

ООО «МЦ «Доктор Боголюбов», именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице Генерального директора Федотова И.А., действующего на основании Устава, с одной стороны, и \_\_\_\_\_, именуемый (ая) в дальнейшем «**Заказчик**», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

### 1. Предмет договора

1.1. По настоящему Договору «**Исполнитель**» обязуется оказать \_\_\_\_\_, ф.и.о.

именуемому (ой) в дальнейшем «**Потребитель**», на возмездной основе медицинские услуги по наименованию, стоимости и в сроки, указанные в Перечне медицинских услуг (Приложение № 1), а «**Заказчик**» обязуется оплатить медицинские услуги по цене, в сроки и на условиях, установленных настоящим Договором и приложениями к нему. В случае если «**Заказчик**» одновременно является «**Потребителем**», далее по тексту договора он именуется «**Потребитель**».

1.2. Медицинские услуги предоставляются в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, утвержденными в установленном порядке федеральными органами исполнительной власти.

1.3. Медицинские услуги предоставляются в следующих объемах:

- в полном объеме стандарта медицинской помощи;  
 - по просьбе **Потребителя (Заказчика)** в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

1.4. Целью оказания медицинских услуг является устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний, либо состояния пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни.

### 2. Условия и порядок оказания услуг

2.1. «**Исполнитель**» в соответствии с п. 1.1 настоящего договора оказывает медицинские услуги по настоящему договору в помещении «**Исполнителя**», расположенном по адресу:

- 143909, Московская область, г. Балашиха, ул. Твардовского, д. 38, пом. 004.

2.2. «**Исполнитель**» осуществляет свою деятельность на основании лицензии № ЛО-50-01-009148 от 26.10.2017, выданной Министерством здравоохранения Московской области, адрес: Московская область, г. Красногорск-7, бульвар Строителей, д. 1, тел. +7 (498) 602-03-03, на осуществление медицинской деятельности:

**по адресу: 143909, Московская область, г. Балашиха, ул. Твардовского, д. 38, пом. 004**, при осуществлении доврачебной медицинской помощи по: сестринскому делу. При осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе: б) при осуществлении медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов по: акушерству и гинекологии, экспертизе временной нетрудоспособности; в) при осуществлении специализированной медицинской помощи по: акушерству и гинекологии, гастроэнтерологии, кардиологии, неврологии, педиатрии, терапии, ультразвуковой диагностике, урологии, функциональной диагностике, экспертизе временной нетрудоспособности, эндокринологии.

### 3. Права и обязанности сторон

3.1. «**Исполнитель**» обязуется:

3.1.1. Обеспечить безопасность и качество оказываемых медицинских услуг, с учетом соблюдения требований, предъявляемых к методам диагностики, лечения и профилактики, использованию медицинских технологий, лекарственных препаратов, разрешенных к применению на территории Российской Федерации в установленном порядке.

3.1.2. Предоставить медицинские услуги при наличии информированного добровольного согласия **Потребителя (законного представителя потребителя)**, за исключением случаев, когда допускается отсутствие согласия на медицинское вмешательство в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3.1.3. Предоставлять медицинские услуги в соответствии с утвержденным режимом работы.

3.1.4. Предоставить **Потребителю (законному представителю потребителя)** в доступной для него форме информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанных с ними рисках, 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; о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации); информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; свободное ознакомление с медицинской документацией в соответствии с установленным порядком, а также другие сведения, относящиеся к предмету договора.

3.1.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, «**Исполнитель**» обязан предупредить об этом **Потребителя (Заказчика)**.

3.1.6. Без согласия **Потребителя (Заказчика)**, «**Исполнитель**» не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

3.1.7. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обостренных хроническими заболеваниями, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом № 323 - ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан РФ».

3.2. **Потребитель (Заказчик)** обязуется:

3.2.1. Информировать «**Исполнителя**» обо всех известных ему аллергических реакциях на лекарственные препараты, о перенесенных заболеваниях и возникших вследствие этого осложнениях, травмах, хронических заболеваниях, а также иную информацию, имеющую существенное значение для оказания медицинских услуг.

3.2.2. Выполнять указания (рекомендации) «**Исполнителя**».

3.2.3. Соблюдать Правила внутреннего распорядка ООО «МЦ «Доктор Боголюбов».

3.2.4. Информировать «**Исполнителя**» о необходимости отмены или изменения назначенного ему времени для получения медицинской услуги в случае невозможности явиться в назначенное время.

