Центр семейной медицины

ЦСМ

Акционерное общество «Центр семейной медицины»
ИНН 6658112160 ОГРН 1026602320502
620043, Екатеринбург, ул. Начдива Васильева, 1/3

Почтовый адрес: 620043, Екатеринбург, а/я 35
Телефон: +7 (343) 237-1-999, 214-8-999
Сайт: www.cfm.ru E-mail: cfm@cfm.ru

ДОГОВОР № <НомерДоговора> на оказание медицинских услуг

<ГородНазвание> <ДатаДоговора>

Акционерное общество «Центр семейной медицины» именуемое в дальнейшем «Исполнитель» в лице <ПодписьФИОР>, действующей(его) на основании <ПодписьДоверенность>, с одной стороны, и <ПациентФИО>, именуемый(-ая) в дальнейшем «Заказчик», намеренный оплатить медицинские услуги, оказываемые <ПациентФИО>, именуемый(-ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА:

Сведения об Исполнителе:

Наименование полное и сокращенное наименование: <ОрганизацияНаименованиеПолное> (<ОрганизацияНаименование>).

Адрес юридического лица в пределах его места нахождения: <ОрганизацияАдрес>.

Информация о лицензии на осуществление медицинской деятельности: <ЛицензияП> (далее — лицензия), <ЛицензияРаботы>

Выписка из Единого реестра лицензий (сформированная на интернет-портале Росздравнадзора) на осуществление медицинской деятельности находится в доступной форме на информационных стендах Исполнителя, а также на сайте Исполнителя в информационно- телекоммуникационной сети «Интернет» (www. Cfm.ru).

Сведения о Потребителе :<ПациентФИО>, <ПациентАдрес>.

Сведения о Заказчике (в том числе, если Заказчик и законный представитель Потребителя - одно и то же лицо): <ПациентФИО>, <ПациентАдрес>.

В рамках настоящего договора используются следующие основные понятия:

«договор» - договор, в соответствии с которым предоставляются платные медицинские услуги, в том числе договор добровольного медицинского страхования;

«заказчик» - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

«платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые гражданам за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров по желанию граждан при оказании медицинской помощи;

«потребитель» - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором.

Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

"исполнитель" - медицинская организация <ОрганизацияНаименованиеПолное> (<ОрганизацияНаименование>), предоставляющая платные медицинские услуги в соответствии с договором.

Информирование (уведомление) Потребителя и (или) Заказчика:

При заключении настоящего договора Потребителю предоставлена, в доступной форме, следующая информация:

- о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

а) порядок оказания медицинской помощи и стандарты 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;

б) о возможности выбора медицинского работника, оказывающего медицинские услуги, информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);

в) _____(другие сведения, относящиеся к предмету договора);

- о форме и способах направления обращений (жалоб) в контролирующие органы и организации, установленные действующим законодательством РФ, а также почтовый адрес и адрес электронной почты, на которые может быть направлено обращение (жалоба);

- о том, что на территории медицинской организации, за исключением мест, предназначенных для непосредственного оказания медицинских услуг, с целью обеспечения безопасности, контроля качества медицинской помощи и противодействию коррупции ведется видеонаблюдение;

- 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.

Потребитель уведомлен:

- в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и Правила внутреннего распорядка для потребителей услуг (Пациентов), утвержденные Исполнителем.

- несоблюдение назначений (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя;

✓ _____/ _____/

ФИО подпись

1. Предмет договора.

1.1. По настоящему Договору Исполнитель обязуется оказать Потребителю на возмездной основе медицинские услуги по диспансерному наблюдению беременных женщин (далее по тексту – Программа наблюдения), отвечающие требованиям Приказа Минздрава РФ от 20.10.2020 года N 1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология", в соответствии с Прейскурантом платных медицинских услуг Исполнителя (Перечнем цен на услуги <ОрганизацияНаименование>), а Потребитель и (или) Заказчик обязуется оплатить оказанные ей медицинские услуги.

1.2. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, их стоимость, складывающаяся из общего объема оказанных Исполнителем платных медицинских услуг в рамках настоящего договора, и порядок оплаты устанавливаются Сторонами дополнительным соглашением к настоящему договору.

Платные медицинские услуги предоставляются с учетом номенклатуры медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи. Просьба Потребителя оформляется в форме его письменного согласия в дополнительных соглашениях к настоящему договору.

