

Договор на оказание платных медицинских услуг по забору лабораторных анализов для исполнения в KDL лаборатории.

« ____ » ____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «ПРИВИЛЕГИЯ ПЛЮС» (далее ООО «ПРИВИЛЕГИЯ ПЛЮС»), 630901, г. Новосибирск улица Селенгинская 4а, лицензия № ЛО-54-01-004345 от 28.04.2017 выданная Министерством здравоохранения Новосибирской области, находящимся по адресу: 630007, г. Новосибирск, ул. Красный проспект, 18, телефон 8(383) 238 6363, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией: при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу; вакцинации (проведению профилактических прививок); гигиене в стоматологии; медицинской статистике; медицинскому массажу; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; стоматологии; стоматологии ортопедической; стоматологии профилактической; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной врачебно-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); организации здравоохранения и общественному здоровью; 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; диетологии; кардиологии; косметологии; мануальной терапии; медицинской статистике; неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; ортодонтии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); стоматологии детской; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; ультразвуковой диагностике; урологии; функциональной диагностике; эндокринологии; при проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности. Свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 54 номер 004513960 ОГРН 1115476158511, дата регистрации 15.12.2011г. регистрирующий орган Инспекция Федеральной налоговой службы по Калининскому району г. Новосибирска, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора **Довбило Ирины Александровны**, действующего на основании Устава и «Пациент»/«Заказчик» (законный представитель Пациента), персональные данные которого (ФИО, место жительства, телефон, паспортные данные), указаны в смете, являющейся приложением к настоящему Договору и его неотъемлемой частью, с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор (далее-Договор) о нижеследующем:

1. Общие условия:

- 1.1. Процесс предоставления медицинских услуг по забору биологического материала пациента осуществляется медицинским персоналом и специалистами Исполнителя в соответствии с действующими стандартами оказания медицинской помощи на территории Российской Федерации.
- 1.2. В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» до получения услуг, требующих медицинского вмешательства (в том числе пункции, биопсии, инъекции и др.), Пациент/Заказчик на основании полученной в доступной форме полной информации, в том числе размещенной в лабораторном отделении Исполнителя, о целях, методах оказания медицинской помощи, возможных вариантах медицинского вмешательства, связанном с ними риске, его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, дает свое информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство либо отказывается от предоставления услуг.
- 1.3. Результат оказания медицинских услуг оформляется медицинской справкой, результатом лабораторных исследований и/или медицинским заключением, выдаваемым Исполнителем Пациенту/Заказчику.
- 1.4. Пациент/Заказчик подтверждает, что проинформирован Исполнителем 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. Права и обязанности Пациента/Заказчика:

- 2.1. Пациент/Заказчик имеет право:
 - 2.1.1. Самостоятельно на основе действующего прейскуранта определять перечень необходимых медицинских услуг, в том числе связанных с проведением исследований биологического материала без или с учетом рекомендаций, полученных от медицинского персонала Исполнителя. Пациент/Заказчик понимает, что Исполнитель не несет никакой ответственности за цель дальнейшего использования конкретного результата исследований и целесообразность проведения исследований независимо от того, проводились ли исследования по назначению сторонних врачей или по инициативе Пациента/Заказчика.
 - 2.1.2. Ознакомиться со следующей информацией и документами Исполнителя, а именно:
 - свидетельством/листом записи, подтверждающим государственную регистрацию;
 - лицензией на осуществление медицинской деятельности;
 - режимом работы;
 - прейскурантом;
 - иными документами в соответствии с требованиями Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и «Основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ, Постановления Правительства РФ от 4 октября 2012 г. N 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».
 - 2.1.3. Получить копию медицинской документации и документации, необходимой для получения налогового вычета в соответствии с частью 3 пункта 1 статьи 219 Налогового кодекса Российской Федерации.
 - 2.1.4. Обратиться к руководству Исполнителя с предложениями, жалобами, в том числе в случае претензий по объему и качеству оказанных медицинских услуг.
- 2.2. Пациент/Заказчик обязан:
 - 2.2.1. Выполнять (обеспечить выполнение) требования, обеспечивающие качественное предоставление платных медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, о проведенных ранее обследованиях и лечении, об аллергических реакциях, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем услуг.
 - 2.2.2. Соблюдать (обеспечить соблюдение) все назначения и рекомендации медицинского персонала Исполнителя по подготовке к лабораторно-диагностическим и иным исследованиям, а также все назначения и рекомендации по достижению и сохранению результатов лечения.
 - 2.2.3. Оплатить Исполнителю стоимость заказанных медицинских услуг в порядке, предусмотренном настоящим Договором
 - 2.2.4. Принимать необходимые меры к сохранению конфиденциальной информации, в том числе, но не ограничиваясь: ФИО, номера телефона, номера заказа, сведения смс-уведомления о готовности заказа, адреса электронной почты, даты рождения и сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе, но не ограничиваясь: факта обращения за медицинской услугой, результатов исследований, а также к обеспечению хранения Договора, сметы к Договору, кассового чека и не допущения несанкционированного доступа третьих лиц к такой информации.