3.2.5. Ознакомиться с Прейскурантом цен на медицинские услуги, действующим на момент заключения договора, утвержденным «**Исполнителем**».

3.2.6. Соблюдать нормы Федерального закона от 23.02.2013 № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», которым предусмотрен запрет курения табака на территории и в помещениях, предназначенных для оказания медицинских услуг.

3.2.7. Бережно относиться к имуществу «**Исполнителя**».

3.2.8. Своевременно и в полном объеме оплачивать оказанные «**Исполнителем**» медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего договора и приложениями к нему.

3.3. «**Исполнитель**» вправе:

3.3.1. Получать от **Потребителя (Заказчика)** любую информацию, необходимую для оказания медицинских услуг.

3.3.2. Своевременно и в полном объеме получать оплату за медицинские услуги в порядке и на условиях настоящего договора.

3.3.3. Отказаться от предоставления медицинских услуг в следующих случаях:

- несоблюдение **Потребителем (законным представителем потребителя)** полученных рекомендаций и правил подготовки к оказанию медицинских услуг;

- неявка «**Потребителя**» в назначенное место и время для получения услуг.

3.4. **Потребитель (законный представитель потребителя)** вправе:

3.4.1. Получить полную и всестороннюю достоверную информацию о предоставляемых медицинских услугах, о порядке их предоставления.  
 3.4.2. Отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

#### 4. Порядок расчетов

4.1. Стоимость медицинских услуг определяется «Прейскурантом цен на медицинские услуги» (с указанием цен в рублях). «Исполнитель» при каждом обращении **Потребителя (Заказчика)** оформляет Перечень медицинских услуг (Приложение № 1), подлежащих оказанию «Потребителю». Наличие подписи **Потребителя (Заказчика)** обязательно.

4.2. **Потребитель (Заказчик)** обязан оплатить «Исполнителю» стоимость медицинских услуг до ее оказания посредством наличного или безналичного расчета в соответствии с законодательством Российской Федерации. **Потребителю (Заказчику)** в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату.

4.3. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета. Ее составление по требованию **Потребителя (Заказчика)** или «Исполнителя» является обязательным, при этом она является неотъемлемой частью договора.

#### 5. Срок действия договора.

##### Порядок изменения и расторжения договора

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания.

5.2. Все изменения и дополнения к настоящему Договору должны быть совершены в письменной форме.

5.3. Настоящий договор может быть изменен или расторгнут сторонами в период его действия на основании письменного соглашения. Обязательства сторон по настоящему договору считаются измененными или прекращенными с момента подписания соглашения об изменении или расторжении настоящего договора.

5.4. В случае отказа **Потребителя (Заказчика)** после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. «Исполнитель» информирует **Потребителя (Заказчика)** о расторжении договора по инициативе **Потребителя (Заказчика)**, при этом **Потребитель (Заказчик)** оплачивает «Исполнителю» фактически понесенные «Исполнителем» расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

5.5. Договор составляется в 3 экземплярах, один из которых находится у «Исполнителя», второй – у «Заказчика», третий – у «Потребителя». В случае если договор заключается «Потребителем» и «Исполнителем», он составляется в 2-х экземплярах.

#### 6. Ответственность сторон и порядок разрешения споров

6.1. Стороны отвечают за неисполнение или ненадлежащее исполнение взятых на себя обязательств в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему договору, если это неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

6.3. В случае нарушения сроков оплаты **Потребителем (Заказчиком)**, «Исполнитель» вправе взыскать неустойку с **Потребителя (Заказчика)** в размере 0,5 % от стоимости неоплаченной услуги за каждый день просрочки. Размер неустойки не может превышать стоимости оказанной неоплаченной **Потребителем (Заказчиком)** медицинской услуги.

6.4. Все споры и разногласия между сторонами решаются путем переговоров, в случае не достижения согласия - в соответствии с законодательством Российской Федерации.

#### 7. Конфиденциальность

7.1. Информация о факте обращения «Потребителя» за медицинской помощью, о состоянии здоровья «Потребителя» и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну.

7.2. Информация, содержащаяся в медицинских документах «Потребителя», может предоставляться «Исполнителем» без согласия «Потребителя» только в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7.3. **Потребитель (Заказчик)** дает согласие на обработку своих персональных данных в соответствии с Приложением № 2, или Приложением № 3 или Приложением № 4 настоящего договора.

