

До заключения настоящего договора в соответствии с п. 20, 24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023 г. N 736 Исполнитель уведомляет Потребителя (Заказчика) о том, что

- граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

- несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя (Заказчика)  
\_\_\_\_\_/подпись Заказчика/.

До заключения настоящего договора в соответствии с п. 7 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023 г. N 736 Исполнитель уведомляет Потребителя (Заказчика) о том, что оказываемые Исполнителем услуги могут быть получены без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа)\_\_\_\_\_/подпись Заказчика/.

## Договор оказания платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_

г. Великий Новгород « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью "ДОМ ЗДОРОВЬЯ" (ОГРН 1045300268310 /ИНН 5321096906), в лице Директора Лоркиша Евгения Рафаиловича, действующего на основании Устава и лицензии № ЛО 53-01-001440 от 30.09.2020 года, реестровый номер 0059300000000000, выданной Министерством здравоохранения Новгородской области, срок действия бессрочно, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и

\_\_\_\_\_, именуемая(-ый) в дальнейшем «Заказчик»,  
(фамилия, имя, отчество Заказчика)

закрывающая(-ий) настоящий Договор в отношении несовершеннолетнего (заполняется если Заказчик и Потребитель не одно лицо) \_\_\_\_\_, именуемая(-ый) в дальнейшем «Потребитель»,

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество Потребителя)

на основании \_\_\_\_\_  
(заполняются реквизиты документа на представление интересов Потребителя, например свидетельства о рождении ребенка)

с одной стороны, и, именуемые вместе в дальнейшем «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

### 1. Предмет Договора

В соответствии с условиями настоящего Договора Исполнитель на основании обращения Заказчика (Потребителя) на основании лицензии № ЛО 53-01-001440 от 30.09.2020 года, выданной Министерством здравоохранения Новгородской области обязуется предоставить Заказчику (Потребителю) платные медицинские услуги в объеме и в сроки, установленные Договором, а Заказчик обязуется своевременно оплатить оказанные платные медицинские услуги (далее по тексту — «Услуги»). Перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией, размещен на сайте ООО "ДОМ ЗДОРОВЬЯ" <https://domzdrav.com/> в разделе «Лицензии», а также на информационном стенде Исполнителя по месту оказания услуг по адресу: Новгородская область, город Великий Новгород, улица Зеленая, дом 8, помещение 8н.

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность:

При оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, физиотерапии, функциональной диагностике;

При оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, педиатрии, терапии;

При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), гастроэнтерологии, дерматовенерологии, детской кардиологии, детской хирургии, кардиологии, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, физиотерапии, функциональной диагностике, эндокринологии.

При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности, экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе профессиональной пригодности.

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

При проведении медицинских освидетельствований организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством.

1.1. Конкретный вид медицинских услуг, их объем определяются медицинскими показаниями в соответствии с заключениями врачей Исполнителя и на основании волеизъявления Заказчика и указывается в индивидуальном комплексном плане лечения (оформляется в виде отдельного документа, либо содержится в амбулаторной карте Заказчика). В ходе оказания услуг в комплексный план могут вноситься изменения, если выявляется необходимость в дополнительных медицинских услугах. Оказываемый в соответствии с настоящим Договором перечень платных медицинских услуг, их стоимость, условия и сроки ожидания определены Сторонами в Приложение № 1, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора. Подписывая настоящий Договор, Стороны подтверждают, что ознакомлены и согласовывают Приложение № 1 к настоящему договору в редакции, размещенной на официальном сайте ООО "ДОМ ЗДОРОВЬЯ" <https://domzdrav.com/> в разделе «Цены», а также на информационном стенде Исполнителя по месту оказания услуг, на момент заключения настоящего Договора.

При этом - срок ожидания планового приема — не более \_\_\_\_\_ дней со дня обращения, срок ожидания проведения диагностических инструментальных и лабораторных исследований — не более 14 дней со дня обращения.

1.2. Исполнитель оказывает услуги по адресу: Новгородская область, город Великий Новгород, улица Зеленая, дом 8, помещение 8н.

