной ответственностью Центр Традиционной и Восточной Медицины «Пять Элементов», именуемое в дальнейшем «Исполнитель» или «Клиника», в лице директора Козко Н.Ю., действующего на основании Устава, с одной стороны, и

_____ ТЕСТ _____

(дата рождения пациента, адрес пациента, моб. телефон пациента, паспортные данные пациента, электронная почта), именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», получающий(ая) платные медицинские услуги лично в соответствии с Договором, при совместном упоминании именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Исполнитель обязуется предоставить Пациенту медицинскую помощь в форме платных услуг («Услуги»), а Пациент обязуется оплатить услуги в соответствии с настоящим Договором и Правилами предоставления платных медицинских услуг ООО ЦТ и ВМ «Пять Элементов» («Правила»), размещенными на сайте 50505.ru, в уголке потребителя и на стойке ресепшн Клиники. «Правила» являются неотъемлемой частью Договора, как если бы они были включены в его текст. Подписанием настоящего Договора Пациент подтверждает, что ознакомлен с «Правилами» и полностью и безусловно присоединяется к ним. Перечень и стоимость услуг указаны в Приложении № 2 к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору действительны только если они совершены в письменной форме и подписаны Сторонами.

2. Оказание услуг осуществляется в соответствии с режимом работы Клиники, по предварительной записи, по адресу 140103, г.Раменское, ул. Державская, д.26. Запись осуществляется на свободное время врача-специалиста в соответствии с расписанием приема пациентов в выбранное Пациентом время и даты приема.

3. Расчет за предоставляемые услуги проводятся Пациентом в полном объеме перед оказанием услуги. Оплата услуг производится путем перечисления суммы за предоставляемые услуги наличными или безналичными денежными средствами путем внесения их в кассу Исполнителя или путем перечисления их на расчетный счет. Датой платежа и моментом исполнения обязанности Пациента оплатить услуги считается дата поступления денежных средств на расчетный счет или в кассу Исполнителя. Исполнитель обязуется оказать предусмотренные настоящим договором медицинские услуги в течение месяца со дня заключения договора, если стороны не договорились об ином сроке.

4. Пациент уведомлен о том, что должен соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения Пациента в Клинике, а также о том, что без взимания дополнительной платы в установленные законодательством Российской Федерации сроки Исполнителем выдаются медицинские документы (в том числе копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Пациента 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.

5. Оказание дополнительных медицинских услуг, не включенных в предмет Договора, оформляется в виде дополнительного соглашения к Договору или нового Договора с указанием конкретных медицинских услуг и их стоимости. Без письменного согласия Потребителя ООО ЦТ и ВМ «Пять Элементов» не вправе оказывать дополнительные услуги на возмездной основе. Письменное согласие Потребителя может быть выражено в Информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство, подписанное Потребителем собственноручно, и Акте по выполненным работам (оказанным услугам).

6. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством РФ. Исполнитель не несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств, если при той степени заботливости и осмотрительности, которая требовалась по характеру выполнения действий, ожидаемый результат не был достигнут в силу того, что, несмотря на правильные действия, уровень медицинской помощи не гарантирует 100% результата. Исполнитель не несет ответственности за осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма Пациента, вероятность которых используемые знания и технологии не могут исключить.

7. Настоящий Договор вступает в силу с даты подписания его обеими Сторонами и действует до 1 года. Действие настоящего Договора автоматически пролонгируется неограниченное количество раз, на следующий календарный год при условии, что ни одна из Сторон не заявила письменно о его расторжении за один месяц до истечения его действия.

8. При одностороннем отказе одной из сторон от Договора Пациенту возвращается уплаченный аванс (предварительная оплата) в полном объеме или, если Исполнителем фактически понесены расходы либо часть услуг оказана Заказчику полностью, аванс (предварительная оплата) подлежит возврату за вычетом соответствующих сумм.

9. Стороны подтверждают, что при заключении Договора Пациенту предоставлена полная информация в доступной форме о тех услугах, которые будут предоставлены. Все понятия, используемые в Договоре, трактуются в соответствии с ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Во всем остальном Стороны руководствуются законодательством РФ.

10. Настоящий Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую силу. Согласно ст.160 ГК РФ при подписании Договора и приложений к нему Исполнитель может использовать факсимильное воспроизведение подписи.

11. Приложения, изложенные в настоящем пункте, являются неотъемлемой частью настоящего Договора: 1. «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство»; 2. «Перечень платных медицинских услуг»; 3. «Согласие пациента на передачу и обработку персональных данных»; 4. «Правила предоставления платных медицинских услуг ООО ЦТ и ВМ «Пять Элементов»».

