

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

дата

Я \_\_\_\_\_ г. рождения.

**Адрес регистрации:**

**Паспортные данные:**

**Адрес электронной почты:**

**Номер мобильного телефона:**

свободно, своей волей и в своем интересе в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие медицинской организации ООО ЦТиВМ «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/> (далее – Оператор), на обработку моих персональных данных, включающих:

фамилию, имя, отчество (последнее — при наличии), пол, дату рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, номера телефонов для связи, адрес электронной почты (при наличии), место жительства, место регистрации, дату регистрации, состав семьи и данные о родственниках, образование, занимаемая должность, место работы, страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), в том числе даю согласие на обработку специальной категории персональных данных: данных об оказании медицинских услуг, о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях и иная информация, полученная при моем обследовании и лечении в ООО ЦТиВМ «Пять Элементов»,

Указанные персональные данные предоставляю для обработки в следующих целях:

- в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну;
- осуществления передачи результатов медицинских исследований (лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований) на адрес электронной почты (e-mail), указанный мной в соответствующем запросе, при его подаче и наличии технологической возможности;
- для обеспечения сервиса напоминания о приеме Пациента у врача с помощью смс-сообщения, сообщений в мессенджерах, телефонных звонков или по электронной почте;
- Обработка данных о моем здоровье и биометрических данных может осуществляться в целях обеспечения безопасности сотрудников медицинской организации и моей безопасности; в целях рассмотрения конфликтов, стороной которых я являюсь; в целях проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи, оказываемой мне.
- реализации Оператором своих полномочий и выполнения своих обязанностей, обязательств и компетенций, определенных Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также иными законами и нормативными правовыми актами Российской Федерации и города Москвы и МО.

Предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными (лица, законным представителем которого я являюсь), в том числе в электронном виде, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения, а также другим медицинским организациям в случае необходимости их привлечения для оказания отдельных видов медицинских услуг.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну неавтоматизированным и автоматизированным способами, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки(реестры) и отчетные формы, предусмотренные нормативными правовыми актами, регламентирующими предоставление отчетных данных(документов)с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа;

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

Передавать сведения, составляющие врачебную тайну, следующими способами:

- лично
- заказным письмом
- по электронной почте

Мне разъяснено, что Медицинские организации не могут гарантировать и не гарантируют доставку электронных сообщений на указанный выше адрес электронной почты после их отправки Медицинскими организациями, и защищенность указанных сообщений от несанкционированного доступа третьих лиц. Медицинские организации не отвечают за последствия, обусловленные исполнением моей воли способом передачи сведений, составляющих врачебную тайну, по электронной почте.

Я согласен на получение от ООО ЦТиВМ «Пять Элементов», в лице: администраторов клиники, лечащего врача и иных уполномоченных сотрудников, электронных писем, СМС, телефонных звонков с целью информирования об оказываемых услугах, в том числе о подтверждении (отмене или изменении, напоминании) даты и времени записи на приём к врачу, о готовности результатов исследований.

Я согласен на получение от ООО ЦТиВМ «Пять Элементов», сообщений в рекламно-информационных целях об услугах(сервисах) Общества(персональных бонусах и подарочных скидках, уведомлениях о новых процедурах, специальных условиях и индивидуальных предложениях, сформированных с учётом интересов пациента, о направлении информации о специальных предложениях по процедурам и курсам, о закрытых мероприятиях для пациентов Клиники)

Информация может направляться посредством SMS сообщений, электронных писем, сообщений в мессенджерах, а также телефонных звонков. Я подтверждаю, что указанные в настоящем согласии сведения (в том числе номера мобильного телефона и адреса электронной почты) являются достоверными и принадлежат мне (используются мной).

Я подтверждаю, что ознакомлен со следующими своими правами: 1)на получение сведений об Операторе, о месте его нахождения, о наличии у Оператора персональных данных, относящихся к моим персональным данным, а также на ознакомление с такими персональными данными; 2)требовать от Оператора уточнения своих персональных данных, их блокирования или уничтожения в случае, если персональные данные являются неполными, устаревшими, неточными, незаконно полученными или не являются необходимыми для заявленной цели обработки, а также принимать предусмотренные законом меры по защите своих прав; 3)на получение при обращении к Оператору с запросом информации, касающейся обработки своих персональных данных.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Я уведомлен(а) о том, что я вправе в любое время отозвать свое согласие на обработку персональных данных (в том числе своего согласия о получении информации об услугах по e-mail, sms, телефону) путем подачи письменного заявления Оператору по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручить лично под подпись уполномоченному представителю Оператора.

В случае отзыва настоящего документа Оператор вправе продолжить обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных».

\_\_\_\_\_  
ФИО заявителя полностью

\_\_\_\_\_  
подпись заявителя

Клиника: \_\_\_\_\_

Пациент ✓ \_\_\_\_\_