

Договор предоставления платных медицинских услуг № _____

« ____ » _____ 20 ____ г.

Индивидуальный предприниматель Клиноква Ольга Сергеевна, действующий на основании Лиц. № ЛО-71-01-002272, именуемый в дальнейшем «Исполнитель», в лице Клинковой Ольги Сергеевны с одной стороны, и

ФИО Заказчика

Именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1 Заказчик поручает, а исполнитель обязуется оказать на возмездной основе медицинские услуги

ФИО Потребителя (заполняется в случае, если заказчик и потребитель не являются одним и тем же лицом)

Проживающему по адресу:

Телефон : _____, именуемому в дальнейшем «Потребитель», согласно нижеприведенному перечню платных медицинских услуг:

№	Наименование услуги	Кол-во	Цена за шт., руб.	Скидка по индивидуальной карте пациента в руб. или %	Цена со скидкой за шт., руб.
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					

1.2 Данный перечень услуг составлен согласно назначенному плану обследования и лечения в соответствии с причиной обращения, указанной в медицинской карте пациента, форма 025У (или 112У).

1.3. Услуги по договору осуществляются следующим медицинским работником:

Клиноква Ольга Сергеевна

Данные услуги могут быть/ не могут быть предоставлены без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2. Сроки и порядок оплаты:

Заказчик оплачивает услугу/услуги (нужное отметить):

по факту их оказания в день посещения , предварительно оплатив услуги (курса иное процедур),

3. Права и обязанности Заказчика/Потребителя

3.1. Заказчик имеет право получить в доступной форме информацию:

- о платных медицинских услугах, в том числе: порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг; информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации); информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; другие сведения относящиеся к предмету договора;
- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;
- 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.

3.2. Заказчик обязан оплатить медицинские услуги в размере и на условиях в соответствии с договором.

3.3. Заказчик обязан соблюдать указания (рекомендации) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенный режим лечения. Несоблюдение указанных рекомендаций может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

3.4. В случае отказа полностью или частично от медицинских услуг в соответствии с планом лечения, Заказчик/Потребитель обязан подписать отказ от медицинской услуги.

3.5. Заказчик обязан письменно подтвердить факт выполнения услуги/услуг по договору в день их выполнения и подписать акт выполненных работ по договору не позднее срока выполнения услуги/услуг.

4. Права и обязанности Исполнителя

4.1. Исполнитель обязан предупредить Заказчика о необходимости предоставления дополнительных медицинских услуг в случае, если это потребуется при предоставлении услуг по договору.

4.2. Исполнитель обязан без взимания платы предоставить дополнительные медицинские услуги по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний в случаях, если необходимость в таких дополнительных услугах возникла при предоставлении платных медицинских услуг по договору.

4.3. Исполнителем после исполнения договора выдаются Потребителю (законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

5. Конфиденциальность

5.1. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию: о факте обращения Заказчика\Потребителя за медицинской помощью, о состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иных сведениях, полученных при его обследовании и лечении.

5.2. С согласия Заказчика\Потребителя или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, указанным Заказчиком\Потребителем или его законным представителем.

5.3. Предоставление сведений составляющих врачебную тайну без согласия Заказчика\Потребителя или его законного представителя допускается в случаях, установленных статьей 61 Основного законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.

5.4. Заказчик\Потребитель дает согласие на обработку персональных данных Исполнителем в целях обеспечения специализированной медицинской помощи, контроля качества и безопасности оказания медицинской помощи в соответствии с нормативными требованиями Министерства Здравоохранения, в том числе хранение этих данных в клиентской базе и оповещения Заказчика\Потребителя посредством звонков, СМС, или e-mail-оповещения с информацией о предоставляемых платных медицинских услугах.

5.5. Заказчик\Потребитель даст свое согласие на фотографирование до и после процедуры с целью оценки результатов лечения.

5.6. Заказчик\Потребитель дает свое согласие на видеосъемку в помещениях Исполнителя в целях обеспечения контроля качества оказания услуг эстетической медицины.

6. Условия и сроки предоставления услуг

6.1. Услуги по настоящему договору оказываются с « ____ » _____ 20__ г. Услуги предоставляются по предварительной записи в часы работы Заказчика, в соответствии с графиком работы специалистов.

6.2. В случае изменения сроков выполнения услуг одной из сторон она обязана уведомить другую сторону не позднее, чем за один день до планируемой даты оказания услуги.