Перечень медицинских услуг, входящих в Программу наблюдения, назначаются лечащим врачом по индивидуальным медицинским показаниям. Программа наблюдения беременности и Лист назначений, могут быть дополнены и (или) изменены по рекомендациям врача с согласия Потребителя и (или) Заказчика, при этом медицинский работник в обязательном порядке информирует об этом Потребителя и (или) Заказчика и предоставляет полные сведения о необходимости данных обследований и лечебных мероприятий, возможных осложнениях, методах их профилактики и коррекции.

Лист назначений с момента подписания договора находится у Потребителя и (или) Заказчика, предъявляется при каждом оказании услуг, с целью фиксации даты оказания услуг. В случае утери Листа назначений, Потребитель и (или) Заказчик получает новый бланк, предшествующие услуги подтверждаются записями в медицинской обменной карте.

1.3. Условия и срок предоставления платных медицинских услуг:

- платные медицинские услуги оказываются Потребителю после заключения настоящего договора;

- в случае, если у Исполнителя отсутствует возможность оказать платные медицинские услуги непосредственно после заключения настоящего договора в сроки, согласованные Сторонами с учетом характера заболевания (состояния), медицинских показаний, объема необходимых медицинских услуг, режима работы Исполнителя и требований действующего законодательства Российской Федерации.

Дата и время оказания медицинских услуг определяются по предварительной записи либо непосредственно при обращении Потребителя, если иное не предусмотрено условиями настоящего Договора.

Если оказание медицинских услуг осуществляется курсом либо в несколько этапов, сроки их оказания могут определяться индивидуальным планом лечения, медицинской документацией и (или) графиком посещений, согласованным с Потребителем.

В случае возникновения обстоятельств, препятствующих оказанию медицинских услуг в согласованный срок (в том числе по медицинским показаниям, вследствие временной нетрудоспособности медицинского работника, неисправности медицинского оборудования, обстоятельств непреодолимой силы либо по инициативе Потребителя), срок оказания услуг подлежит изменению по соглашению Сторон.

Исполнитель не выдает Потребителю родовой сертификат.

1.4. Исполнитель оказывает Потребителю медицинские услуги по настоящему договору в условиях медицинской организации по адресу, указанному в лицензии, за исключением случаев привлечения третьих лиц к оказанию платных медицинских услуг по настоящему договору.

1.5. По соглашению Сторон настоящего Договора, Стороны определили, что сроки предоставления платных медицинских услуг зависят от состояния здоровья Потребителя, от графика работы конкретного медицинского работника, участвующего в оказании медицинской услуги, характера оказываемой медицинской услуги, времени для подготовки Потребителя к медицинской услуге, а также от организационной возможности проведения медицинской услуги, такие сроки указываются в медицинской документации Потребителя или иных документах (в плане лечения, в записях на приемы и иное). Сроки предоставления платных медицинских услуг - это период, которым ограничивается время от заключения настоящего договора и (или) Дополнительного (ых) соглашения (ий) к нему до момента начала оказания платной медицинской услуги.

1.6. Услуги считаются оказанными после подписания Сторонами акта об оказании услуг.

1.7. Если в течении 3 (Трех) месяцев со дня внесения Заказчиком оплаты за медицинские услуги они не будут востребованы Заказчиком и (или) Потребителем, то в соответствии со статьей 782 ГК РФ, Сторонами признается односторонний отказ Заказчика и (или) Потребителя от части не оказанных медицинских услуг, в этом случае оплаченные денежные средства подлежат возврату Заказчику за вычетом суммы, оказанных по настоящему договору медицинских услуг.
1.8. Исполнитель, после исполнения обязательств по настоящему договору, выдает по запросу Потребителя (законного представителя Потребителя, третьих лиц, при наличии согласия Потребителя или без его согласия, в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах медицинского обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в порядке установленном законодательством об охране здоровья, без взимания дополнительной платы.
1.9. Потребитель дает 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, которое действительно в течение срока действия настоящего договора.
1.10. При исполнении настоящего Договора Стороны руководствуются положениями настоящего договора и действующим законодательством РФ.

