**ДОГОВОР №**

**на оказание платных медицинских услуг**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| город Орехово-Зуево |  | Дата |

**ООО «АНТИ-ЭЙДЖ КЛИНИКА» (** ИНН 5034053306,ОГРН 1175053001540 **- свидетельство о внесении записи в единый государственный реестр юридических лиц, выданное Межрайонной ИФНС №10 по Московской области, лицензия № Л041-01162-50/00320883 от 09 апреля 2019 г., выданная Министерством здравоохранения Московской области, Московская область, г.Красногорск-7, бульвар Строителей, д.1, +7(498)602-03-01** перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией указаны в Приложении №3 к настоящему договору), адрес места нахождения: г. Орехово-Зуево, ул. Ленина, д 84, офис 24 именуемое в дальнейшем **«Клиника»**, в лице директора Абызовой Елены Алексеевны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин (-ка)

*ФИО, паспорт (серия, номер, кем и когда выдан), адрес места жительства и номер контактного телефона*

именуемый (-ая) в дальнейшем **«Пациент»,** с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. На условиях настоящего Договора **Клиника** обязуется оказать **Пациенту** на возмездной основе медицинские услуги, указанные в п.2.1. настоящего договора, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а **Пациент** обязуется принять и оплатить медицинские услуги на условиях 100 % авансового платежа в безналичном порядке на расчетный счет, либо наличными деньгами в кассу **Клиники**. На руки **Пациенту** выдаются кассовые чеки, копии чеков и/или другой документ, подтверждающий прием **Клиникой** наличных денег.

1.2. Медицинские услуги оказываются **Клиникой** в амбулаторных условиях (при состояниях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в условиях дневного или круглосуточного стационара.

1.3. **Пациент** уведомлен о необходимости соблюдения лечебного режима и правил поведения пациента в медицинских организациях, а также о негативных последствиях для жизни и здоровья при невыполнении врачебных назначений и несоблюдении лечебного режима.

1.4. **Пациент** ознакомлен 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.

1.5. Медицинская помощь по настоящему Договору оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

1.6. **Пациенту** предоставлена информация:

- о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

- о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации).

1.7. **Пациенту** после исполнения договора **Клиникой** выдаются медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья 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, без взимания дополнительной платы.

1.8. Сроки оказания медицинских услуг по настоящему Договору (в т.ч. день и время проведения услуг, сроки ожидания результатов исследований, время на подготовку к манипуляциям и т.п.) пациенту доведены и с ним согласованы.

**2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ**

2.1. Перечень оказываемых медицинских услуг:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **п/п** | **Перечень платных медицинских услуг** | **Стоимость** | **Кол-во** | **Сумма** |
|  |  |  |  |  |

Общая стоимость медицинских услуг составляет и определяется на основании действующего Прейскуранта, утвержденного **Клиникой** и согласованного с **Пациентом**.

2.2. Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых **Клиникой**, содержатся в действующем на момент заключения настоящего Договора Прейскуранте. В момент подписания настоящего Договора **Пациент** ознакомлен с перечнем работ (услуг), отраженных в лицензии на медицинскую деятельность, Прейскурантом **Клиники**, понимает содержащуюся в нем информацию, согласен с действующими ценами на медицинские услуги.

2.3. В момент заключения настоящего Договора **Пациент** информирован 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 и обязательного медицинского страхования оказания гражданам медицинской помощи.

2.4. Подписывая настоящий Договор, получив в доступной форме информацию о состоянии здоровья, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, а также о результатах проведенного лечения, **Пациент** дает свое согласие на обработку его персональных данных и предоставление ему платных медицинских услуг, оговоренных в настоящем Договоре.

2.5. **Пациент** уведомлен о том, что несоблюдение им указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество оказываемой услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья **Пациента.**

2.6. В случае отказа(в том числе смерть, болезнь, отъезд и прочее) от оперативного вмешательства с использованием индивидуально рассчитанной и приобретенной для **Пациента** линзы, сумма внесенная в качестве предоплаты не возвращается.

**3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

3.1. **Клиника** обязуется осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.2. **Клиника** имеет право требовать от **Пациента** выполнения возложенных на него данным договором обязанностей.

3.3. **Пациент** обязуется:

3.3.1. Своевременно и в полном объеме оплачивать предоставленные **Клиникой** медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

3.3.2. До оказания медицинской помощи информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, точно выполнять назначения врача по лечению, а также указания, предписанные на период после оказания услуг.

3.3.3. Выполнять Правила внутреннего распорядка, режим **Клиники**, требования и предписания медицинского персонала Клиники как необходимые условия предоставления ему качественной медицинской помощи.

3.3.5. Бережно относиться к имуществу **Клиники**. В случае причинения ущерба **Клинике** вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действиями или бездействием **Пациента** и/или лиц, его сопровождающих, **Пациент** обязуется в течение трех календарных дней возместить **Клинике** нанесенный ущерб в полном объеме.

3.4. **Пациент** имеет право на получение медицинской помощи в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, а также с условиями настоящего договора.

**4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ**

4.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до фактического выполнения обязательств, принятых Сторонами по настоящему Договору.

4.2. Договор может быть изменен или расторгнут досрочно по соглашению сторон.

При расторжении договора по инициативе (либо в результате фактических действий) **Пациента** он оплачивает фактически понесенные **Клиникой** расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.

**6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

6.1. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, которые имеют одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

6.2. **Пациент** предупрежден о том, что при предоставлении платных медицинских услуг может потребоваться предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором.

