

Договор на оказание платных медицинских услуг № _____

г. Симферополь

«_____» _____ 2021г.

Общество с ограниченной ответственностью «ВЛАДИС ГРУПП», именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице генерального директора Подобаевой Юлии Юрьевны, действующего на основании Устава и Лицензии № ЛО-82-01-000861 на осуществление медицинской деятельности, с одной стороны, и

_____,
именуемый в дальнейшем «Заказчик», действующий от своего имени в интересах пациента:

ФИО _____,

_____ года рождения, телефон +7 () _____,

Адрес места жительства:

_____,

именуемого в дальнейшем «Пациент» заключили настоящий договор.

Для целей настоящего договора используются следующие понятия:

Исполнитель - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги потребителям - Общество с ограниченной ответственностью «ВЛАДИС ГРУПП» (ИНН 9102235382, ОГРН 11179102024870, свидетельство о государственной регистрации юридического лица от 09.10.2017, регистрирующий орган Инспекция Федеральной налоговой службы по г. Симферополю, уведомление об осуществлении видов деятельности из числа указанных в части 1 статьи 12 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности», осуществление которых на территориях Республики Крым и г. Севастополя допускается с 1 июня 2015г. без получения лицензии на осуществление медицинской деятельности №1995 ОТ 15.06.2018 дата регистрации 19.06.2018г., перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность: работы (услуги), выполняемые при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу в косметологии; работы (услуги), выполняемые при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: дерматовенерологии, косметологии, организации здравоохранения и общественному здоровью; Федеральный орган исполнительной власти Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Республике Крым и городу федерального значения Севастополю.

Пациент (потребитель) - физическое лицо, получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с настоящим договором, на которое распространяется действие Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

Заказчик - физическое (юридическое) лицо, заказывающее платные медицинские услуги в соответствии с настоящим договором в пользу Пациента (потребителя).

Платные медицинские услуги или Услуги - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет средств Заказчика или иных средств. Полный перечень платных медицинских услуг Исполнителя содержится в прайс- листе Исполнителя, с которым Заказчик/Пациент ознакомлен до момента заключения договора.

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель принимает на себя обязательства оказать Пациенту платные медицинские услуги (далее «Услуги») надлежащего качества, отвечающие всем требованиям, предъявляемым действующим законодательством к медицинской деятельности, а Пациент своевременно оплатить их.

1.2. Перечень оказываемых Услуг определяется по желанию Пациента с учетом медицинских показаний и противопоказаний.

1.3. Исполнитель оказывает медицинские Услуги по адресу: 295034. Республика Крым, г. Симферополь, ул. Тренёва, д.21.

1.4. Предоставление Услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Пациента и согласия Пациента на обработку персональных данных.

2. Права и обязанности сторон, условия и сроки предоставления платных медицинских услуг

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Своевременно оказывать Пациенту Услуги надлежащего качества в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.1.2. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала в предоставлении Услуг по настоящему Договору.

2.1.3. До заключения Договора обеспечить Заказчика/Пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией об Исполнителе и предоставляемых Услугах, методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах.

2.1.4. Предупреждать Заказчика/Пациента о возможности расширения перечня оказываемых Услуг в случае установления дополнительных фактов о состоянии здоровья, заболевании Пациента.

2.1.5. Соблюдать конфиденциальность информации, касающейся самочувствия и здоровья Пациента и факта обращения

его за медицинской помощью (врачебная тайна). В соответствии с п.10 ч.4 ст.13 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в целях контроля за соблюдением качества оказанной Пациенту медицинской помощи Исполнитель вправе передавать сведения составляющие врачебную тайну медицинской экспертной организации без письменного согласия Пациента.

2.2. Исполнитель вправе:

2.2.1. Получать от Заказчика/Пациента любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае не предоставления либо неполного или неверного предоставления Заказчиком/Пациентом информации, Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств до сообщения необходимо информации.

2.2.2. При выявлении противопоказаний отказать Пациенту в проведении лечебно-диагностических процедур.

2.2.3. Отказаться от исполнения настоящего договора в случае невыполнения Пациентом рекомендаций лечащего врача или иного медицинского работника, оказывающего Услуги.

2.2.4. В случае обнаружения у Пациента заболеваний, о которых не было известно при подписании Договора, поставить его в известность и предложить методы дальнейшей диагностики и лечения с учетом имеющихся противопоказания, внося соответствующую информацию в медицинскую документацию. В случае несовместимости такого заболевания с выбранной методикой оказания Услуг предложить и согласовать другой метод, внося соответствующую информацию в медицинскую документацию.

2.2.5. Направить или предложить Пациенту обратиться в другую медицинскую организацию, если лицензия или возможности Исполнителя не позволяют ему оказывать Услуги, необходимость которых выявилась в процессе диагностики и лечения Пациента.