2. Права и обязанности сторон.
2.1. Потребитель и (или) Заказчик имеет право:
2.1.1. Получать полноценную и своевременную информацию о своих правах и обязанностях, о ходе оказания услуги, о состоянии своего здоровья.
2.1.2. В любой момент расторгнуть настоящий договор по своей инициативе, при этом оплатив Исполнителю уже выполненные по настоящему договору услуги.
2.1.3. Отказаться от медицинского вмешательства в полном объеме или в части, оформив письменный отказ от медицинского вмешательства.
2.1.4. Требовать с Исполнителя возмещения убытков, ущерба, вреда, причиненного его здоровью при оказании ему медицинских услуг по настоящему договору, компенсации морального вреда в случаях нарушения Исполнителем условий настоящего договора.
2.1.5. Потребитель дает свободно, своей волей и в своем интересе согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения настоящего договора, а также для защиты жизни, здоровья Потребителя или иных жизненно важных интересов.
2.1.6. Требовать от Исполнителя сметы на предоставление платных медицинских услуг, при этом в случае предоставления сметы, она является неотъемлемой частью настоящего договора и Потребителю разъяснено Исполнителем, что на оказание платных медицинских услуг, предусмотренных настоящим договором, может быть составлена твердая или приблизительная смета.
2.1.7. Иные права, предусмотренные действующим законодательством РФ.
2.2. Потребитель обязан:
2.2.1. Пройти требуемые исследования (консультации), а при необходимости, лечение, рекомендованное врачом, в медицинской организации по выбору пациента.
2.2.2. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.
2.2.3. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения и незамедлительно сообщать об изменении самочувствия в ходе оказания услуги и нарушения порядка оказания услуги.
2.2.4. Проводить полную и своевременную оплату услуг Исполнителя.
2.2.5. Знакомиться и подписывать предоставляемые Исполнителем информированные добровольные согласия по проводимым медицинским вмешательствам.
2.2.6. Прибыть в день и время назначенные Исполнителем, предоставить Исполнителю при первом обращении паспорт или иной документ, удостоверяющий личность, а также сведение о фактическом месте жительства с целью надлежащего оформления обменной карты беременной женщины и листка нетрудоспособности по беременности и родам. При невозможности прибыть в назначенное время, уведомить об этом исполнителя за 24 (двадцать четыре) часа.
2.2.7. Потребитель, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", при нахождении на лечении, обязан соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и Правила внутреннего распорядка для потребителей услуг (Пациентов) в медицинской организации.
2.2.8. Бережно относиться к имуществу Исполнителя, не допускать его порчи.
2.2.9. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с медицинским работником употребление любых лекарственных препаратов, лекарств, биологически-активных добавок в период действия договора.
2.2.10. При возникновении каких-либо осложнений, прямо или косвенно связанных с выполнением медицинских услуг, незамедлительно предоставить медицинскому работнику Исполнителя информацию об этом, путем звонка по официальному номеру Исполнителя или сообщением на электронную почту cfm@cfm.ru.
2.2.11. Иные обязанности, предусмотренные действующим законодательством РФ.
2.3. Исполнитель имеет право:
2.3.1. На основании полученных от Потребителя данных, самостоятельно определять медицинские технологии, исходя из клинической ситуации, диагноза, иных значимых медицинских обстоятельств, выбрать с информированного добровольного согласия Потребителя наиболее эффективный метод лечения.
2.3.2. Отказать в лечении при обнаружении противопоказаний, выявленных в ходе обследования и лечения, при предоставлении неполных или недостоверных данных о состоянии здоровья и личности Потребителя или в случае отказа Потребителя от подписания информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.
2.3.3. На получение достоверных сведений об имеющихся у Потребителя заболеваниях и иных обстоятельствах, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем услуг, в том числе и на получение от Потребителя медицинских документов, отражающих состояние здоровья Потребителя и способных повлиять на предоставление медицинских услуг по настоящему договору.
2.3.4. Отказаться от исполнения настоящего договора в случае невыполнения Потребителем рекомендаций медицинского работника, предоставляющего услуги.
2.3.5. Обрабатывать полученные от Потребителя персональные данные.
2.3.6. Передавать исполнение всех услуг или части третьим лицам, имеющим соответствующие лицензии на данные виды деятельности.
2.3.7. В случае непредвиденного отсутствия медицинского работника Исполнителя в день приема Потребителя по предварительному согласованию с Потребителем направить последнего к другому медицинскому работнику Исполнителя соответствующего профиля и квалификации.
2.3.8. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе медицинских услуг, не предусмотренных договором, оказывать такие медицинские услуги на возмездной основе, без оформления дополнительного соглашения к договору либо нового договора, в случае если Потребитель предупрежден о такой необходимости и подписал информированное добровольное согласие, с указанием конкретных медицинских услуг, оказываемых дополнительно, по их стоимости в соответствии с Перечнем цен на услуги <ОрганизацияНаименование> (прейскурантом цен) на момент оплаты медицинских услуг.
2.3.9. В случае нарушения Потребителем предписаний, рекомендаций и назначений врача, в том числе неявки на диспансерный осмотр без согласования с врачом в течение одного месяца после последнего визита, отказаться от исполнения настоящего договора, при этом Потребителю возвращаются уплаченные ранее денежные средства за текущий Триместр беременности за вычетом стоимости, фактически оказанных на момент расторжения договора медицинских услуг в Текущем триместре.
2.3.10. По согласованию с Потребителем и (или) Заказчиком предложить изменить План наблюдения и (или) лечения, если это необходимо. Необходимость внесения таких изменений определяется лечащим врачом или врачом, проводящим обследование индивидуально, исходя из фактов, касающихся состояния здоровья Потребителя.
2.3.11. Иные права, предусмотренные действующим законодательством РФ.
2.4. Исполнитель обязан:
2.4.1. Оказывать медицинские услуги в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации, на основе клинических рекомендаций и в соответствии с режимом работы Исполнителя, который доводится до сведения Потребителя при заключении настоящего договора.
2.4.2. Предоставить специалистов Исполнителя, которые будут осуществлять оказание услуг.
2.4.3. Не производить разглашение персональных данных Потребителя, кроме как на основаниях, предусмотренных действующим законодательством РФ.
2.4.4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя. Без оформления дополнительного соглашения к договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости, Исполнитель не вправе предоставлять медицинские услуги на возмездной основе, за исключением, если Потребитель предупрежден о дополнительных медицинских услугах в порядке, установленном п. 2.3.8 настоящего договора.
2.4.5. Вести всю необходимую медицинскую документацию в установленном действующим законодательством порядке.
2.4.6. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, а также денежных средств, поступивших от Потребителя.
2.4.7. Предоставить Потребителю (законному представителю Потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:
- о состоянии его здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, об установленном диагнозе, о методах лечения, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, об их последствиях, а также о предполагаемых результатах лечения;
- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их службы (сроках годности), медицинских показаниях (медицинских противопоказаниях) к применению, а также

сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.
2.4.8. В целях защиты прав Заказчика и (или) Потребителя (в том числе в целях предоставления социального налогового вычета по налогу на доходы физических лиц, предусмотренного НК РФ) Исполнитель по заявлению Заказчика и (или) Потребителя при наличии согласия потребителя или его законного представителя выдает документы, подтверждающие фактические расходы на оказанные медицинские услуги и (или) приобретение лекарственных препаратов, предусмотренные действующим законодательством РФ.
2.4.9. Иные обязанности, предусмотренные действующим законодательством РФ.

3. Ответственность сторон.
3.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.
3.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.
3.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье в соответствии с п. 2.2.2 настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п. 2.2.3 настоящего договора.
3.4. Потребитель несет ответственность за вред имуществу Исполнителя, причиненный Потребителем, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.
3.5. При наличии в настоящем договоре условий, ущемляющих права Потребителя, которые могут повлечь причинение ему убытков, они подлежат возмещению Исполнителем в полном объеме в соответствии со статьей 13 Закона РФ от 07.02.1992 г. №2300-I «О защите прав потребителей».
3.6. Стороны освобождаются от ответственности за невыполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору, возникшее вследствие форс-мажорных обстоятельств, а именно: пожара, наводнения, катастроф, военных действий, решений органов государственной власти и суда, заболевания и иного патологического состояния, о которых стороны не знали и которые не были выявлены в процессе действия настоящего договора (выявление которых не предусмотрено стандартами и протоколами в медицине), а также обстоятельства, которые на современном уровне развития медицинской науки и практики не могут быть однозначно спрогнозированы, диагностированы и предотвращены, а также иных непреодолимых обстоятельств и их последствий, включая несогласованное отключение энергосбережения, водо-обеспечения Исполнителя, если это не вызвано невыполнением Исполнителем обязательств по оплате соответствующих услуг.
3.7. При предоставлении Потребителем лабораторных исследований, сделанных сторонними медицинскими организациями, Исполнитель исходит из добросовестности Потребителя, сторонних медицинских организаций, проводивших указанные лабораторные исследования, и не несет ответственности в случае предоставления результатов лабораторных исследований, не соответствующих реальной медицинской картине (истории) болезни.