1.3. Факт предоставления Исполнителем Заказчику (Потребителю) Услуги и ее получение Заказчиком (Потребителем) подтверждается медицинскими документами.

1.4. Услуги по Договору предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя – Заказчика), данного в порядке, установленном законодательством РФ. Подписание данного документа подтверждает получение Пациентом (законным представителем - Заказчиком) всей необходимой для принятия решения информации.

1.5. Заказчик уведомлен и соглашается с тем, что по Договору в качестве Потребителя может выступать непосредственно сам Заказчик, а также иные третьи лица, в том числе, но не ограничиваясь, несовершеннолетний ребёнок Заказчика, недееспособный член семьи Заказчика, за оказание услуг, которым Заказчик производит оплату Исполнителю.

## 2. Права и обязанности Сторон

2.1. **Исполнитель обязан:** используя все свои возможности, материально-технические средства, профессиональные знания специалистов, а при необходимости, привлекая сторонних специалистов и медицинские организации, осуществить следующее:

2.1.1. Обеспечить оказание качественные Услуги Заказчику (Потребителю) в соответствии с видами деятельности, которую оказывает Исполнитель по ценам прейскуранта на дату оказания услуги. Медицинские услуги должны быть предоставлены в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ (в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе Заказчика (Потребителя) в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Потребителя и/или Заказчика), в том числе предъявляемыми к качеству медицинских услуг.

2.1.2. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

2.1.3. В процессе оказания Услуг по Договору информировать Заказчика (Потребителя) о предстоящих основных или дополнительных лечебно-профилактических и прочих процедурах и их стоимости, необходимых медикаментозных препаратах и расходных материалах и их стоимости. Разъяснить Заказчику (Потребителю) специфику имеющегося у Заказчика (Потребителя) запроса на оказание Услуг, виды и условия режима, которые необходимо соблюдать как до, так и после оказания Услуг. Предупредить Заказчика (Потребителя) об имеющихся факторах, которые могут каким-либо образом повлиять на результаты оказания Услуг. Предупредить о возможных осложнениях во время Услуг и после них. Поставить в известность Потребителя (Заказчика) о том, что оказание Услуг может быть многоэтапным.

2.1.4. Вести необходимую медицинскую документацию и выдавать Заказчику (Потребителю) медицинские документы установленного образца. Разъяснить о порядке подготовке к оказанию Услуг, в том числе, в случае необходимости о необходимости сдать анализы, пройти консультации специалистов.

2.1.5. Обеспечить Заказчика в доступной форме бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, в соответствии с законодательством РФ.

2.1.6. Уведомить Пациента в срок не менее чем за 1 час до назначенного времени приема в случае невозможности его осуществления.

2.1.7. Предоставить в доступной форме информацию 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.

2.1.8. Уведомить Заказчика (Потребителя) о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

2.1.9. После исполнения Договора бесплатно, по запросу, выдать Заказчику (Потребителю) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об

используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях в течение 5 рабочих дней.

## **2.2. Исполнитель имеет право:**

2.2.1. Самостоятельно с согласия Заказчика (Потребителя) определять характер и объем исследований, манипуляций и медицинских вмешательств для установления диагноза и надлежащего оказания Услуг.

2.2.2. Требовать от Заказчика (Потребителя) предоставления всех сведений, которые необходимы для качественного выполнения обязанностей по Договору.

2.2.3. Получить оплату за оказанные услуги в соответствии с разделом 3 Договора.

2.2.4. Отказаться выполнить Услуги при условии, что Заказчику (Потребителю) будут компенсированы понесенные расходы.

2.2.5. В одностороннем порядке в любой момент приостановить оказание согласованных услуг в случае потенциальной возможности нанесения любого вреда здоровью Заказчика (Потребителя), неадекватного поведения Заказчика (Потребителя), а также в случае нарушения Заказчиком (Потребителем) любого из условий Договора.

2.2.6. Перенести время получения медицинской услуги при опоздании Пациента более чем на 15 минут от назначенного времени.

