



ДОГОВОР №<Номер> от <Дата>
на оказание платных медицинских услуг

ООО «Академия движения» ИНН3849067829 ОГРН 1183850001004 Свидетельство о регистрации юр.лица от 18.01.2018 Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы №16 по Иркутской области имеющее лицензию на медицинскую деятельность №ЛО-38-01-003836 от15.04.2020г., срок действия лицензии-безсрочно, выданную Министерством здравоохранения Иркутской области г.Иркутск, ул. К.Маркса,29 тел. 265-187 , в лице администратора <Договор заключил>, действующего на основании доверенности №3 от 21.03.2022г., именуемое в дальнейшем "Исполнитель", с одной стороны, и гражданин

Ф.И.О. <Фамилия> <Имя> <Отчество>,

<Паспорт пациента>

Проживающий по адресу: <Адрес>, являющийся "Потребителем" и именуемый в дальнейшем "Пациент", с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1 Предметом договора является оказание Пациенту, по его желанию и с согласия, медицинских услуг, полный перечень которых опубликован в прейскуранте на сайте Исполнителя akadmdv.ru и на бумажном носителе на стойке в зоне ресепшн, действующий на дату оказания услуг и отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, именуемые в дальнейшем "Медицинские услуги", оказываемые согласно приложению №1 к лицензии на медицинскую деятельность при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы(услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лечебной физкультуре, медицинскому массажу, сестринскому делу, физиотерапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, неврологии, ревматологии, рефлексотерапии, травматологии и ортопедии, физиотерапии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы(услуги):при проведении медицинских экспертиз по экспертизе временной нетрудоспособности.

1.2 По настоящему договору Пациенту оказываются Медицинские услуги, по ценам и в сроки указанные в оформленном сторонами Приложении №1 к данному договору. Стороны оформляют документ, подтверждающий факт выполнения услуг Исполнителем Пациенту (акт) в соответствии с условиями Договора (приложение № 2 к договору).Приложения№1 и №2 являются неотъемлемой частью данного договора.

1.3 Непосредственными исполнителями по настоящему договору являются медицинские работники - квалифицированные и сертифицированные специалисты, врачи и средний медицинский персонал Исполнителя.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1 Исполнитель в рамках настоящего договора обязан:

2.1.1 Обеспечить полное и своевременное исполнение условий договора.

2.1.2 Предоставлять Пациенту в установленном Исполнителем и Федеральным законодательством порядке информацию медицинского характера и оказываемых услугах.

2.1.3 Осуществлять контроль за своевременным исполнением медицинских услуг и их качеством.

2.1.4 Не разглашать информацию о факте оказания Пациенту соответствующей услуги и состоянии его здоровья, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

2.2 Исполнитель в рамках настоящего договора имеет право:

2.2.1 Требовать соблюдения Пациентом/Заказчиком условий настоящего договора.

2.2.2 По согласованию с Пациентом изменять время исполнения услуг.

2.2.3 В случае опоздания Пациента на прием более, чем на 10 минут, медицинский центр вправе отказать и/или перенести на другую дату и время по согласованию с Пациентом оказание медицинских услуг, если оказание такой услуги может привести к смещению дальнейшего приема и созданию дискомфорта для следующих пациентов.

2.2.4 При неоплате оказанных услуг приостановить дальнейшее оказание услуг до полной оплаты.

2.2.5 В одностороннем порядке подписать акт, подтверждающий факт выполнения услуг Исполнителем и принятых в полном объеме Пациентом в соответствии с условиями Договора при немотивированном отказе от подписания данного акта Пациентом в течении 3х дней после оказания услуг.

2.2.6 Требовать возмещения ущерба в случае порчи имущества Исполнителя.

2.2.7. Использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания персональных данных Пациента

2.2.8. Осуществлять врачебно-педагогическое наблюдение медицинских услуг, оказываемых Пациенту.

2.3 Пациент в рамках настоящего договора обязан:

2.3.1 Оформить информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

2.3.2 Пациент уведомлен, что Граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определяемый на период их временной нетрудоспособности и правила поведения пациентов в медицинских организациях. А также соблюдать внутренний режим, условия и порядок предоставления медицинских услуг, установленные Исполнителем и Федеральным законодательством. Уважительно относиться к персоналу исполнителя, не портить имущество Исполнителя.

2.3.3 Записаться на прием/услугу лично или по телефону. Заблаговременно, не позднее, чем за сутки до начала получения медицинских услуг любым доступным способом информировать Исполнителя об отказе или переносе получения медицинской услуги в установленную дату, время.

2.2.4. Сообщить врачам Исполнителя все достоверные сведения о своем состоянии здоровья, Добросовестно и ответственно выполнять все требования, назначения, предписания медицинского персонала Исполнителя в период прохождения всего курса лечения, сообщать лечащему врачу или специалисту, который проводил(ит) процедуру (манипуляцию) о любых изменениях самочувствия.