4. Цена договора и порядок расчетов.
4.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю, определяется в соответствии с Перечнем цен на услуги <ОрганизацияНаименование> (прейскурантом цен) Исполнителя, действующим (утвержденным Исполнителем) на момент оплаты триместра или полной программы наблюдения.
4.2. Оплата производится путем 100 (Сто) % предоплаты услуг на основании счета, выставленного Исполнителем.
4.3. Оплата услуг Исполнителя осуществляется путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя либо на расчетный счет Исполнителя. Днем оплаты является день поступления денежных средств в кассу или на расчетный счет Исполнителя. Потребителю, в соответствии с законодательством Российской Федерации о применении контрольно-кассовой техники, выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек).
4.5. При возникновении в ходе оказания медицинских услуг необходимости оказания медицинских услуг на возмездной основе, не предусмотренных настоящим договором и приложениями к нему, Исполнитель предупреждает об этом Потребителя. При этом Стороны настоящего Договора согласовали, что в случае невозможности или нецелесообразности прерывания оказания медицинской услуги Исполнитель предупреждает об этом Потребителя, и изменения Перечня, объема и стоимости медицинских услуг, учитываются Сторонами в актах об оказании услуг и (или) в медицинской документации. Потребитель осуществляет доплату за дополнительно оказанные медицинские услуги сразу же (незамедлительно) по окончании оказания услуги в соответствии с актом об оказании услуг.
4.6. В случае отказа Потребителя и/или Заказчика от подписания акта(ов) об оказании медицинских услуг, без мотивировки причин отказа, в акте (ах) делается отметка об этом и акт(ы) подписывается (ются) Исполнителем в одностороннем порядке, услуги считаются оказанными и принятыми Потребителем и/или Заказчиком в полном объеме.
4.7. В случае, если объем фактически оказанных медицинских услуг, превышает объем услуг, предусмотренных дополнительным (ми) соглашением(ями) к настоящему договору, то их оплата производится по факту оказания медицинских услуг.
4.8. Факт оказания Исполнителем медицинских услуг по настоящему договору и их получения Потребителем подтверждается медицинскими документами, а также может быть подтвержден актом(ами) об оказании услуг, составляемым (ми) Исполнителем по факту оказания медицинских услуг. Подписываемый (ые) по настоящему договору акт(ы) об оказании услуг является(ются) неотъемлемой(ыми) частью(ями) настоящего договора.
4.9. Потребитель вправе внести авансовый платеж в счет оплаты медицинских услуг, при этом стоимость оказанных Потребителю услуг будет определяться из расчета стоимости услуг на день их оказания, и списываться из суммы внесенного Потребителем авансового платежа.
4.10. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг и предоставления дополнительных медицинских услуг, их стоимость определяется по Перечню цен на услуги <ОрганизацияНаименование> (прейскуранту цен) действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на оказание услуг.
4.11. В случае отказа Потребителя от продолжения обследования и/или лечения по Программе наблюдения настоящий договор расторгается. Сумма денежных средств, подлежащих возврату при расторжении договора, определяется как сумма, уплаченная Потребителем за текущий, на момент расторжения, Триместр беременности за вычетом стоимости, фактически оказанных на момент расторжения договора медицинских услуг в текущем Триместре беременности. Указанная сумма возвращается Потребителю в срок, не превышающий 10 рабочих дней.
4.12. В случае невозможности исполнения договора по причинам не зависящим от воли Сторон (например: прекращения беременности), договор расторгается, при этом Исполнитель производит возврат уплаченных денежных средств за текущий Триместр беременности за вычетом стоимости фактически оказанных услуг в текущем Триместре беременности в течение 10 рабочих дней со дня расторжения договора.

