

ДОГОВОР № _____
об оказании платных медицинских услуг
в ЗАО «Санаторий «Надежда»

г. Анапа

«___» _____ г.

Закрытое Акционерное Общество «Санаторий «Надежда», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Астапинко Антона Витальевича, действующего на основании Устава, лицензии на медицинскую деятельность № ЛО-23-01-012406 от 08 июня 2018 года, с одной стороны

и гражданин(ка) _____ (ФИО) именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

Для целей настоящего Договора используются следующие основные понятия:

Платные медицинские услуги - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;

Потребитель - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с настоящим Договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

Исполнитель - медицинская организация, независимо от организационно-правовой формы, а также индивидуальный предприниматель, оказывающие платные медицинские услуги в соответствии с Договором.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему Договору Исполнитель оказывает Потребителю медицинские услуги по своему профилю деятельности на платной основе (далее - Услуги), согласно утвержденному в установленном порядке прейскуранту цен на эти Услуги (далее - Прейскурант), а Потребитель обязуется оплатить эти Услуги.

1.2. Предоставление и оказание Услуг по настоящему Договору осуществляется только при наличии информационного добровольного согласия Потребителя и Согласия об обработке персональных данных, являющихся неотъемлемой частью договора.

1.3. Настоящий Договор обеспечивает реализацию прав «Потребителя» на получение платных медицинских услуг в виде:

1.4. Перечень и стоимость услуг, предоставляемых Потребителю, указаны в Прейскуранте Исполнителя, действующем на дату составления настоящего договора.

1.5. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

1.5.1. Ознакомлен Правилами предоставления платных медицинских услуг ЗАО «Санаторий «Надежда» и Прейскурантом на Услуги;

1.5.2. Предоставил всю необходимую информацию об Исполнителе, оказываемых им Услугах, квалификации его сотрудников (медицинских работников, оказывающих Услуги), предусмотренную требованиями Закона РФ "О защите прав потребителей" в установленном этим законом объеме;

1.5.3. Уведомил его о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего Услуги), в том числе назначенного режима прохождения процедур (медицинских услуг), могут снизить качество предоставляемой Услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1. Услуги Потребителю оказываются в соответствии с режимом работы Исполнителя, который доводится до сведения Потребителя при заключении Договора.

2.2. Исполнитель (медицинский работник, оказывающий Услуги) осуществляет прием Потребителя каждый раз, в обязательном порядке проставляя отметку об оказанной услуге в медицинской документации (санаторно-курортная книжка и т.д.) Потребителя. После оказания Услуг, Потребитель собственноручно

проставляет подпись в Акте оказанных услуг, что свидетельствует об успешном и качественном оказании данной Услуги Исполнителем.

2.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных Услуг, не предусмотренных пунктом 1.1 настоящего Договора, Исполнитель предупреждает об этом Потребителя, и Услуги оформляются Дополнительным Соглашением к настоящему Договору и оплачиваются Потребителем согласно Прейскуранту.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Оплата медицинских услуг производится Потребителем за счет наличных денежных средств или безналичным расчетом в кассе Исполнителя перед оказанием услуг, в форме 100% предоплаты.

3.2. Стоимость оказываемых Потребителю услуг, согласно Прейскуранту, составляет _____ руб.

3.3. В случае отказа Заказчика в ходе исполнения договора от части медицинских услуг, по своей инициативе, Заказчик обязан оплатить Исполнителю только фактически оказанные услуги.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Исполнитель обязан:

4.1.1. Своевременно и качественно оказать Потребителю медицинские услуги в установленный Договором срок.

4.1.2. Предоставить Потребителю доступную для его понимания достоверную информацию о предоставленных Услугах, о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

4.1.3. Обеспечить Потребителя в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о разрешении (лицензии) на медицинскую деятельность, о месте оказания Услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг, их стоимости, условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

4.1.4. Вести учет видов, объемов и стоимости оказываемых Потребителю Услуг.

4.1.5. Хранить в тайне информацию, содержащуюся в медицинской документации Потребителя, руководствуясь Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Соблюдать конфиденциальность информации о состоянии здоровья Потребителя (врачебная тайна).

4.2. Исполнитель имеет право:

4.2.1. Требовать от Потребителя представления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему Услуги.

4.2.2. Требовать от Потребителя полной оплаты согласно пункту 3.2 настоящего Договора.