## **2.3. Заказчик (Потребитель) обязан:**

2.3.1. Исполнять все назначения, требования и рекомендации врача, специалистов и медицинского персонала Исполнителя, необходимые для осуществления Договора, в том числе соблюдать указания медицинского учреждения, предписанные на период после оказания услуг, в целях недопущения снижения качества оказываемой Услуги, а также соблюдать правила внутреннего распорядка Исполнителя, своевременно являться для оказания Услуги и последующие приемы.

2.3.2. Подробно ознакомиться с «Правилами поведения пациентов», Прейскурантом и иными Приложениями до начала оказания Услуг.

2.3.3. Сообщить медицинскому персоналу Исполнителя информацию, связанную с состоянием здоровья, перенесенными, наследственными и сопутствующими заболеваниями, для успешного оказания Услуг. В случае несообщения указанной выше информации Исполнитель не может гарантировать предоставления качественных Услуг. В данном случае все риски некачественного предоставления услуг относятся на сторону Потребителя (Заказчика).

2.3.4. Соблюдать в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, правила поведения пациентов в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения;

2.3.5. Выполнять все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих ему по настоящему Договору медицинские услуги, по лечению, в том числе соблюдать указания медицинского учреждения, предписанные на период после оказания услуг.

2.3.6. Произвести оплату стоимости Услуг в сроки и на условиях, указанных в Договоре. Если плательщиком по Договору является Заказчик, то положение данного пункта распространяется на Заказчика.

2.3.7. Нести полную ответственность за свои действия в случае нарушения условий Договора либо отказа от медицинского вмешательства.

2.3.8. Дать и собственноручно подписать информированное добровольное согласие на все виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н непосредственно после подписания Договора, а также иные необходимые информированные добровольные согласия (по требованию Исполнителя).

2.3.9. В случае появления любых претензий к качественным или количественным характеристикам оказанной Услуги, Заказчик обязан немедленно сообщить об этом Исполнителю в письменной форме путем составления совместно с Администраторами Исполнителя письменной Претензии.

2.3.10. Уведомить Исполнителя о невозможности явки не менее чем за 6 часов до назначенного времени приема.

## **2.4. Заказчик (Потребитель) имеет право:**

2.4.1. Получать информацию об объеме и качестве Услуг, оказываемых Исполнителем по Договору.

2.4.2. В любое время отказаться от исполнения Договора (путем оформления отказа от медицинского вмешательства установленного образца), уплатив Исполнителю часть согласованной стоимости Услуг, выполненной до уведомления об отказе от исполнения Договора, и возместив Исполнителю расходы, произведенные до момента отказа в целях исполнения Договора.

2.4.3. Получать копии медицинских документов, их копий и выписок, которые отражают состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях. Сведения предоставляются в порядке в соответствии с Приказом Минздрава от 31.07.2020 № 789н, предоставление осуществляется без взимания дополнительной платы.

## **3. Стоимость и порядок расчетов**

3.1. Окончательная стоимость определяется на основании индивидуального плана лечения в соответствии с Приложением № 1 к настоящему Договору.

3.2. Услуги оплачиваются в следующем порядке:

100% цены Услуги после ее оказания и принятия Потребителем (Заказчиком) в день подписания Акта оказанных услуг.

100% цены Услуги до её оказания (аванс).

Предварительная оплата услуг путём внесения полной общей стоимости согласованных Потребителем (Заказчиком) услуг предусмотрена Исполнителем в следующих случаях:

- при оплате услуг при помощи банковских карт;
- в случае отказа Заказчика от письменного предварительного согласования объема заказываемых услуг в фиксированной сумме, согласованной сторонами.

В случае, если оказание платных медицинских услуг предполагает осуществление приобретения индивидуально определенных препаратов, то в случае последующего отказа от оказания платных медицинских услуг, расходы на приобретение препаратов считается фактически понесенными Исполнителем затратами, при этом Исполнитель обязан при расторжении договора, передать приобретённые препараты Заказчику.

3.3. Оплата Услуг производится либо путем перечисления Заказчиком соответствующих сумм на расчетный счет Исполнителя, либо путем внесения наличных средств в кассу Исполнителя.

В случае возникновения необходимости оказания дополнительных услуг, оплата производится после оказания данных услуг, но не позднее дня, в который они были оказаны.