5. Срок действия договора.
5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до выполнения взаимных обязательств, но не более 40 дней после родоразрешения Потребителя или до заявления любой из сторон о его прекращении и урегулирования всех расчётов между сторонами.
5.2. В соответствии с требованиями Приказа Минздрава РФ от 20.10.2020 года N 1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий) устанавливается этажность наблюдения Потребителя в период беременности:
1 этап (далее I Триместр беременности) – с момента подтверждения развивающейся маточной беременности до достижения 15 акушерских недель беременности.
2 этап (далее II Триместр беременности) – со срока 16 акушерских недель беременности до 30 акушерских недель беременности.
3 этап (далее III Триместр беременности) – со срока 31 недели беременности до родоразрешения.
5.3. Для получения медицинских услуг в каждом Триместре беременности Потребителю и (или) Заказчику выдается Лист назначений, являющийся неотъемлемой частью договора и документом отчетности по оказанным услугам, согласно которого определяется перечень медицинских услуг, оказываемых Потребителю. Внесение данных о медицинских услугах, полученных в иных медицинских организациях, в Лист назначений запрещено. В случае необходимости по клиническим показаниям количество и кратность услуг могут быть изменены по соглашению Сторон, при этом оплата каждой оказанной услуги производится из авансовых средств. После завершения триместра копия заполненного Листа назначения передается Исполнителю.
5.4.Исполнитель не оказывает акушерскую стационарную помощь, в случае необходимости Потребитель направляется в стационары и гинекологические отделения лечебных учреждений г. Челябинска и Челябинской области согласно действующему законодательству Российской Федерации.
5.5.При сроке беременности не ранее 37 недель с учетом течения беременности по триместрам, оценки риска осложнений дальнейшего течения беременности и родов на основании результатов всех проведенных исследований, в том числе консультаций врачей-специалистов, врачом-акушером-гинекологом формулируется полный клинический диагноз и дается направление в акушерский стационар лечебного учреждения г. Челябинска или Челябинской области согласно действующему законодательству Российской Федерации.
5.6. По итогам каждого Триместра Стороны подписывают акт оказанных услуг. Оказанная услуга считается исполненной с надлежащим качеством после подписания Потребителем и (или) Заказчиком акта оказанных услуг и отсутствия письменных претензий. Если Потребитель и (или) Заказчик уклоняется, либо немотивированно отказывается от подписания актов выполненных работ, услуги считаются оказанными без замечаний.
5.7. Исполнитель считается исполнившим свои обязательства по настоящему договору по истечении одного календарного месяца после родов за исключением случаев, предусмотренных п. 5.4 и п. 5.6 настоящего договора, или на ином основании, предусмотренном дополнительным соглашением.
5.8. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору. Стороны настоящего договора могут расторгнуть и (или) изменить данный договор по соглашению сторон.

6. Конфиденциальность
6.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.
6.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

7. Прочие положения.

7.1. Настоящий договор заключен в двух экземплярах на русском языке, имеющих одинаковую юридическую силу - по одному для каждой из сторон. Стороны согласны с возможностью использования Исполнителем факсимильного воспроизведения подписи с помощью средств механического или иного копирования (п.2 ст.160 ГК РФ) как при подписании данного договора, так и других документов, связанных с исполнением данного договора.

7.2. Любые изменения и дополнения к настоящему договору должны быть составлены в письменной форме и подписаны Сторонами. Все дополнительные соглашения, акты и иные приложения к настоящему договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего договора, являются его неотъемлемой частью.

7.3. Подписав настоящий договор, Потребитель подтверждает, что Исполнителем ему разъяснено, что платные медицинские услуги могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

7.3.1. Подписав настоящий договор, Потребитель выражает свое письменное согласие (просьбу Потребителя) на предоставление ему (ей) платных медицинских услуг в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

7.3.2. Подписав настоящий договор, Потребитель подтверждает, что перечень платных медицинских услуг, которые оказываются по просьбе Потребителя на основании пункта 7.3.1. настоящего договора, определяется в Дополнительном(ых) соглашении(ях) к настоящему договору, которые являются неотъемлемой(ыми) частью(ями) настоящего договора, что равнозначно просьбе Потребителя, оформленной в форме письменного согласия согласно п.11 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утв. Постановлением Правительства РФ от 30.05.2026 № 659.

7.4. Подписав настоящий договор, Потребитель подтверждает, что по своему желанию добровольно согласился на оказание медицинской помощи на возмездной основе на основании настоящего договора.