3. Права и обязанности Исполнителя

3.1. Исполнитель имеет право:

3.1.1. Отказаться в предоставлении медицинских услуг:

Когда оказание таких услуг не предусмотрено прејскурантом Исполнителя либо, когда исследование, включенное в прејскурант, временно не производится;

3.1.1.1. При выявлении у Пациента заболевания, лечение которого возможно лишь в специализированных медицинских учреждениях;

3.1.2. Привлекать третьих лиц к исполнению своих обязательств по данному Договору.

3.1.3. Самостоятельно определять объем исследований и необходимых действий, направленных на установление верного диагноза и оказания медицинской услуги.

3.1.4. Использовать по своему усмотрению любые разрешенные на территории Российской Федерации методы и средства, позволяющие выполнить необходимые исследования, при этом количество и формулировка результатов исследований может не совпадать с наименованием соответствующих исследований в других источниках (прејскурант, интернет-сайт и др.) в связи со спецификой или технологией их исполнения.

3.1.5. В связи с особенностями транспортировки биологического материала и/или при необходимости проведения дополнительного исследования биологического материала (включая срочные исследования), срок выдачи результата может быть увеличен.

3.1.6. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в назначенный день для проведения медицинской услуги, Исполнитель вправе назначить другого врача. Исполнитель вправе отсрочить выполнение услуг на более поздний срок и уведомить об этом Пациента/Заказчика

3.2. Исполнитель обязан:

3.2.1. Информировать Пациента/Заказчика о стоимости оказания предполагаемых медицинских услуг путем ознакомления с действующим прејскурантом.

3.2.2. Оказывать Пациенту/Заказчику истребованные им услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

3.2.3. Осуществлять прием Пациента, в часы забора биоматериала установленные в рамках работы Исполнителя, а именно с 8.00-10.30 ежедневно кроме воскресенья и праздничных дней.

3.2.4. В случае выявления обстоятельств, не позволяющих провести исследования, в том числе связанных с возможным нарушением Пациентом правил подготовки к сдаче анализов, уведомить Пациента/Заказчика о необходимости проведения их повторного взятия. В случае отказа Пациента/Заказчика от повторного взятия биоматериала, уплаченные за такое исследование денежные средства подлежат возврату Пациенту/Заказчику в полном объеме.

3.2.5. Пациент/Заказчик уведомлен и согласен, что в случае, если в процессе исследования будет выявлено, что биологический материал, предоставленный Пациентом/Заказчиком, не соответствует требованиям, предъявляемым к образцам (не соблюдены условия подготовки, сбора, хранения, транспортировки образцов; биологический материал загрязнен или полностью отсутствует, или его количества недостаточно), услуга будет считаться оказанной, при этом повторное проведение исследования либо анализ новых (дополнительных) образцов биологического материала, производится за счет Пациента/Заказчика.

3.2.6. Хранить врачебную тайну Пациента и не разглашать без согласия Пациента/Заказчика сведения о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии здоровья Пациента, диагнозе его заболевания или иные сведения, полученные при его обследовании и лечении за исключением случаев, когда в соответствии с законодательством Российской Федерации допускается предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина.

