

ЗАЯВЛЕНИЕ

1.1. Прошу заключить со мной договор на оказание платных медицинских услуг, предусмотренных в ООО «Диамед+» (наименование услуг указано в договоре). О продолжительности услуги я проинформирован(а) медицинским персоналом ООО «Диамед+», как и о том, что данная медицинская услуга может быть оказана бесплатно в объеме и порядке, определяемом полисом обязательного медицинского страхования, в медицинском учреждении по месту регистрации данного полиса в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий оказания населению Самарской области бесплатной медицинской помощи. Порядок и условия оказания платных медицинских услуг мне разъяснены и понятны.

Медицинское вмешательство при оказании платной медицинской услуги осуществляется по моему желанию по ценам, утвержденным в ООО «Диамед+». Я проинформирован(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников ООО «Диамед+», оказывающих платную медицинскую услугу, 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 моего здоровья.

Все дополнительные интересующие меня вопросы по оказанию медицинских услуг были разъяснены мне в устной форме.

1.2. Я, нижеподписавшийся, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 №152-ФЗ и ФЗ №323 от 21.11.2011г. «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан», подтверждаю своё согласие на обработку ООО «Диамед+» (далее- Оператор) моих персональных данных, включающих: Фамилию, имя, отчество; пол; дату рождения; адрес места жительства; контактные телефоны; реквизиты паспорта (документа удостоверения личности); реквизиты полиса добровольного медицинского страхования (ДМС); данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью 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. 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, так же сторонним организациям, привлекаемым Оператором для выполнения условий Договора о предоставлении платных медицинских услуг, в интересах моего обследования и лечения, проведения анализов и др. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки(реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации, а также договором на оказание медицинской помощи. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 25 лет. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие дано мной и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать своё 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: А) Прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи; Б) По истечении указанного выше срока моих персональных данных (25 лет) уничтожить (стереть) все мои персональные данные из базы данных автоматизированной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

Подпись _____

ДОГОВОР № _____ НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Кинель _____ «__» _____ 20__ г.
Общество с ограниченной ответственностью «Диамед+» (ОГРН1176313103086. Зарегистрировано 27.11.2017 в МИФНС №4 по Самарской области), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице администратора ООО «Диамед+» Орловцевой Е.А. (должность, ФИО лица, заключающего договор от имени Исполнителя), действующего на основании Устава (доверенности от 01.11.2018г. №1), и в соответствии с постановлением правительства РФ №1006 от 04.10.2012 г. «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями», руководствуясь ФЗ от 21.11.2011 №323 «Об основах охраны здоровья граждан РФ» с одной стороны, и
представитель пациента: _____
пациент: _____,

Ф.И.О. (ребенок, муж, жена, отец, мать)

именуемый(-ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, заключили настоящий договор на основании изложенного выше заявления о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА, ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ УСЛУГИ

1.1. Настоящий договор определяет условия оказания платных медицинских услуг.

Исполнитель имеет право оказывать медицинские услуги, предусмотренные настоящим договором на основании лицензии: № ЛО-63-01-004666 от 09/06/2018, выдана Министерством здравоохранения Самарской области (почтовый адрес: 443020, г. Самара, ул. Ленинская, 73; место нахождения: 443020, г. Самара, ул. Ленинская, 73, тел. (846) 332-10-73). Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией: *при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи, при проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз – по номенклатуре, указанной в приложениях к лицензии.* Потребитель подтверждает, что ознакомлен с данной лицензией и приложениями к ней.

1.2. Потребитель поручает, а Исполнитель обязуется оказать Потребителю платную медицинскую услугу:

(наименование услуги)

Медицинскую услугу оказывает врач, имеющий соответствующий сертификат специалиста. Перед оказанием медицинской услуги врач устанавливает отсутствие противопоказаний. Продолжительность услуги сообщается Потребителю врачом.

1.3. Исполнитель обязуется приступить к оказанию медицинских услуг, предусмотренных Договором с момента его подписания и завершить их оказание в срок, предусмотренный и согласованный Сторонами планом лечения.

2. СТОИМОСТЬ УСЛУГИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

2.1. Стоимость медицинской услуги определяется согласно прейскуранту Исполнителя, действующему на момент оказания услуги. Потребитель подтверждает, что ознакомлен с прейскурантом до заключения настоящего договора. Медицинская услуга оплачивается Потребителем после ее оказания любым законным способом. При возникновении необходимости выполнения работ, не предусмотренных договором, они выполняются с согласия Потребителя с оплатой по утвержденному прейскуранту на основании данного договора.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязан: 1) оказать Потребителю качественную, отвечающую требованиям действующего законодательства РФ медицинскую помощь в установленный сторонами срок; 2) предоставить Потребителю бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемой услуге; 3) выдать потребителю после исполнения настоящего договора медицинские документы, отражающие состояние его здоровья.