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

7.6. Я, <ПечЖенщинаФИО>, разрешаю использование своих персональных данных. Разрешаю передачу информации, составляющую врачебную тайну, в том числе результаты лабораторных исследований, справки, оформленные для меня, в целях получения социального налогового вычета, следующим лицам:

_____

_____

(ФИО, дата рождения, паспортные данные, телефон)

8. Подписи и реквизиты сторон:

Исполнитель:	Заказчик /Потребитель:
Акционерное общество	**<ПациентФИО>**
«Центр семейной медицины»	Дата рождения <ПациентДатаРождения>.
Адрес: <ОрганизацияАдрес>	Док-т удост. личность: паспорт
ОГРН: <ОрганизацияОГРН>	<ПациентПаспорт>
ИНН: <ОрганизацияИНН>	Место жительства <ПациентАдрес>
КПП: <ОрганизацияКПП>	Тел. <ПациентТелефон>
КоррСчет: <ОрганизацияКоррСчет>	Эл.почта <ПациентЕМэйл>
Р/С: <ОрганизацияРасчетныйСчет>	
Банк: <НаименованиеБанка>	
БИК: <ОрганизацияБИК>	

_____/ <ПодписьФИОКратко> ✓ _____/ **<ПациентФИО>**

Приложение № 2
к приказу Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от 12 ноября 2021 г. № 1051н

Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство

Я, <ПациентФИО>
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
<ПациентДатаРождения> рождения,
(дата рождения гражданина либо законного представителя)
зарегистрированный по адресу: <ПациентАдрес>
(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)

(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 Акционерном обществе «Центр семейной медицины»
(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), в том числе после смерти:

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

(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)

«____» _____ г.
(дата оформления)

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. N 390н "Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи"

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724) приказываю:

Утвердить Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, согласно приложению.

Министр Т.А. Голикова

Зарегистрировано в Минюсте РФ 5 мая 2012 г.
Регистрационный N 24082

Приложение

Перечень
определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.3. Антропометрические исследования.4. Термометрия.5. Тонометрия.6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных). 11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования.12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.13. Медицинский массаж.14. Лечебная физкультура.

Согласие
на обработку персональных данных

Я, субъект персональных данных, **<ПациентФИО>**, <ПациентДатаРождения> рождения, зарегистрированный(-ая) по адресу: <ПациентАдрес>, вид, серия и номер документа, удостоверяющего личность: <ПациентПаспорт> (далее – Пациент, Заказчик), в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, свободно, своей волей и в своем интересе, даю настоящее согласие **<ОрганизацияНаименованиеПолное> (ОГРН<ОрганизацияОГРН>, ИНН<ОрганизацияИНН>)** адрес (место нахождения):**<ОрганизацияАдрес>**(далее - Оператор) на обработку ниже перечисленного перечня моих персональных данных в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, проведения медицинских вмешательств, оказания медицинских услуг по заключенному договору об оказании медицинских услуг и (или) по ОМС, ДМС, в целях учета оказанных медицинских услуг, оказания услуг по хранению криоконсервированного биологического материала (половых клеток, эмбрионов), выполнения договорных обязательств и проведения расчетов, в целях работы с жалобами и обращениями, претензиями, в целях проведения анализа качества предоставляемых Оператором услуг, улучшения качества обслуживания, продвижения услуг Оператора на рынке, для осуществления обязанностей Оператора, возложенных законодательством Российской Федерации, внесения данных в медицинскую информационную систему.

Моими персональными данными является любая информация, относящаяся ко мне как к физическому лицу (субъекту персональных данных), в том числе, но, не ограничиваясь: фамилия, имя, отчество, контактные телефоны, адрес электронной почты, пол, возраст, год, месяц, дата и место рождения, гражданство, социальное положение, место работы, учебы, данные о социальных льготах (в том числе, об инвалидности), адрес проживания и пребывания, реквизиты паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счёта в системе обязательного пенсионного страхования (СНИЛС), серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии), сведения о семейном положении (в том числе, данные свидетельства о регистрации брака), о состоянии интимной жизни, о наличии детей, сведения об оказанных услугах, данные о состоянии здоровья, вредных привычках, диагнозах, заболеваниях (включая венерологические заболевания, ВИЧ, гепатит), случаях обращения за медицинской помощью, сведения о назначенном и проведённом лечении, сведения о результатах анализов, медицинского обследования, полученных рекомендациях, сведения о приёме лекарственных препаратов, применении медицинского изделия и иные данные, полученные от Пациента в ходе оказания ему Оператором медицинских услуг.

Предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций) с моими персональными данными, совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронные базы данных, передачу данных по внутренней сети Оператора, проведения обработки персональных данных неавтоматизированным способом, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам, в том числе по ОМС (договор ДМС).