3.4. В случае прерывания оказания Услуг по медицинским показаниям со стороны Заказчика (Потребителя) Исполнитель возвращает оплаченную ранее по договору сумму за вычетом стоимости фактически понесенных расходов, в том числе, но не ограничиваясь на приобретение препаратов, в случае если это входит в состав оказываемых услуг Заказчику (Потребителю), в течение 10 (десяти) дней.

3.5. В случае неисполнения или частичного исполнения услуг по Договору по вине Заказчика (Потребителя), Исполнитель обязуется вернуть Заказчику ранее внесенную сумму предоплаты за вычетом стоимости уже выполненных услуг и за вычетом стоимости фактически понесенных расходов, в том числе, но не ограничиваясь на приобретение препаратов, в случае если это входит в состав оказываемых услуг Заказчику (Потребителю), в течение 10 (десяти) дней.

3.6. В случае невозможности исполнения условий Договора по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон ответственности не несет, Заказчик возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы, а Исполнитель возвращает Заказчику остаток неиспользованных средств, внесенных в качестве предоплаты в течение 10 (десяти) дней.

#### **4. Срок действия Договора, изменение и прекращение**

4.1. Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует бессрочно.

4.2. Договор может быть изменен или прекращен только по письменному соглашению Сторон, которое оформляется дополнительным соглашением, подписанным Сторонами и являющимся неотъемлемой частью Договора.

4.3. В случае досрочного расторжения Договора заинтересованная Сторона обязана известить другую Сторону письменно с проведением всех необходимых взаиморасчетов в течение 1 (одной) недели с момента предполагаемого досрочного расторжения.

4.4. Исполнитель имеет право в одностороннем порядке изменить перечень оказываемых платных медицинских услуг, их стоимость, условия и сроки ожидания (Приложение № 1 к настоящему Договору) путем публикации изменённой редакции Приложения № 1 к типовому договору об оказании платных медицинских услуг на официальном сайте ООО "ДОМ ЗДОРОВЬЯ" <https://domzdrav.com/> и размещения его по месту оказания услуг : Новгородская область, город Великий Новгород, улица Зеленая, дом 8, помещение 8н. Приложение № 1 к настоящему Договору подлежит применению Сторонами в новой редакции с момента осуществления публикации на указанном сайте и размещении по месту оказания услуг такой информации.

4.5. Стороны пришли к соглашению о том, что настоящий Договор прекращает свое действие при наступлении для Исполнителя невозможности соблюдать по независящим от него обстоятельствам лицензионные требования и условия, предусмотренные Положением о лицензировании медицинской деятельности. Невозможность соблюдения требований может быть обусловлена в том числе: отсутствием специалиста, задействованного в оказании услуг в рамках настоящего Договора (в т.ч. связанное с увольнением специалиста); неисправность, неработоспособность (в т.ч. из-за отсутствия электропитания), повреждение или утрата медицинского оборудования, задействованного в оказании услуг в рамках настоящего Договора; иные причины в соответствии с законом №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 г.

#### **5. Ответственность сторон и порядок разрешения споров**

5.1. За нарушение условий Договора Заказчик (Потребитель) и Исполнитель несут ответственность на условиях и в порядке, установленных действующим законодательством.

5.2. Стороны могут предъявлять взаимные претензии по фактам нарушения обязательств в течение всего срока действия Договора. До обращения в суд стороны постараются разрешить спор путем досудебного претензионного порядка разрешения споров.

5.3. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения Договора в результате событий чрезвычайного характера, наступление которых Сторона, не исполнившая обстоятельство полностью или частично, не могла ни предвидеть, ни предотвратить разумными методами.

5.4. Исполнитель не несет ответственность в случае обращения Заказчика (Потребителя) в другое лечебное учреждение, где проводятся дополнительные вмешательства, затрудняющие в дальнейшем объективную оценку качества или ненадлежащего выполнения услуги в данном учреждении.