**Приложения:**

**Приложение № 1**– Согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных.

**Приложение № 2** – Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА**

на обработку и передачу персональных данных, а также на обработку и передачу специальных категорий персональных данных

Я, нижеподписавшийся (аяся)

(фамилия,имя и отчество (при наличии), полностью)

Паспорт, серия

Орган, выдавший документ:

Проживающий(ая) по адресу:

Адрес регистрации:

Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,электронная почта:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в соответствии со статьями 9,10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьей 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» подтверждаю свое согласие на обработку медицинской организацией государственной системы здравоохранения Московской области ООО «АНТИ-ЭЙДЖ КЛИНИКА» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество (при наличии), пол, дату рождения, адрес места жительства (пребывания), место работы, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, выписанных рецептах и лекарственных средствах, случаи обращения за медицинской помощью, оформления листка нетрудоспособности, справки, выдаваемой учреждениями медико-социальной экспертизы (при наличии), и другую информацию – в медико-профилактических целях, в целях оказания медицинских услуг, включая установление медицинского диагноза, предоставления медико-профилактических услуг, социальных услуг, государственных и муниципальных услуг, осуществления иных, связанных с этим мероприятий, при условии обеспечения сохранности врачебной тайны.

В процессе оказания Оператором медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, в том числе специальные категории персональных данных, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения, в том числе в порядке взаимодействия с иными медицинскими организациями, привлекаемыми Оператором для оказания мне медицинской помощи.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, внесение их в электронную базу данных государственной информационной системы Единая медицинская информационно-аналитическая система Московской области» (далее – ЕМИАС Московской области), включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные законодательством Российской Федерации, обмен (прием и передачу) персональными данными между ЕМИАС Московской области и Порталом государственных и муниципальных услуг (функций) Московской области, главным управлением ЗАГС Московской области, территориальным фондом ОМС и страховой медицинской организацией, Единым порталом государственных и муниципальных услуг (функций), единой автоматизированной системой «Социальная защита и социальное обслуживание населения Московской области (ЕАИС СОЦ), федеральным бюро медико-социальной экспертизы, федеральной интегрированной электронной медицинской картой, Фондом социального страхования, его региональными филиалами, обособленными структурными подразделениями с обеспечение их защиты от несанкционированного доступа, без социального уведомления меня об этом.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Я также даю Оператору свое согласие на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи, в том числе путем направления мне SMS-сообщений или письма на электронную почту, о мероприятиях, связанных с оказанием мне медицинской помощи (запись на прием (обследование), отмена приема (обследования), готовность результатов исследования).

Я разрешаю/не разрешаю (ненужное зачеркнуть) предоставлять сведения о фактах моего обращения за медицинской помощью и состоянии здоровья, диагнозе, в т.ч. через регистратуру, а также в случаях неблагоприятного прогноза развития моего заболевания следующим лицам:

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

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии полностью, телефон)

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

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии полностью, телефон)

Настоящее согласие действует бессрочно, и может быть отозвано путем направления в адрес Оператора соответствующего письменного документа по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо путем вручения лично под подписку представителю Оператора.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и сотсавляет двадцать пять лет для стационаров, пять лет для поликлиник.

[Date] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/[

подпись расшифровка подписи

**Приложение № 2** – Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

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

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя ,

проживающего по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

«\_\_\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_г.рождения, проживающего по адресу:

(дата рождения пациента при подписании законным представителем) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства 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 (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень)для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Общество с ограниченной ответственностью «АНТИ-ЭЙДЖ КЛИНИКА»

Медицинским работником\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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».

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:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

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

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника

Дата

|  |  |
| --- | --- |
| **КЛИНИКА**  ООО «АНТИ-ЭЙДЖ КЛИНИКА»  142600, Московская область, г. Орехово-Зуево, ул. Ленина, дом 84, офис 24  ОГРН 1175053001540,  ИНН 5034053306, КПП 503401001  р/с: № 40702810601590000685  Филиал «Центральный» Банка ВТБ (ПАО) г. Москва  к/с 30101810145250000411  тел. +7(496)425-03-03  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Директор ООО «АНТИ-ЭЙДЖ КЛИНИКА» Абызова Е.А./  М.П. | **Пациент**  ФИО  Паспорт:  Адрес:  Адрес:  Телефон [моб тел.:](file:///\\DESKTOP-9JEUHK1\InfoClinica\Template\dbtest3\data\maksimova.n\Ормедикал\Отправлять\Шаблоны\medwork://script/%3ffunc('patcontact',patno))  [\_\_\_\_\_\_\_](file:///\\DESKTOP-9JEUHK1\InfoClinica\Template\dbtest3\data\maksimova.n\Ормедикал\Отправлять\Шаблоны\medwork://script/%3fPatBriefName)  *Подпись/ ФИО пациента/Законного представителя* |

Кассовый чек получил\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ (Подпись и ФИО пациента)

**Перечень работ(услуг), отраженных в лицензии на медицинскую деятельность** [**ООО "АНТИ-ЭЙДЖ КЛИНИКА"**](file:///C:\Users\maksimova.n\Documents\Ормедикал\medwork://script/%3fsql('select%2520FullName%2520from%2520Organisations%2520where%2520OwnOrg=1'))

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; вакцинации (проведению профилактических прививок); лабораторной диагностике; медицинской статистике; медицинскому массажу; общей практике; рентгенологии; сестринскому делу; стоматологии; физиотерапии; функциональной диагностике;

при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); общей врачебной практике (семейной медицине); педиатрии; терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); анестезиологии и реаниматологии; дерматовенерологии; детской хирургии; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; мануальной терапии; неврологии; ортодонтии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; ревматологии; рентгенологии; рефлексотерапии; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; травматологии и ортопедии; урологии; функциональной диагностике; хирургии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: кардиологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии;

При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: офтальмологии; сестринскому делу;

При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе профессиональной пригодности;

При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым); медицинским осмотрам профилактическим.