4.2.3. По согласованию с Потребителем предложить изменить план обследования (диагностики) и/или лечения (оказания Услуг), в случае если это необходимо. Необходимость таких изменений в рамках настоящего Договора определяется Исполнителем, исходя из фактов, касающихся жизни и здоровья Потребителя.

4.2.4. Прекратить или приостановить выполнение своих обязательств по настоящему Договору в одностороннем порядке при невыполнении и/или ненадлежащем выполнении Потребителем своих обязательств по настоящему Договору.

4.2.5. Исполнитель не несет ответственность за результат оказания медицинских услуг в случае несоблюдения потребителем рекомендаций по лечению и иных неправомерных действий.

4.3. Потребитель обязан:

4.3.1. Своевременно оплатить стоимость Услуги.

4.3.2. Сообщить Исполнителю сведения, необходимые для качественного исполнения Услуги о состоянии своего здоровья (реакции на лекарственные средства, перенесенные заболевания, противопоказания, выписку из истории болезни, результаты обследований и т.д.)

4.3.3. Соблюдать в полном объеме условия получения медицинской услуги, установленные Исполнителем, неукоснительно соблюдать рекомендации врача, режимы и правила получения медицинских услуг.

4.3.4. Заблаговременно (не позднее, чем за 12 (двенадцать) часов до начала получения Услуги) проинформировать Исполнителя о необходимости изменения назначенного ему по предварительной записи времени оказания Услуги. В случае, если предварительная запись была осуществлена, а Потребитель не явился в назначенные ему дату и время и не предупредил Исполнителя о необходимости изменения назначенного времени за 12 (двенадцать) часов, Услуга считается оказанной, и оплачивается Потребителем

в соответствии с Прейскурантом.

4.3.5. Потребитель подтверждает, что согласен на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

4.4. Потребитель имеет право:

4.4.1. При обращении за Услугами к Исполнителю, в рамках настоящего Договора, пользоваться всеми правами, предусмотренными соответствующими положениями Гражданского Кодекса РФ, Закона о защите прав потребителей, основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, а также нормами подзаконных актов, регулирующих оказание населению платных медицинских услуг.

4.4.2. Получить медицинские услуги в установленном настоящим Договором объеме и срок.

4.4.3. В ходе оказания платных медицинских услуг отказаться от части из них и оплатить Заказчику только фактически оказанные услуги, Заказчик обязан возратить переплату Исполнителю.

5. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ УСЛУГЕ

5.1. Исполнитель имеет лицензию на медицинскую деятельность № ЛО-23-01-012406 от 08 июня 2018 года, выдана министерством здравоохранения Краснодарского края.

5.2. Продолжительность услуги с _____._____ г. по факту оказания последней услуги.

5.3. Потребитель дает согласие на проведение приема врача и медицинских услуг.

5.4. Потребитель дает согласие на получение информации о состоянии своего здоровья, результата обследования следующим лицам:

(заполняет пациент при необходимости)

5.5. Потребитель уведомлен о том, что данный вид медицинской услуги не входит в Территориальную программу государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам Российской Федерации в Краснодарском крае, и не финансируется из бюджетных средств или средств обязательного медицинского страхования.

5.6. До Потребителя доведена информация о лицензии Исполнителя на осуществление медицинской деятельности. Орган, выдавший лицензию на медицинскую деятельность - Министерство здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар, ул. Коммунаров, дом 276/1, телефон горячей линии 8(861) 207-07-07.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. Исполнитель несет ответственность:

6.1.1. За качество выполняемого лечебно-диагностического, реабилитационно-восстановительного, санаторно-курортного процесса.

6.1.2. За соблюдение сроков исполнения назначенной медицинской услуги.

6.1.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неудовлетворительный исход или осложнения, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, грубой неосторожности или иных неправомерных действий Потребителя.

6.1.4. Исполнитель не несет ответственности за деятельность платежных систем, платежных агентов и любых других операторов электронных платежей.

6.2. Потребитель несет ответственность:

6.2.1. За достоверность предоставляемой информации о своем здоровье, качественное выполнение рекомендации врача, правил прохождения процедур, правил поведения после процедур, своевременную оплату медицинских услуг.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ЕГО РАСТОРЖЕНИЯ

7.1. Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по нему.

7.2. Договор считается выполненным после проведения (исполнения) взаимных обязательств Сторонами.

7.3. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим Договором, Стороны примут все необходимые меры к их разрешению путем переговоров.

7.5. В случае невозможности разрешения спора путем переговоров вопросов разрешается в судебном порядке.