В процессе оказания мне Оператором медицинской помощи, медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам Оператора передавать мои персональные данные другим работникам Оператора в вышеуказанных целях. Конфиденциальность персональных данных при их передаче должна обеспечиваться Оператором в соответствии с законодательством Российской Федерации. Я предоставляю право осуществлять по поручению Оператора обработку моих персональных данных на бумажных носителях и (или) с использованием электронных носителей лицам, обрабатывающим персональные данные по поручению Оператора (в том числе, ООО «Рослабсистем» - 620102, Свердловская область, Екатеринбург, ул. Посадская, стр. 23, ком. 524, ООО «1000 МАМ» - 620043 Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. Начдива Васильева, 1, пом. 120, ООО «Юр мед групп» - 620043 Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. Начдива Васильева, 1, оф. 1).

Общее описание используемых Оператором способов обработки персональных данных: внесение персональных данных в электронную(ые) базу(ы) данных, включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные специальными документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), в том числе по ОМС, ДМС, обмен (прием и передача) персональных данных со страховыми медицинскими организациями и территориальным фондом ОМС, с контролирующими (надзорными) органами в сфере здравоохранения, с медицинскими организациями, иными организациями с использованием электронных носителей, бумажных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, а также обработка персональных данных неавтоматизированным способом.

Во исполнение вышеуказанных целей я предоставляю Оператору право осуществлять обмен (прием и передачу) моими персональными данными на бумажных носителях и (или) с использованием электронных носителей с медицинскими организациями; контролирующими (надзорными) органами в сфере здравоохранения; с иными органами и организациями (в том числе, с Фондом социального страхования, органами внутренних дел) в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации; со страховыми медицинскими организациями, федеральным фондом ОМС, территориальным фондом ОМС, по каналам связи, и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа и защиту конфиденциальности персональных данных, без специального уведомления меня об этом.

В соответствии с требованиями ст. 10 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку специальных категорий моих персональных данных Оператором.

Настоящим я даю согласие на передачу моих персональных данных в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ).

Даю согласие на то, срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет для медицинских карт (историй болезней) стационарных больных - двадцать пять лет, для медицинских карт амбулаторных больных - двадцать пять лет. После завершения обработки и истечения сроков хранения персональные данные подлежат уничтожению.

Настоящее согласие дано мной свободно, своей волей и в своем интересе, действует бессрочно и может быть отозвано мной или моим представителем посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес Оператора, по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Мне разъяснено, что в соответствии с ч.2 ст.9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, в случае отзыва мной согласия на обработку персональных данных, Оператор вправе продолжить обработку моих персональных данных без моего согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2 - 11 ч.1 ст.6, ч.2 ст.10 и ч.2 ст.11 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ.

В соответствии с п.5 ч.5 ст.19 Федерального закона от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» №323-ФЗ, даю свое согласие Оператору на передачу информации о состоянии моего здоровья, результатах обследования и лечения следующим лицам:_____
_____.

Дополнительные условия

В соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, с ч.1 ст.18 Федерального закона «О рекламе» от 13.03.2006 № 38-ФЗ, ст. 13, 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст.44.1 Федерального закона от 07.07.2003 № 126-ФЗ «О связи» я, субъект персональных данных, являясь абонентом и/ или адресатом, даю Оператору свое согласие отправлять мне по сетям электросвязи (в том числе, посредством использования телефонной, подвижной радиотелефонной связи, с использованием программного обеспечения (приложений), SMS – сообщений, с использованием электронной почты), **на мои контактные данные:** _____ *(номер телефона)* **и** _____ *(адрес электронной почты)***:**

Информационные рассылки и звонки (в том числе, опросы, анкетирование, напоминания о явке/ записи на прием, поздравления с праздниками), информацию о необходимости продления срока хранения половых клеток, эмбрионов; на получение рекламы (рекламных сообщений, сообщений о специальных предложениях, акциях, скидках, рассылок, звонков); на направление информации о состоянии моего здоровья (наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения, а также любые другие сведения о моем здоровье, информацию о необходимости продления срока хранения половых клеток, эмбрионов) в целях удобства получения мной данной информации; настаиваю на передаче результатов выполненных мне лабораторных и инструментальных исследований и заключений медицинских специалистов, иных сведений, содержащих мои персональные данные, по открытым и незащищенным каналам связи на указанные мной контактные данные, о возможных последствиях потери конфиденциальности данной информации предупрежден, претензий к Оператору не имею.	ДА ☐ НЕТ ☐ (*отметить нужное)*

Все вышеуказанное подтверждаю.
Субъект персональных данных (Пациент/Заказчик): _____ /_____/ Дата: <ТекущаяДата>
(подпись) (расшифровка подписи)