12. Факт государственной регистрации в ЕГРЮЛ подтвержден свидетельством серия 50 № 009045975, выдано 05 мая 2007 года Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы №1 по Московской области ОГРН 1075040002399. Лицензии на осуществление медицинской деятельности Л041-01162-50/00365531, дата предоставления лицензии: 01.06.2011, выдана Министерством здравоохранения Московской области (143407, Московская область, г. Красногорск, бульвар Строителей, д. 1, +7 (498) 602-03-01). С содержанием лицензии можно ознакомиться в приложении договора.

8. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ООО ЦТ и ВМ "Пять Элементов"

Юридический адрес: 140103, МО, г.Раменское, ул.Державская, д.26

Фактический адрес: 140103, МО, г.Раменское, ул.Державская, д.26

Тел.: +7 496 46 50505 E-mail: med50505@yandex.ru

ОГРН: 1075040002399. ИНН 5040077087. КПП 504001001

р/сч: 40702810001950000618

ФИЛИАЛ «ЦЕНТРАЛЬНЫЙ» Банка ВТБ ПАО

к/сч: 30101810145250000411

Директор _____ Н.Ю. Козко

ПАЦИЕНТ:

Паспорт гражданина РФ, серия: , выдан: , отдел, № подр.

Адрес регистрации:

✓ ТЕСТ _____ /

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я,

В отношении _____ (ФИО пациента при подписании согласия законным представителем)
« ____ » _____ г. рождения, проживающего по адресу: _____

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, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г № 390н (далее – виды медицинских вмешательства, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Обществе с ограниченной ответственностью Центр Традиционной и Восточной Медицины «Пять Элементов» (ООО ЦТ и ВМ «ПЭ»), а именно: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, кардиотокография (для беременных); ультразвуковые исследования, доплерографические исследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно; медицинский массаж .

Медицинским работником (ФИО медицинского работника) _____ 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 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Отказ от медицинского вмешательства совершается в письменной форме.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти.

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

✓ _____
(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата:

Перечень платных медицинских услуг к приему

№ _____ от «____» _____ 20__ г.

Организация: ООО ЦТ и ВМ «Пять Элементов»

Врач:

Пациент:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги (работ)	Кол-во	Цена (рубли)	Сумма	Сроки оказания услуг	Скидка	Сумма со скидкой
1.								
2.								
3.								

Итого:

Принято по карте/наличный расчет:

Подписывая настоящее приложение, Пациент подтверждает, что:

-Ознакомлен и согласен с перечнем платных медицинских услуг, их количеством и стоимостью.

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

ООО ЦТ и ВМ «Пять Элементов»

Кассир

Пациент _____

ФИО

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПЕРЕДАЧУ И ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

г. Раменское

20-- г.

Я, _____ (контактная информация (номер телефона, адрес электронной почты или почтовый адрес субъекта персональных данных) свободно, своей волей и в своем интересе в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» принимаю решение о предоставлении Администратору ООО ЦТ и ВМ «Пять Элементов», 140103, г.Раменское, ул.Дергаевская, дом 26. Фактический адрес: 140103, Раменское, ул.Дергаевская д.26., ОГРН: 1075040002399. ИНН 5040077087. КПП 504001001. <https://50505.ru/> следующих моих персональных данных и даю согласие на их обработку:

- фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, адрес регистрации, контактный(е) телефоны, возраст;
- реквизиты паспорта или иного документа, удостоверяющего личность;
- место работы, занимаемая должность, данные о трудовой деятельности;
- семейное положение, состав семьи и данные о родственниках;
- специальную категорию персональных данных (данные о состоянии моего здоровья, диагнозе заболевания, о факте обращения за медицинской помощью, вероисповедании, философских убеждениях, интимной жизни);
- биометрические персональные данные (например, анализы ДНК, рост, вес, изображение человека (фотография и видеозапись)).

Цель обработки персональных данных: получение медицинских услуг, медицинская помощь.

Обработка персональных данных - 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 (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные в том числе посредством внесения их в медицинские карты, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных, внесения их в электронную базу данных.

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 (за исключением блокирования и хранения) в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи и обеспечить их.

Я устанавливаю (не устанавливаю) (нужное подчеркнуть) Администратору запрет на передачу (кроме предоставления доступа) своих персональных данных оператором неограниченному кругу лиц, а также на обработку или условия обработки (кроме получения доступа) этих персональных данных неограниченным кругом лиц.

В интересах моего обследования и лечения я предоставляю право работникам Оператора передавать мои персональные данные другим медицинским организациям в случае необходимости их привлечения для оказания отдельных видов медицинских услуг.

Срок действия согласия (хранения моих персональных данных) соответствует сроку действия Договора на оказание (предоставление) платных медицинских услуг.

Обмен персональными данными между сотрудниками Администратора осуществляется по внутренней сети, которая обеспечивает доступ к информации лишь для строго определенных сотрудников.

Я даю/не даю (нужное подчеркнуть) свое согласие на отправку информации о результатах медицинских анализов, сданных мной, лечащему врачу.

Ф.И.О. пациента:

Подпись пациента: _____ ✓