7.6. Условия Договора могут быть изменены по соглашению сторон путем оформления в письменной форме дополнений, являющихся неотъемлемой частью Договора.

7.7. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

8.1. Потребитель своей подписью подтверждает, что в процессе заключения Договора, до подписания всех документов, он получил всю необходимую информацию, предусмотренную требованиями Закона РФ "О защите прав потребителей" в установленном этим Законом объеме.

8.2. Потребитель гарантирует Исполнителю, что он заключает настоящий Договор по доброй воле, не вследствие стечения тяжелых обстоятельств, и настоящий Договор не является для него (Потребителя) кабальной сделкой.

8.3. Исполнитель своей подписью подтверждает, что в процессе заключения Договора, до подписания всех документов, он предоставил всю информацию о предоставляемых платных медицинских услугах, правилах и условиях их предоставления и оказания в устной и/или письменной форме, необходимую для осуществления Потребителем правильного выбора платных медицинских услуг.

8.4. Все сообщения, предупреждения, уведомления, заявления и иные юридически значимые сообщения (далее вместе – сообщение) Сторон в ходе исполнения Договора направляются Сторонами в письменной форме по электронной почте либо через операторов почтовой связи общего пользования (далее – почтой), заказным письмом с уведомлением о вручении, курьерскими службами, либо передаются нарочно под подпись уполномоченному представителю принимающей Стороны. Сообщение по электронной почте считается полученным принимающей Стороной в день успешной отправки этого сообщения, при условии, что оно отправляется по адресам, указанным в разделе реквизитов Договора.

8.5. Сообщение, направленное почтой, заказным письмом с уведомлением, считается полученным принимающей Стороной в следующих случаях:

- имеется подтверждающая факт получения сообщения информация сервиса «Отслеживание почтовых отправлений» с официального сайта ФГУП «Почта России» или, если письма направлены через иную организацию почтовой связи, информация от такой организации почтовой связи, полученная любым способом;

- несмотря на почтовое извещение, принимающая Сторона не явилась за получением сообщения или отказалась от его получения, или сообщение не вручено принимающей Стороне в связи с отсутствием адресата по указанному в разделе реквизитов Договора адресу, в результате чего сообщение возвращено организацией почтовой связи по адресу направляющей Стороны с указанием причины возврата.

Сообщение считается доставленным и в тех случаях, если оно поступило принимающей Стороне, но по обстоятельствам, зависящим от нее, не было ей вручено, или принимающая Сторона не ознакомилась с ним.

Сообщение, переданное нарочно принимающей Стороне, считается полученным такой Стороной с даты фактического вручения сообщения уполномоченному представителю принимающей Стороны под подпись.

8.6. Настоящий Договор составлен в двух одинаковых экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон. Все приложения, дополнения и изменения к настоящему Договору являются его неотъемлемой частью при условии их подписания уполномоченными лицами, а также скрепления их печатями Сторон. По соглашению Сторон Договор, Дополнительные соглашения, Приложения к нему, могут быть составлены в форме электронных документов, подписанных усиленной квалифицированной электронной подписью каждой из Сторон.

9. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

ЗАО «Санаторий «Надежда»

Местонахождение:
353440, г.Анапа, ул.Калинина, д.30
Почтовый адрес:
353440, г.Анапа, ул.Калинина, д.30
ИНН 2301006169
ОГРН 1022300508878
р/с 40702810900450000049
в КБ «Кубань Кредит» ООО
БИК 040349722(9)
Телефон 8(86133) 4-57-83 (приемная ген.
директора)

Генеральный директор

_____/А.В. Астапинко/
м.п.

Потребитель

Ф.И.О. _____ Год
рождения _____ Паспорт
_____ Выдан

Дата выдачи _____
Адрес регистрации _____

Телефон _____

Подпись _____/
(Ф.И.О. пациента (законного представителя,
подпись, расшифровка подписи)

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
« ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо
законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий 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, зарегистрированный 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. № 390н¹ (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 Закрытом акционерном Обществе «Санаторий «Надежда»
(полное наименование медицинской организации)

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):

_____ (фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя полностью и подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество медицинского работника полностью и подпись)

« ____ » _____ 20 ____ г.