2.2.6. В случае отказа от услуг, которые могли бы, по мнению Исполнителя, уменьшить или снять опасность для здоровья Пациента, получить от него соответствующий письменный отказ от медицинского вмешательства, разъяснив возможные последствия такого отказа для здоровья Пациента.

2.3. Заказчик/Пациент обязуется:

2.3.1. Оплатить стоимость Услуг в порядке и в сроки, установленные настоящим Договором.

2.3.2. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления Услуг по настоящему договору, соблюдать правила посещения медицинской организации Исполнителя, бережно относиться к имуществу Исполнителя и других лиц.

2.3.3. Своевременно подписывать акты об оказании услуг Исполнителем.

2.3.4. Выполнять все требования и рекомендации медицинского персонала Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление Услуг по настоящему Договору, включая сообщения необходимых для этого сведений. По запросу Исполнителя предоставить ему документы и материалы, необходимые для качественного оказания Услуг по настоящему Договору.

2.3.5. Согласовывать с медицинским работником, предоставляющим от имени Исполнителя Услуги, употребление любых гомеопатических препаратов, лекарств, лекарственных трав, БАДов.

2.3.6. Своевременно являться на прием, а в случае болезни или по иной уважительной причине информировать Исполнителя не позднее, чем за сутки до назначенного времени.

2.3.7. В случае отказа от исполнения настоящего договора оплатить Исполнителю фактически понесенные им расходы.

2.3.8. При первой возможности информировать (в том числе по телефону) специалистов (врачей) Исполнителя о невыполнении сделанных ими назначений, причинах этого, об осложнениях.

2.4. Заказчик/Пациент имеет право:

2.4.1. На оказание Исполнителем Услуг надлежащего качества.

2.4.2. На информацию об Исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах.

2.4.3. Самостоятельно на основании действующего прайс-листа Исполнителя определить фактический перечень Услуг, которые он желает получить в рамках действия настоящего Договора.

2.6. Заказчик/Пациент подтверждает, что при заключении настоящего Договора информирован о возможностях получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий

бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Заказчик/Пациент информирован, что в рамках настоящего Договора Исполнитель оказывает услуги только на возмездной основе, оплаченные по настоящему Договору денежные средства не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования.

2.7. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе Пациента в виде отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.8. Срок оказания Услуг согласуется сторонами при каждом последующем посещении. Предоставление Услуг происходит по предварительной записи на прием. Запись осуществляется лично или посредством телефонной связи. Факт окончания этапа исполнения обязательств по настоящему договору (оказание медицинской помощи по конкретному случаю обращения или заболевания) подтверждается подписанием Акта оказанных услуг и/или подписью Пациента в медицинской карте, а также выдачей ему копии медицинской документации (выписки из медицинской документации).

3. Стоимость медицинских услуг и порядок их оплаты

3.1. Цена настоящего Договора не фиксирована, подлежит коррекции по мере оказания Исполнителем Услуг, поскольку количество таких Услуг может увеличиваться с момента заключения настоящего Договора. Услуги, оказываемые Исполнителем, оплачиваются по тарифам согласно действующему прайс-листу Исполнителя.

3.2. Оплата Услуг осуществляется путем перечисления на расчетный счет Исполнителя или путем внесения в кассу Исполнителя денежных средств после оказания услуг и подписания сторонами Акта оказанных услуг, включающего полный перечень оказанных услуг, стоимость каждой услуги и итоговую сумму (данный Акт является Приложением №4 к настоящему Договору).

3.3. Датой оплаты денежных средств считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или день внесения денежных средств в кассу.

4. Ответственность сторон

4.1. Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком/Пациентом за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента.

4.2. В случае, если Заказчик/Пациент посчитает, что Услуги оказаны ненадлежащим образом, он вправе обратиться к лицу, ответственному за лечебную работу в медицинском учреждении Исполнителя, с письменным обоснованием своих претензий.

Лицо, ответственное за лечебную работу в медицинском учреждении Исполнителя, обязано в течение трех рабочих дней рассмотреть претензию и в случае признания претензии, обоснованной по согласованию с Пациентом принять одну из следующих мер: назначить новый срок оказания Услуги; уменьшить стоимость предоставленной Услуги; определить другого специалиста для исполнения Услуги; расторгнуть настоящий Договор и возместить причиненные Пациенту убытки.

4.3. Пациент несет ответственность перед Исполнителем за несвоевременную оплату Услуг, недостоверность представляемой информации о состоянии здоровья, причинение вреда имуществу Исполнителя.

5. Порядок изменения и расторжения договора

5.1. Настоящий Договор может быть изменен или расторгнут по соглашению Сторон.

5.2. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными, на то представителями обеих Сторон.