6.3. Адрес предоставления услуг: 300012, г. Тула, ул.Ф. Энгельса, 137

6.4. Платные медицинские услуги предоставляются в соответствии с «Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных Постановлением Правительства РФ от 4 октября 2012 г. № 1006 и с соблюдением «Порядка оказания медицинской помощи по профилю косметология», утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 381н от 18.04.2012 г.

6.5. При оказании медицинских услуг по договору Исполнитель ведет медицинскую документацию в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.12.2014 г. № 834н.

6.6. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо, по просьбе Заказчика, в виде осуществления отдельных консультаций и медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

7. Ответственность сторон

7.1. В случае неявки Заказчика в указанный срок предоставления услуг без уведомления, Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7.2. Стороны несут ответственность за не исполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7.3. Исполнитель не несет ответственности в случаях:

- возникновения осложнений по вине Заказчиком/Потребителем – невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших отклонениях и нарушениях в состоянии здоровья;

- прекращения лечения по инициативе Заказчиком/Потребителем.

7.4. В случае отказа Потребителя от получения медицинских услуг договор расторгается.

8. Рассмотрение споров и расторжение договора

8.1. Заказчик обязан, при наличии претензии к качеству и /или условиям предоставляемых медицинских услуг, в тот же день информировать о данном факте Исполнителя любым доступным способом и оформить письменную претензию не позднее 3 дней с момента уведомления Исполнителя.

8.2. Критерии качества оказания услуг определяются в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 203н от 10.05.2017 г.

8.3. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров он подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации в суде по месту нахождения Исполнителя.

9. Дополнительные условия

9.1. Исполнитель предоставляет медицинские услуги в соответствии с лицензией № ЛО-71-01-002272 на осуществление медицинской деятельности, выданной 11 августа 2020г. Министерством здравоохранения Тульской области, в том числе на следующие работы и услуги:

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

- при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: дерматовенерологии, косметологии, организации здравоохранения и общественному здоровью.

9.2. Государственный регистрационный номер (ОГРН) 3207115400012792 выдан 27 февраля 2020 г. Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 10 по Тульской области.

9.10. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя).

ИСПОНИТЕЛЬ

10. Реквизиты и подписи сторон

Юридический адрес:

301900 Тульская область, Тепло-Огаревский район, п. Теплое, ул. Механизаторов,25

Наименование:

Индивидуальный предприниматель Клиноква Ольга Сергеевна.

ОГРН:320715400012792

ОКПО:2001137842

ИНН:711305066204

Телефон: +7-999 -782- 40 -50

ЗАКАЗЧИК ФИЗИЧЕСКОЕ ЛИЦО

Ф.И.О. _____

ПАСПОРТ:

СЕРИЯ:_____ **НОМЕР**_____

КЕМ ВЫДАН: _____

КОГДА:_____

АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ:_____

ТЕЛЕФОН:_____

Исполнитель / _____ / / _____ / _____
ФИО *подпись* *дата*

Заказчик / _____ / / _____ / _____
ФИО *подпись* *дата*

**СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных**

Я, _____,
(Ф.И.О. субъекта персональных данных)

в соответствии с п.4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», зарегистрирован по адресу: _____

документ, удостоверяющий личность: _____

(наименование документа, серия, №, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

(Вариант: _____,
(Ф.И.О. представителя субъекта персональных данных)

зарегистрирован по адресу: _____

документ, удостоверяющий личность: _____

(наименование документа, серия, №, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

Доверенность от «__» _____ г. №__ (или реквизиты иного документа, подтверждающего полномочия представителя)

в целях заключения и исполнения договора на оказание медицинских услуг, стороной которого является субъект персональных данных, свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие ИП Клинкова Ольга Сергеевна, находящемуся по адресу: г.Тула, ул. Ф.Энгельса, д.137, на обработку (любое действие (операцию) 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), а также передачу в случае необходимости третьей стороне для осуществления вышеуказанных целей и осуществление ИП Клинкова Ольга Сергеевна иных действий с учетом действующего законодательства РФ в отношении следующих моих персональных данных:

- фамилия, имя, отчество (при наличии), дата и место рождения, гражданство;
 - адрес регистрации и фактическое проживание;
 - документ, удостоверяющий личность (серия, номер, кем и когда выдан, код подразделения и др.);
 - номер телефона;
 - идентификационный номер налогоплательщика,
- то есть на совершение действий, предусмотренных п.3 ст.3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

«__» _____ 20__ г.

Субъект персональных данных:

(подпись)

(Ф.И.О.)