2.3.5 Согласовывать с лечащим врачом употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей, ит.д. При прохождении всего курса лечения отказаться от употребления наркотиков, психотропных препаратов, алкоголя и напитков, если это не показано курсом лечения.

2.3.6. Оформить документ, подтверждающий факт оказания услуг в соответствии с Договором (акт). Односторонний немотивированный отказ Пациента от подписания акта не является основанием для признания услуг невыполненными или выполненными с ненадлежащим качеством.

2.3.7 Своевременно оплатить Медицинские услуги

2.4 Пациент в рамках настоящего договора имеет право:

2.4.1 На получение квалифицированной медицинской помощи посредством получения медицинских услуг, предусмотренных настоящим Договором соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям, при уважительном и гуманном отношении к себе персонала Исполнителя.

2.4.2. Получать от Исполнителя в установленном федеральным законодательством порядке информацию медицинского характера.

2.4.3 Согласовывать со специалистами медицинского центра оказываемые медицинские услуги, их объем, цены и удобные сроки получения.

3. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ.

3.1 Стоимость медицинских услуг устанавливается действующим на дату оказания услуги прейскурантом цен, утвержденным генеральным директором медицинского центра ООО «Академия движения» и согласовывается сторонами в Приложении №1 к данному договору.

3.2 Пациент обязан оплатить выполненную исполнителем в полном объеме работу после ее принятия. С согласия Пациента работа может быть оплачена им при заключении договора в полном размере или путем внесения аванса, но не позднее фактической даты оказания услуг. Оплата оказанных услуг производится посредством наличных или безналичных расчетов в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3.3 Пациенту в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг.

3.4 Пациент обязан при отказе от медицинских услуг, в день отказа оплатить Исполнителю фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по данному договору.

3.5 При отказе от получения всех или части медицинских услуг, а так же в случае если предоплата внесенная Пациентом в кассу или расчетный счет Исполнителя превысит стоимость фактически оказанных Исполнителем услуг, то эта сумма по соглашению сторон может быть учтена при последующих расчетах или по письменному заявлению будет возвращена Заказчику в течении 7 рабочих дней за вычетом фактически понесенных расходов Исполнителя, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1 Исполнитель несет ответственность за качество оказания Пациенту медицинских услуг, за сохранение в тайне информации, которую законодательство РФ относит к врачебной тайне и персональные данные.

4.2 Исполнитель не несет ответственности в случае- выявления у Пациента заболеваний, ранее известных Пациенту, но неуказанных им и/или представителем в результате не учтенных медицинским специалистом Исполнителя при назначении лечения и других медицинских вмешательств; - в случае нарушения Пациентом режима лечения и невыполнения мероприятий, предписанных специалистом Исполнителя, в том числе установленного графика посещения;

- возникновения у Пациента аллергических реакций и индивидуальной непереносимости препаратов, материалов, лекарственных средств, методов, разрешенных к применению, о которых Пациентом не было заявлено;

- в случае выявления или возникновения в период лечения или по его окончании изменений состояния организма, которые не связаны с оказанием услуг по настоящему договору;

- в случае если Пациент или Заказчик настаивает на конкретном методе лечения и соглашается принять ответственность на себя, что подтверждает подписью;

- в случае прекращения лечения по инициативе Пациента;

- за качество расходных материалов и лекарственных средств, приобретенных Пациентом самостоятельно;

4.3 Стороны за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору имеют право взыскать со стороны, нарушившей обязательство, штраф (пени, проценты, иные санкции) в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.4 Стороны не несут ответственности за невыполнение обязательств настоящего договора в случае наступления форс-мажорных обстоятельств.

5 УСЛОВИЯ И СРОКИ ОЖИДАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

И ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

5.1. Оказание услуг осуществляется по предварительной записи. Сроки ожидания предоставления медицинских услуг определяются датой и временем обращения Пациента, зависят от клинической картины, наличия данных лабораторных, консультативных и рентгенологических заключений, датой согласованного визита, времени Пациента, графика работы специалистов, возможностей Исполнителя - определяется индивидуально и оговаривается с лечащим врачом, согласовываются с пациентом, устанавливаются Сторонами в Приложении №1 к данному договору.

5.2. Основанием для отказа (изменения) Исполнителя от оказания услуг по договору на платные медицинские услуги может являться отсутствие возможности оказать услугу в соответствии с условиями договора (например, отсутствие технической возможности, выход из строя оборудования, отсутствие специалиста, непредоставление Пациентом полных или достоверных сведений о своем здоровье, внесение изменений, корректировок в назначение лечащим врачом, неисполнением Пациента условий договора)

5.3. После заключения договора Пациент может отказаться от получения части или всех ранее согласованных услуг.

