

# ДОГОВОР

на оказание платных медицинских услуг

г.Геленджик

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2019 года

**Акционерное общество «Базовый санаторий им. М.В. Ломоносова» (место нахождения – Краснодарский край, г.Геленджик, ул.Серафимовича, 38, ОГРН 1022300771217, ИНН 2304003215,** лист записи ЕГРЮЛ от 15.05.2018 г. за № 6182375024870, выданный межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 16 по Краснодарскому краю), в лице генерального директора Алейникова Николая Яковлевича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», лицензии № ЛО-23-01-012497 от 05 июля 2018 года, выданная Министерством здравоохранения Краснодарского края (г.Краснодар ул. Коммунаров, 276/1 (861) 992-52-91) на осуществление медицинской деятельности:

- при оказании первичной доврачебной медико- санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, медицинскому массажу;

- при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), аллергологии и иммунологии, дерматовенерологии, инфекционным болезням, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, неврологии, онкологии, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), офтальмологии, профпатологии, психиатрии, психотерапии, пульмонологии, рефлексотерапии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии.

при оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении выполняются работы (услуги) по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), аллергологии и иммунологии, дерматовенерологии, диетологии, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, медицинской реабилитации, медицинскому массажу, неврологии, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), офтальмологии, педиатрии, профпатологии, психотерапии, пульмонологии, ревматологии, рефлексотерапии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, терапии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, эндокринологии.

при проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам(предварительным, периодическим), медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым) с одной стороны, и

\_\_\_\_\_(Ф.И.О., паспорт серия\_\_\_ номер\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_,  
место жительства\_\_\_\_\_,  
тел.\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, при

совместном упоминании именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем

## 1. Предмет Договора

1.1 На основании медицинского заключения о необходимости обследования и (или) лечения, а также добровольного согласия Потребителя (законного представителя) Исполнитель обязуется оказать медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями, общим состоянием здоровья и требованиям законодательства об охране здоровья, а Потребитель обязуется оплатить платные медицинские услуги:

1.2. Срок оказания медицинских услуг \_\_\_\_\_

1.3. Объем предоставления услуг определяется общим состоянием здоровья Потребителя, медицинским показанием к лечению, желанием Потребителя, техническими возможностями Исполнителя и документом, подтверждающим произведенную оплату медицинских услуг.

## 2. Условия и порядок оказания услуг

2.1. Исполнитель в соответствии с п. 1.1 настоящего Договора оказывает Потребителю медицинские услуги по настоящему Договору в помещении Исполнителя, расположенном по

адресу: 353460, Краснодарский край, г.Геленджик, ул.Серафимовича, 3, в согласованное с ним время, в соответствии с режимом работы Исполнителя, который доводится до сведения Потребителя до заключения договора

2.2. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информационного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство (Приложение 1), которое является неотъемлемой частью договора.

2.3. Дополнительные услуги, не предусмотренные п.1.1. настоящего Договора, оформляются отдельным договором и оплачиваются Потребителем согласно Прейскуранта цен.

### 3. Стоимость услуг, сроки и порядок оплаты

3.1. Потребитель (Законный представитель) оплачивает медицинские услуги Исполнителю в объеме и в соответствии с действующим Прейскурантом цен у Исполнителя на момент обращения за медицинскими услугами.

Действующий прейскурант цен на медицинские услуги размещен на сайте [www.Lomonosov-sea.ru](http://www.Lomonosov-sea.ru) и на информационных стендах Исполнителя

3.2. Потребитель (Законный представитель) оплачивает медицинские услуги Исполнителю путем предоплаты в размере 100% стоимости услуг по прейскуранту. Денежные средства вносятся в кассу Исполнителя или перечисляются на расчетный счет Исполнителя.

### 4. Права и обязанности сторон

#### 4.1. Права Потребителя:

- сообщить лечащему врачу известную ему информацию о состоянии своего здоровья;
- произвести оплату и предоставить кассовый чек для получения необходимой медицинской услуги;
- соблюдать предписанный лечебно-охранительный режим, правила внутреннего распорядка лечебного учреждения;
- своевременно уведомить Исполнителя о наличии уважительной причины (болезни) для переноса сроков выполнения услуг с последующим предоставлением подтверждающих документов.

4.1.1. Потребитель вправе отказаться от исполнения настоящего договора в любое время, направив Исполнителю письменный отказ, при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

#### 4.2. Обязанности Потребителя:

- своевременно и в полном объеме оплачивать оказанные Исполнителем услуги.