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Настоящим подтверждаю:

– достоверность указанных мной персональных данных (включая ФИО; пол; дату и место рождения; адрес(а) электронной почты; номер(а) телефона(ов), в т.ч. мобильного; адрес постоянной, временной регистрации; и т.п.);

– свободно, своей волей и в своем интересе лично даю свое согласие на обработку ЗАО «Санаторий «Надежда» (ИНН: 2301006169, ОГРН 230101001, адрес места нахождения 353440 Краснодарский край г. Анапа ул. Калинина д.30), далее – «Оператор», моих персональных данных (в том числе биометрических):

а) указанных при регистрации на сайте Оператора www.sanatoriy-nadezhda.online, и/или

б) предоставленных представителям Оператора,

а также таких данных как псевдоним (ник-нейм), адрес устройств, через которые я осуществляю вход на сайт Оператора www.sanatoriy-nadezhda.online, ip-адрес, поисковые запросы, интернет-адреса посещаемых мной веб-страниц, идентификатор, присваиваемый мне Оператором, географический адрес точки подключения к сети Интернет, в целях:

соблюдения обязательных требований законодательства РФ; выполнения обязательств (Оператором, а также привлекаемым Оператором третьими лицами); осуществления коммуникации между мной и Оператором посредством любой формы связи, в т.ч. формы обратной связи на сайте Оператора www.sanatoriy-nadezhda.online; информирования меня о порядке, условиях и изменении таких условий деятельности Оператора; проверки соответствия внутренним требованиям Оператора; и с иными целями в рамках законодательства РФ.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая передачу их третьим лицам, а также сбор, запись, в т.ч. запись телефонных разговоров с Оператором/ представителями Оператора, накопление, систематизацию, хранение, обновление, изменение, уточнение, извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ) третьим лицам исключительно в целях исполнения соглашения между мной и Оператором, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, внесение в электронную базу данных, включение в списки (реестры) и отчетные формы.

Настоящим даю согласие получать от Оператора и/ или привлеченных Оператором с этими целями третьих лиц сообщения, рекламные сообщения и другую информацию через любые каналы коммуникации, включая почту, электронную почту, SMS – сообщения, телефон и иные средства связи;

подтверждаю свое ознакомление и согласие с правилами, установленными Оператором и всей документацией, размещенной на сайте Оператора www.sanatoriy-nadezhda.online;

даю согласие на передачу своих персональных данных, включая все способы обработки персональных данных, перечисленные в данном согласии, любым третьим лицам, привлекаемым Оператором исключительно в целях исполнения соглашения между мной и Оператором;

Оператор вправе продолжать обрабатывать персональные данные без согласия субъекта персональных данных при наличии такой обязанности, установленной законодательством Российской Федерации. Срок обработки персональных данных в таком случае продлевается до момента исполнения указанных обязанностей.

С настоящим документом ознакомлен и согласен.

(фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя полностью и подпись)

о приемке оказанных платных медицинских услуг

ЗАО «Санаторий «Надежда», лицензия на медицинскую деятельность регистрационный номер № ЛО41-01126-23/00322024 от 08 июня 2018 года, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице Генерального директора Астапинко Антона Витальевича, действующего на основании Устава, с одной стороны,

и _____
именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. В соответствии с условиями Договора _____ от " ____ " _____ г. N _____ Исполнитель оказал Заказчику услуги, включающие:

- 1.1. _____
- 1.2. _____
- 1.3. _____
- 1.4. _____

2. Указанные в п. 1 настоящего Акта услуги согласно Договора оказаны в полном объеме с " ____ " _____ г. по " ____ " _____ г.

3. Претензий к качеству количеству и срокам оказанных платных медицинских услуг, лекарственным препаратам, средствам, материалам предоставленным Исполнителем у Заказчика не имеется. Оказанные у услуги приняты в полном объеме Заказчиком.

4. Стоимость оказанных услуг составляет _____ (_____) рублей.

5. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

ЗАО «Санаторий «Надежда»

Местонахождение:
353440, г.Анапа, ул.Калинина, д.30
Почтовый адрес:
353440, г.Анапа, ул.Калинина, д.30
ИНН 2301006169
ОГРН 1022300508878
р/с 40702810900450000049
в КБ «Кубань Кредит» ООО
БИК 040349722(9)
Телефон 8(86133) 4-57-83 (приемная ген. директора)

Генеральный директор

_____/А.В. Астапинко/
м.п.

Потребитель

Ф.И.О. _____ Год
рождения _____ Паспорт
_____ Выдан

Дата выдачи _____
Адрес регистрации _____

Телефон _____

Подпись _____/
(Ф.И.О. пациента (законного представителя,
подпись, расшифровка подписи)