3.2. Исполнитель имеет право в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в т. ч. и не предусмотренной договором.

3.3. Потребитель обязан: 1) информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях; 2) своевременно оплатить стоимость услуги в соответствии с настоящим договором; 3) точно выполнять назначения врача; 4) с учетом технологии оказания медицинской услуги должен знать и осознавать вероятность (но не обязательность) вредных (побочных) эффектов медицинского вмешательства и осложнений, что может причинить вред здоровью Потребителя. Потребитель подтверждает, что ознакомлен с дополнительной информацией, касающейся особенностей данной медицинской услуги и условий ее предоставления и дает согласие на ее исполнение.

3.4. Потребитель имеет право: 1) на предоставление информации о медицинской услуге; 2) знакомиться с документами, подтверждающими специальную правоспособность учреждения и его врачей; 3) на возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания медицинской услуги; 4) отказаться от получения медицинской услуги и получить обратно оплаченную сумму с возмещением Исполнителю фактически понесенных затрат.

3.5.1 При первом посещении к Исполнителю за предоставление медицинских услуг Заказчик (Законный представитель) дает добровольное информационное согласие на медицинское вмешательство.

3.5.2 Заключением настоящего договора Заказчик (Законный представитель) выражает свое согласие на информирование его о рекламных акциях Исполнителя, а также на получение сообщений на номер мобильного телефона, указанный в договоре, и/или адрес электронной почты Заказчика (Законного представителя).

4. ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА

4.1. Гарантийные сроки устанавливаются только на услуги, имеющие о вещественный результат. На хирургические, процедурные манипуляции и прочие неовещественные работы и услуги сроки гарантии выражаются в качественном оказании услуг и составляют 1 день.

4.2. Гарантийные обязательства на все оказанные медицинские услуги полностью утрачиваются при нарушении Пациентом правил поведения в клинике, условий настоящего Договора и врачебных рекомендаций.

4.3. Осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма, и вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить, не являются недостатками качества услуг, если услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований. 4.4. Исполнитель принимает на себя обязательство устранить недостатки некачественно оказанных услуг, если эти недостатки обнаружены и удостоверены в течение гарантийных сроков.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

5.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения Потребителем своих обязанностей или по другим основаниям, предусмотренным законодательством.

6. ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон.

6.2. Потребитель вправе расторгнуть договор об оказании услуги и потребовать полного возмещения убытков, если выявлены недостатки оказанной услуги и в разумный срок недостатки не устранены Исполнителем. Потребитель вправе расторгнуть договор также в случае, если им обнаружены существенные недостатки оказанной услуги или иные существенные отклонения от условий договора.

6.3. Договор может быть расторгнут и по другим основаниям, предусмотренным законодательством.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до момента исполнения сторонами обязательств.

7.2. Споры и разногласия решаются путем переговоров, независимой экспертизы и в судебном порядке.

7.3. До обращения в суд по поводу качества оказанных услуг стороны договорились о проведении независимой экспертизы.

7.4. Для обращения в суд по поводу расторжения или изменения условий договора обязательно предъявление претензии, которая рассматривается другой стороной в течение 30 дней.

7.5. В силу существующей публичной обязанности, предусмотренной п. 2 ст. 11 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ, текущий прием врача может быть прерван либо перенесен по причине обращения в медицинскую организацию гражданина с заболеваниями или состояниями, потенциально представляющими угрозу для его жизни

8. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ООО «Диамед+»

Юридический адрес: 446436, Самарская область, г. Кинель,
ул. Бобровская, 16Б.

ИНН/КПП: 6350025362/635001001; ОГРН: 1176313103086

Банк: Самарский РФ ОАО (РОССЕЛЬХОЗБАНК)

БИК: 043601978

Р/с:40702810213020000156 К/с: 30101810900000000978

Телефон/ факс: 8(846-63)6-66-66. [Email: diamed.plus@mail.ru](mailto:diamed.plus@mail.ru)

Директор _____ Калашников И.Н., в лице

администратора ООО «Диамед+» Орловцевой Е.А.

действующей на основании доверенности от 01.11.2018г. №1.

М.П.**ПАЦИЕНТ**

ФИО: _____

Адрес: _____

Тел: _____

Паспорт (иной документ) серии _____ № _____

выдан _____

(дата выдачи)

(наименование органа)

Пациент _____ / _____

(подпись)

(расшифровка подписи)

Представитель пациента _____ / _____

(подпись)

(расшифровка подписи)