7.4. **Потребитель (Заказчик)** в рамках настоящего договора дает свое согласие на получение смс уведомлений:

- о времени приема врача, к которому предварительно была произведена запись на прием;
- об изменении времени приема и т.п., за исключением информации, которая подпадает под действие Федерального закона от 13.03.2006 № 38-ФЗ «О рекламе».

#### 8. Заключительные положения

8.1. **Потребитель (Заказчик)** подтверждает, что на момент подписания настоящего договора «Исполнитель»:

- ознакомил его с действующим в ООО «МЦ «Доктор Боголюбов» «Прейскурантом цен на платные медицинские услуги»;
- ознакомил его с Правилами внутреннего распорядка ООО «МЦ «Доктор Боголюбов»;
- уведомил его о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- уведомил о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) «Исполнителя», 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 потребителя.

8.2. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписью и факсимиле подписи.

#### 9. Адреса и реквизиты сторон

Исполнитель	Потребитель	Заказчик (Законный представитель потребителя)
ООО «МЦ «Доктор Боголюбов»	Ф.И.О.:	
Юридический адрес: 143909, Московская область, г. Балашиха, ул. Звездная, д. 7, корп. 1 Свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 50 № 005216253 от 20.05.2003, ОГРН 1035000713440, выдано Инспекцией МНС России по г. Балашихе Московской области	Адрес места жительства: _____ _____ _____ _____ _____	Адрес места жительства: _____ _____ _____ _____ _____
Телефон: 8 (495) 745-65-03	Телефон:	Телефон:

\_\_\_\_\_/И.А. Федотов  
подпись  
м.п.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
подпись / ф.и.о.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
подпись / ф.и.о.

**СОГЛАСИЕ**  
Законного представителя потребителя (пациента) на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_,  
(ф.и.о. полностью)  
проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_,  
(место регистрации)  
паспорт серия и номер \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_,  
(название выдавшего органа)  
действующий(ая), как законный представитель в интересах потребителя (пациента) \_\_\_\_\_,  
ф.и.о.

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, даю свое согласие на обработку в ООО «МЦ «Доктор Боголюбов» (далее – Оператор) моих и потребителя (пациента), законным представителем, которого я являюсь персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса (ДМС), паспортные данные, данные о состоянии здоровья потребителя (пациента), его заболеваниях, а также случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

В соответствии с требованиями ст. 10 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку моих и потребителя (пациента), законным представителем которого я являюсь, персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи потребителю (пациенту), я, как законный представитель потребителя (пациента), предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные потребителя (пациента), содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах обследования и лечения потребителя (пациента).

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) персональных данных с использованием машинных 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 медицинской карты и составляет двадцать пять лет. По истечении указанного срока хранения персональных данных Оператор обязан уничтожить все персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации.

Передача моих и потребителя (пациента), законным представителем, которого я являюсь персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я согласен (а) со следующими действиями с моими и потребителя (пациента), законным представителем которого я являюсь, персональными данными:

1. Обработка персональных данных в защищенных в установленном порядке автоматизированных информационных системах;
2. Обработка персональных данных, защищенных в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично посредством составления письменного заявления, которое может быть направлено 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.

« » \_\_\_\_\_ 20 г. \_\_\_\_\_  
подпись Ф.И.О.

Согласие получено « » \_\_\_\_\_ 20 г.

Расписался в моем присутствии: \_\_\_\_\_ (должность, ФИО)

УВЕДОМЛЕНИЕ  
потребителя (законного представителя)  
«О последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций)  
медицинского учреждения»

Уважаемый(ая) ФИО \_\_\_\_\_

№ медицинской карты \_\_\_\_\_

В соответствии с п.15 «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 №1006, уведомляем вас, что несоблюдение указаний (рекомендаций) **«Исполнителя»** (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья **«Потребителя»**.

Главный врач

\_\_\_\_\_/Коробов Д.В.

подпись

С уведомлением ознакомлен (а).

Экземпляр до заключения договора на оказание платных медицинских услуг на руки получен.

\_\_\_\_\_

подпись

\_\_\_\_\_

Ф.И.О. потребителя (законного представителя)

Дата «    » \_\_\_\_\_ 20    г.

**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, \_\_\_\_\_

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

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

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 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), а именно:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование 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, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура,

для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «МЦ «Доктор Боголюбов».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. 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” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 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 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)

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

\_\_\_\_\_ (подпись)

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

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)

\* Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень, действительно в течение всего срока оказания первичной медико-санитарной помощи в выбранной медицинской организации.