5.3. Пациент вправе в любое время отказаться от исполнения настоящего Договора при условии оплаты Исполнителю суммы фактически оказанных до момента такого отказа Услуг и фактически понесенных Исполнителем расходов.

5.4. Исполнитель вправе отказаться от исполнения Договора в случаях, предусмотренных п.2.2, 2.3, иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

5.5. Сторона, решившая расторгнуть настоящий Договор, должна письменно уведомить другую сторону о намерении расторгнуть настоящий Договор не позднее, чем за 10 дней до предполагаемого дня расторжения настоящего Договора.

6. Иные условия

6.1. Подписывая настоящий Договор Пациент предупрежден о том, что поскольку медицинская услуга является вмешательством в биологические процессы, неподконтрольные полностью юле и/или воздействию человека, даже при надлежащем выполнении условий Договора и правильном использовании достижений современной медицинской науки, Исполнитель по объективным причинам не может гарантировать Пациенту безусловного достижения положительного результата

6.2. Подписывая настоящий договор, Пациент подтверждает, что сообщил обо всех известных ему проблемах со здоровьем, в том числе аллергических реакциях, индивидуальной непереносимости лекарственных средств, перенесенных заболеваниях, травмах, операциях, принимаемых лекарственных препаратах, наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, уведомлен о наступлении возможных негативных последствий в случае несоблюдения указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, а именно: возможном снижении качества предоставляемой платной медицинской услуги, невозможности ее завершения в срок, возникновении отрицательного воздействия на состояние здоровья Пациента.

6.3. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон. В случае, если договор заключается Заказчиком в пользу Пациента, он составляется в трех экземплярах, по одному для Исполнителя, Заказчика, Пациента.

6.4. Настоящий договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

6.5. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

7. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель

ООО «ВЛАДИС ГРУПП»

ОГРН 1179102024870

ИНН/КПП 9102235382/910201001

АДРЕС: 295034, Республика Крым

г. Симферополь, ул. Тренева 21

р/с 40702810142310002606

БАНК РНКБ (ПАО)

БИК 043510607

Ген. Директор _____ Подобашева Ю.Ю.

Заказчик / Пациент

Паспорт серия _____ номер _____ выдан _____

Адрес места жительства:

Тел. + 7 () _____

_____ / _____

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____

(ФИО Заказчика / Пациента)

« _____ » _____ года рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на выполнение медицинским работником всех видов медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, затрагивающих физическое или психическое состояние пациента и имеющих профилактическую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи по медицинскому массажу, сестринскому делу, первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по косметологии, рефлексотерапии, эндокринологии, терапии, в том числе включенные в 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 (утв. приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012г. N 390н) пациенту:

_____ (ФИО, адрес места жительства Заказчика / Пациента)

в Обществе с ограниченной ответственностью «ВЛАДИС ГРУПП».

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.

Я поставил(а) в известность представителя центра об индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 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):

_____ (ФИО. Заказчика / Пациента, контактный номер)

_____ (подпись) (ФИО гражданина или законного представителя гражданина)

« _____ » _____ 2021г.

(дата оформления)

Согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся, _____,

зарегистрированный по адресу: _____

паспорт серии _____ номер _____ выдан _____

указать сведения о дате выдачи, выдавшем органе

(далее по тексту «Пациент»), в соответствии с требованиями статьи 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006г. «О персональных данных» №152-ФЗ, статьи 13 Федерального закона РФ от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» №323-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку **ООО «ВЛАДИС ГРУПП»**, юридический адрес: Республика Крым, г. Симферополь, ул. Тренева 21.(далее — «Оператор») моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, реквизиты паспорта, информацию о факте обращения за медицинской помощью, данные о состоянии моего здоровья, диагнозах, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иной информации, полученной при моем обследовании и лечении (далее - «персональные данные») в медикопрофилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, с целью учета и отчётности по договору оказания мне платных медицинских услуг, ведения учетной и отчетной медицинской документации, а также с целью осуществления контроля качества объемов и сроков оказания медицинской помощи по договору, информирования меня о новых видах услуг, продукции и акциях Оператора.

В процессе оказания мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам Оператора передавать мои персональные данные иным сотрудникам Оператора, осуществляющим обработку персональных данных в силу своих должностных обязанностей, медицинским работникам медицинских организаций, с которыми Оператором заключен договор на экспертизу и(или) внутренний контроль качества медицинской помощи, в том числе предоставлять работникам таких организаций на обозрение медицинскую документацию (медицинскую карту) (ее копии) в полном объеме.

Предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации и/или без использования таких средств с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам, а также путем передачи персональных данных (в том числе информацию, содержащую сведения о врачебной тайне), по телефону на номер, указанный мной с целью согласования оказания мне медицинских услуг в случаях, предусмотренных договором.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинских документов (в т.ч. медицинской карты).