## **6. Конфиденциальность**

- 6.1. Стороны договорились о соблюдении полной конфиденциальности в их отношениях. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по Договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой Стороны или решения суда.
- 6.2. Исполнитель для достижения максимально эффективного результата для Заказчика (Потребителя) оставляет за собой право привлекать другие организации и отдельных специалистов в интересах Заказчика (Потребителя) для решения поставленных задач, сохраняя конфиденциальность.
- 6.3. При разглашении одной из сторон сведений, относящихся к категории конфиденциальной информации, виновная сторона несет ответственность и обязана возместить другой стороне понесенные, в связи с этим убытки.

## **7. Условия об электронном документообороте.**

7.1. Электронный документ — документированная информация, представленная в электронной форме, то есть в виде, пригодном для восприятия человеком с использованием электронных вычислительных машин, а также для передачи по информационно-телекоммуникационным сетям или обработки в информационных системах.

Электронная подпись — информация в электронной форме, которая присоединена к другой информации в электронной форме (электронному документу) или иным образом связана с такой информацией и которая используется для определения лица, подписывающего информацию.

Рукописная усиленная неквалифицированная электронная подпись — электронная подпись, созданная с использованием средств электронной подписи и полученная в результате криптографического преобразования информации с использованием ключа электронной подписи и биометрических параметров подписавшихся, позволяющая определить лицо, подписавшее электронный документ и обнаружить факт внесения изменений в электронный документ после момента его подписания.

Средства электронной подписи –

а) Программное обеспечение подписи \_\_\_\_\_ — средство криптографической защиты информации для криптографического преобразования (шифрования) информации документа с использованием ключа электронной подписи.

б) Сенсорные устройства ввода рукописной подписи (планшеты специальные биометрические \_\_\_\_\_ планшетные компьютеры ОС Windows с сенсорным вводом) с сохранением биометрических параметров рукописной подписи подписавшегося.

Проверка неквалифицированной электронной подписи – процесс подтверждения, что электронная подпись была создана для конкретного документа, именно подписавшимся лицом и документ после этого не был изменен.

7.2. Руководствуясь положениями части 2 статьи 6 Федерального закона «Об электронной подписи» №63-ФЗ от 06.04.2011, Заказчик/Потребитель признает электронные документы, подписанные им в документной системе усиленной неквалифицированной электронной подписью, равнозначными документам на бумажных носителях, подписанным собственноручной подписью.

7.3. Подписывая договор, Заказчик/Потребитель подтверждает, что ознакомлен с условиями договора об электронном документообороте и обязуется не нарушать его положения и условия Федерального закона «Об электронной подписи» №63-ФЗ от 06.04.2011.

7.4. Исполнитель и Заказчик/Потребитель согласовали следующий перечень документов, подписываемых Заказчиком/Потребителем рукописной электронной подписью: Договора, Акты, Соглашения и согласия о применении, в том числе Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

## **8. Заключительные положения**

8.1. Для целей заключения и исполнения Договора, а также обеспечения прав и законных интересов Исполнителя и соблюдения законодательства РФ Исполнитель обрабатывает персональные данные Заказчика и Потребителя на основании письменного согласия Заказчика на предоставление персональных данных Приложение №3 к Договору). Исполнитель обязуется принимать необходимые правовые, организационные и технические меры для защиты получаемых персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, представления персональных данных, иных неправомерных действий в отношении персональных данных, и соблюдать принципы и правила обработки персональных данных, предусмотренные Федеральным законом РФ «О персональных данных» от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ и иными соответствующими нормативными актами. Политика обработки данных Исполнителя, а также описание прав субъектов персональных данных размещены в месте оказания Услуг (Клинике) по адресу: Великий Новгород, город Великий Новгород, улица Зеленая, дом 8, помещение 8н.

8.2. Договор составлен на русском языке в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для Исполнителя и Заказчика.

8.3. В случаях, не предусмотренных Договором, Стороны руководствуются действующим гражданским законодательством.

8.4. Амбулаторная карта Заказчика (Потребителя) и информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство хранятся у Исполнителя и является неотъемлемой частью Договора.