#### 4.3. Исполнитель вправе:

- отказать в проведении медицинской услуги при наличии противопоказаний к ее проведению.

#### 4.4. Исполнитель обязан:

- нести ответственность в установленном законом порядке за обоснованность, качество, объем и порядок оказания медицинской услуги;
- предоставить доступную для понимания Пациента и достоверную информацию о предоставляемых Услугах до подписания договора;
- создать условия для организации и проведения платных медицинских услуг;
- качественно оказывать услуги в порядке и в сроки, определенные заключенным договором, в соответствии с индивидуальными медицинскими показаниями;
- выдать Потребителю кассовый чек, подтверждающий оплату медицинских услуг, произведенную в кассу Исполнителя;
- соблюдать режим врачебной тайны в отношении факта обращения за медицинской помощью, сведения о состоянии здоровья Потребителя и его диагнозе, иные сведения, полученные о его медицинском обследовании и лечении;
- оказать неотложную медицинскую помощь в случае возникновения осложнения в момент оказания платной медицинской помощи;
- в случае неоказания оплаченной медицинской услуги вернуть Потребителю денежные средства по его заявлению в течение одного месяца со дня оплаты невыполненной платной услуги (при наличии документов, подтверждающих невыполнение услуги).

### 5. Ответственность сторон

5.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.2. Все споры и разногласия, вытекающие из настоящего Договора, решаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

#### 6. Срок действия договора

6.1. Срок действия настоящего Договора устанавливается с момента подписания и действует до полного исполнения обязательств.

6.2. Н

#### 7. Изменение условий и расторжение Договора

7.1. Настоящий Договор может быть изменен или расторгнут Сторонами в период его действия на основе их письменного соглашения. Обязательства Сторон по настоящему Договору считаются измененными или прекращенными с момента подписания соглашения об изменении или расторжении настоящего Договора.

7.2. Потребитель вправе в любое время отказаться от исполнения договора, при условии оплаты фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему договору.

7.3. Все приложения, дополнения и изменения к настоящему Договору являются действительными, если они составлены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами.

#### 8. Иные условия, определенные соглашением Сторон

8.1. Подписывая настоящий договор, Потребитель подтверждает, что он (она) был(а) проинформирован(а) о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Действующие Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» размещены на сайте Исполнителя [www. www.Lomonosov-sea.ru](http://www.Lomonosov-sea.ru) и информационных стендах Исполнителя.

8.2. Информационные стенды Исполнителя находятся в регистратуре медицинского центра

**До заключения договора Исполнитель уведомляет Потребителя о том, что несоблюдение указаний, рекомендаций Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставления платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.**

#### 9. Реквизиты и подписи сторон

##### Исполнитель

АО «Базовый санаторий  
им. М.В. Ломоносова»  
ИНН 2304003215 КПП 230401001  
353460, г. Геленджик, ул.Серафимовича,38  
Тел. (86141) 3 36 81  
ОКВЭД 85.11.2  
ОГРН 1022300771217

Генеральный директор

\_\_\_\_\_ Н.Я. Алейников

##### Потребитель

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

При подписании настоящего договора я даю свое согласие Оператору - **Акционерному обществу «Базовый санаторий им. М.В. Ломоносова» (место нахождения – Краснодарский край, г.Геленджик, ул.Серафимовича, 38, ОГРН 1022300771217, ИНН 2304003215,** лист записи ЕГРЮЛ от 15.05.2018 г. за № 6182375024870, выданный межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 16 по Краснодарскому краю на обработку своих персональных данных (фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес рождения, контактный телефон, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью), включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение) использование, распространение (в том числе передачу , обеспечение, блокирование, уничтожение персональных данных с целью установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

Настоящее согласие действует до его отзыва субъектом персональных данных. Субъект персональных данных вправе отозвать данное согласие на обработку своих персональных данных, письменно уведомив об этом оператора.

В случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку своих персональных данных оператор обязан прекратить обработку персональных данных и уничтожить персональные данные в срок, не превышающий трех рабочих дней с даты поступления указанного отзыва.

Об уничтожении персональных данных оператор обязан уведомить субъекта персональных данных.

\_\_\_\_\_  
подпись субъекта персональных данных

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 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)

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), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь, в АО «**Базовый санаторий им. М.В. Ломоносова**»

Медицинским работником \_\_\_\_\_

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

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

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

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.  
(дата оформления)