5.4. В случае возникновения обстоятельств описанных в п 5.2 и п 5.3 по согласованию стороны принимают решение об изменении, переносе сроков оказания услуг или расторжении Договора. Расторжение договора будет считаться действительными если оно будет оформлено в письменном виде путем составления соглашения о расторжении Договора. Отказ от договора доводится до сведения другой стороны любым письменным способом, указанным в настоящем договоре. При этом Исполнителем осуществляется возврат оплаченных ранее Заказчиком денежных средств только за не оказанные услуги. При этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

5.5. Договор считается действующим на протяжении всего срока оказания услуг и если ни одна из сторон письменно не заявила расторжении, то договор считается пролонгированным на неопределенный срок.

6. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

6.1 Стороны принимают необходимые меры к тому, чтобы спорные вопросы и разногласия, возникшие при исполнении и расторжении настоящего договора, были урегулированы путем переговоров.

6.2 Стороны договорились о претензионном порядке досудебного урегулирования споров. Претензии предъявляются и рассматриваются сторонами в сроки и порядке, принятые в Положении о порядке предоставления ООО «Академия движения» платных медицинских услуг и установленном действующим законодательством.

6.3 В случае, если стороны не достигнут соглашения по спорным вопросам путем переговоров, то спор передается заинтересованной стороной в суд соответствующей юриспруденции.

7. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫДАЧИ ПОТРЕБИТЕЛЮ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ

7.1. Оригиналы медицинской документации Пациенту не выдаются. По письменному требованию Пациента согласно Приказу Минздрава России от 31.07.2020 N 789н "Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них" предоставляется выписка из медицинской документации или копия медицинских документов без взимания дополнительной платы в срок, установленный требованиями законодательства о порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации.

7.2. Ознакомление пациента с медицинскими документами осуществляется на основании запроса в соответствии с Приказом Минздрава России от 12.11.2021 N 1050н "Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента". Срок предоставления медицинских документов не превышает 10 дней с даты поступления запроса.

8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

8.1 Подписывая договор Пациент, законный представитель Пациента/заказчик в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие Исполнителю, являющегося оператором персональных данных на обработку своих персональных данных, а именно:

- сбор данных включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), адрес электронной почты, данные удостоверения личности, реквизиты страхового полиса ДМС(ОМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), фотоизображение, данные о состоянии здоровья Пациента, заболеваниях, применяемых методов лечения, случаях обращения за медицинской помощью — в целях исполнения договора и правил оказания платных медицинских услуг, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, отправления сервисных и информационных сообщений с помощью СМС, мессенджеров, электронной почты по сети интернет сотрудниками Исполнителя при условии, что обработка данных медицинского характера осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

- право осуществлять все действия с персональными данными: включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

- обработку посредством внесения их в электронную автоматизированную и не автоматизированную базу данных (в т.ч ведения архива)- во исполнение своих обязательств, осуществлять прием-передачу персональных данных страховой компании, где застрахован Пациент, во исполнение своих обязательств по работе в системе ЕГИСЗ, а так же с другими медицинскими организациями, должностными лицам Оператора, в интересах обследования и лечения, в том числе, с возможностью передачи с использованием бумажных и машинных носителей, в том числе по каналам связи и по внутренней сети организации с использованием технических и программных средств защиты информации, с доступом только для должностных лиц Оператора, включенных в соответствующий Перечень должностных лиц, в том числе лицам, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения медицинских документов (медицинской карты) в соответствии с действующим законодательством.

Передача персональных данных иным лицам или иное разглашение могут осуществляться только с письменного согласия (кроме случаев, предусмотренных законодательством РФ). Настоящее согласие дано бессрочно. Заказчик/Пациент, законный представитель пациента оставляет за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес Исполнителя по почте заказным письмом или лично вручен под расписку представителю Исполнителя

8.2. Стороны признают юридическую силу договора, приложений и дополнительных соглашений к нему, уведомлений, претензий, актов, результатов обследований и исследований, лабораторных результатов, любых иных документов, связанных с исполнением Договором (в том числе сканированных), направляемых по электронной почте по адресам, указанным в настоящем Договоре, с использованием мессенджеров Viber, WhatsApp по телефонам, указанным Сторонами в настоящем Договоре, заказным почтовым отправлением по адресам, указанным Сторонами в настоящем Договоре. Стороны договорились добросовестно пользоваться правами, указанными в настоящем пункте о способах обмена информацией и документами, стремиться к своевременному и фактическому получению необходимых документов второй Стороной, сохранять тайну переписки, гарантируют получение информации только Стороной Договора.

8.3 Стороны гарантируют, что настоящий договор ими внимательно прочитан, изучен, понятен и подписан в полном согласии со всеми его пунктами, по доброй воле, без всякого принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения

9. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

«ИСПОЛНИТЕЛЬ»

ООО «Академия движения»

г. Иркутск ул. Красноярская, 11А

Телефон **49-88-88**

info@akademdv.ru

«ПАЦИЕНТ»

ФИО <Фамилия> <Имя> <Отчество>

Телефон <Телефон>

Email <Элпочта>

Ответственное лицо по доверенности

№3 от 21.03.2022г.

_____ <Договор заключил>

Подпись пациента _____