Настоящее согласие дано мной с момента подписания и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать настоящее 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.

Настоящим также подтверждаю свое согласие на обработку Оператором моего контактного телефона, адреса электронной почты и почтового адреса, с целью информирования меня о предстоящем посещении врача, сроках оказания услуг, предоставления иных, связанных с исполнением договора на оказание медицинских услуг, сведений, в том числе результатов медицинского исследования, анализов, иной медицинской документации, путем предоставления соответствующей информации с помощью электронной почты, смс-информирования, почтовой рассылки (я уведомлен, что информация будет направлена по незащищенным каналам связи, в связи с чем, Оператор не может нести ответственность за несанкционированное попадание сведений к третьим лицам).

(ФИО Заказчика / Пациента, контактный номер)

(подпись) (ФИО гражданина или законного представителя гражданина)

« » _____ 2021г.

(дата оформления)

Информированное добровольное согласие пациента на применение инфильтрационной анестезии

Я, _____,

(ФИО Заказчика / Пациента)

в соответствии с ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" проинформирован(а) лечащим врачом

_____ о следующем: Цель оказания услуги: местная инфильтрационная и/или проводниковая анестезия применяются с целью временного снижения болевого порога чувствительности во время медицинских процедур. Метод оказания услуги:

Инфильтрационная анестезия проводится путем введения анестетика через иглу шприца. После вкола иглы в кожу выпускают анестетик, и, по мере его диффузии, продвигают иглу и инфильтрируют поверхностные ткани до образования «лимонной корочки». Расположив иглу под необходимым углом к поверхности кожи, инфильтрируют анестетиком подлежащие ткани: подкожную жировую клетчатку, межфасциальное пространство. Вводят анестетик как по протяжению тканей, так и в глубину их. Анальгезирующий эффект достигается через 1-3 минуты, продолжительность анестезии составляет до 3-х часов.

Предполагаемый результат оказания медицинской услуги: болевой порог снижается, что приводит к временной утрате чувствительности в области введения раствора анестетика. Противопоказания: индивидуальная чувствительность к компонентам препарата

С учетом самой технологии медицинской услуги и биологических особенностей организма возможны следующие неблагоприятные исходы (риски) оказания услуг, не связанные с ненадлежащим исполнением договорных обязательств Исполнителем:

N п/п	Неблагоприятный исход /риск/	Причина	% Возникновения
1	Со стороны сердечно-сосудистой системы: гипертензия, гипотензия, брадикардия, тахикардия	Индивидуальная чувствительность к компонентам препарата	Менее 1%
2	Со стороны желудочно-кишечного тракта: тошнота, рвота		Менее 1%
3	Со стороны ЦНС и периферической нервной системы: головная боль, головокружение, парестезии, ступор, прогрессирующий до потери сознания, остановки дыхания, судороги		Менее 1%
4	Аллергические и аллергоподобные реакции, проявляющиеся как отечность или воспалительная реакция в месте введения, а также гиперемия кожных покровов, конъюнктивит, ринит и ангионевротический отек (проявляющийся в отеке верхней и/или нижней губы, щек, отеком голосовых связок, затруднением глотания, крапивницей и затруднением дыхания). Любые из этих проявлений могут прогрессировать до анафилактического шока		Менее 0,01%

Я даю согласие на проведение мне местной инфильтрационной анестезии препаратом

Мне понятны и разъяснены все термины, используемые в Данном добровольном информированном согласии.

Настоящей подписью я удостоверяю, что ознакомлен(а) с приведенной выше информацией, а также информацией предоставленной мне лечащим врачом в устной форме в отношении особенностей проведения процедуры. Я даю согласие на возможные неблагоприятные исходы (риски), указанные в данном документе.

Мне разъяснены особенности постпроцедурного ухода.

Ранее аллергических реакций на анестетик _____ у меня не отмечалось.

_____ (подпись) (ФИО Заказчика / Пациента)

« » _____ 2021г.
(дата оформления)

Акт об оказанных платных медицинских услугах

от « _____ » _____ 2021г.

Исполнитель **Общество с ограниченной ответственностью «ВЛАДИС ГРУПП»**

Пациент _____

Настоящий акт составлен в том, что на основании договора № _____ от « _____ » _____ 2021г.

Исполнитель оказал Заказчику /Пациенту следующие медицинские услуги:

№	Наименование медицинской услуги	Количество	Ед. изм.	Цена	Сумма
Итого:					
В том числе НДС					без НДС
Всего (с учетом НДС)					

Всего оказано услуг на сумму: _____ рублей ----- коп., в т.ч. без НДС

Все вышеуказанные услуги оказаны полностью, претензий к качеству оказанных исполнителем услуг заказчик не имеет.

Ген. директор Подобашева Ю.Ю. _____

Пациент _____