**9. Адреса и банковские реквизиты сторон**

**Исполнитель:** Общество с ограниченной ответственностью "ДОМ ЗДОРОВЬЯ»

ОГРН 1045300268310 /ИНН 5321096906/КПП 532101001

Юр. адрес: 173000, Новгородская область, город Великий Новгород, Зеленая ул., д.8

Реквизиты расчетного счета:

БИК 044959698, Р/с №40702810743000100150 в НОВГОРОДСКОМ ОТДЕЛЕНИИ N 8629 ПАО СБЕРБАНК, Великий Новгород, Кор/счет 30101810100000000698

ТЕЛ. +7(8162) 62-00-00

info@domzdrav.com

Директор: Лоркиш Евгений Рафаилович \_\_\_\_\_

**Заказчик:**

Адрес регистрации:

Телефон мобильный телефон: \_\_\_\_\_, e-mail:

Паспорт

Заказчик: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## Акт выполненных работ (услуг)

Общество с ограниченной ответственностью "ДОМ ЗДОРОВЬЯ", именуемое в дальнейшем «Заказчик» в лице Директора Лоркиша Евгения Рафаиловича, действующего на основании Устава и лицензии № ЛО 53-01-001440 от 30.09.2020 года,

и Заказчик: \_\_\_\_\_  
(ФИО)

Потребитель: \_\_\_\_\_  
(ФИО потребителя, заполняется в случае, если заказчик и потребитель не одно и то же лицо)

- Нижеперечисленные работы (услуги) выполнены полностью и в срок. Потребитель (Заказчик) по объему и срокам оказания услуг претензий не имеет.
- Сроки окончательной оценки результатов устанавливаются для каждой услуги индивидуально в информированном добровольном согласии на услугу, данным пациентом в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 20.12.2012 №1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства».
- Критерии оценки качества оказанных медицинских услуг устанавливаются в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 15.07.2016 №520н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

№	Наименование	Цена	Дата оказания услуги	Подпись Заказчика

Исполнитель:

\_\_\_\_\_ / Лоркиш Е.Р. /

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство  
к договору оказания платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) Заказчика)

Зарегистрированная(-ый) по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

Проживающая(-ий) по адресу: \_\_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество Потребителя при подписании согласия законным представителем- Заказчиком)

Проживающей(-го) по адресу: \_\_\_\_\_  
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя- Заказчика)

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. N 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), **в Общество с ограниченной ответственностью "ДОМ ЗДОРОВЬЯ", именуемое в дальнейшем «Заказчик» в лице Директора Лоркиша Евгения Рафаиловича, действующего на основании Устава и лицензии № ЛО 53-01-001440 от 30.09.2020 года, 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. N 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. 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), в том числе после смерти:

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

\_\_\_\_\_  
(подпись)

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

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)

**СОГЛАСИЕ**  
на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшаяся (-ийся) \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_, адрес: \_\_\_\_\_

телефон: \_\_\_\_\_

являющаяся(-ийся) родителем/законным представителем (далее – **Представитель Потребителя**)

несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица (далее – **Потребитель**):

(ФИО несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лиц)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 N152-ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» подтверждаю свое согласие на обработку Общество с ограниченной ответственностью "ДОМ ЗДОРОВЬЯ", именуемое в дальнейшем «Заказчик» в лице Директора Лоркиша Евгения Рафаиловича, действующего на основании Устава и лицензии № ЛО 53-01-001440 от 30.09.2020 года (далее - Оператор) моих или персональных данных, персональных данных представляемого мной Потребителя, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), данные о состоянии здоровья, заболеваниях и другую информацию - в целях оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны.

В процессе оказания Оператором мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные (персональные данные представляемого мной лица), в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, оказания мне услуг и внутреннего учета Оператора.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (в страховую медицинскую организацию, организацию - заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), обезличивание, блокирование, уничтожение.

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

**Настоящее согласие дано мной «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. и действует в течение срока действия Договора на оказание платных медицинских услуг.**

Я оставляю за собой право отозвать свое 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. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Сведения в электронную базу данных внесены:

Регистратор \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/

Подпись, Ф.И.О.

Пациент (или его законный представитель)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/

Подпись, Ф.И.О.

(реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента)

Дата: «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.