4. Условия оплаты и порядок расчетов

4.1. Стоимость предоставляемых услуг определяется прејскурантом Исполнителя на момент оказания услуг.

4.2. Пациент/Заказчик оплачивает стоимость услуг в соответствии со сметой путем 100% предоплаты или по факту оказания услуг в зависимости от выбранного вида услуг. Оплата осуществляется наличными в кассу Исполнителя или по безналичному расчету.

4.3. Исполнитель по окончании оформления заказа обязан выдать на руки Пациенту/Заказчику чек контрольно-кассовой машины за исключением случаев, когда заказанные услуги оплачиваются за Пациента третьим лицом (работодатель, медицинская организация, страховая компания, иные юридические лица), на основании отдельного договора с Исполнителем, выполняющим исследования биоматериала.

5. Ответственность Сторон

5.1. Исполнитель несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента.

5.2. Пациент/Заказчик осознает, что взятие крови является проникающей манипуляцией, вследствие которой в силу особенностей организма конкретного человека взятие крови может быть невозможно изначально или после нескольких неудачных попыток, а также иметь различные последствия в виде гематом и т.п. В случае невозможности взятия крови Исполнитель возвращает Пациенту/Заказчику деньги, уплаченные за исследования, без каких-либо штрафных санкций.

5.3. Пациент/Заказчик осведомлен о том, что в ряде случаев для выполнения всех или части заказных исследований может возникнуть необходимость повторного (иногда неоднократного) взятия биологического материала. Решение о необходимости повторного взятия биологического материала принимается Исполнителем. Пациент/Заказчик может отказаться от повторного взятия биологического материала, в этом случае Исполнитель возвращает Пациенту/Заказчику деньги, уплаченные за исследования, проведения которых стало невозможным, без каких-либо штрафных санкций.

5.4. Исполнитель не несет ответственности, если до оказания медицинской услуги Пациент/Заказчик не исполнил обязанность по информированию медицинского персонала Исполнителя об аллергических реакциях Пациента, противопоказаниях, перенесенных им заболеваниях, если неэффективность оказанной медицинской услуги Пациенту или причиненный ему вред явились следствием отсутствия у медицинского персонала Исполнителя такой информации.

5.5. Исполнитель не несет ответственности при возникновении осложнений у Пациента, о возможности которых Пациент/Заказчик был предупрежден до оказания медицинской услуги.

5.6. Исполнитель не несет ответственность за наступление побочных эффектов от применения лекарственных средств и препаратов, на возможность наступления которых изготовитель таких лекарственных средств и препаратов указывал в аннотации к ним.

5.7. В случае причинения ущерба имуществу Исполнителя Пациент/Заказчик обязан возместить причиненный ущерб в полном объеме.

5.8. В остальных случаях Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6. Выдача результатов лабораторных исследований

Результаты исследований предоставляются в распечатанном виде в ООО ПРИВИЛЕГИЯ ПЛЮС на стойке регистратуры либо в процедурном кабинете 1 при предъявлении Договора и/или сметы, и/или кассового чека, или документа, удостоверяющего личность самого Пациента/Заказчика, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством, когда предоставление результатов исследований возможно только при предоставлении документа, удостоверяющего личность самого Пациента/Заказчика.

6.1. Результаты исследований могут быть направлены на указанную Пациентом/Заказчиком электронную почту. В данном случае все риски и последствия, связанные с не получением, не своевременным получением или возможным несанкционированным доступом третьих лиц к конфиденциальной информации при указанных выше способах передачи несет Пациент/Заказчик. Отправка результатов исследований занимается KDL лаборатория. **За рассылку результатов анализов по электронной почте ООО ПРИВИЛЕГИЯ ПЛЮС НЕ НЕСЕТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ.**

7. Персональные данные Пациента/Заказчика

7.1. Пациент/Заказчик, передавая Исполнителю персональные данные в объеме, необходимом для целей оказания медицинских услуг, представляет право медицинскому персоналу Исполнителя передавать такие персональные данные, к которым Стороны относят также сведения, составляющие врачебную тайну, работникам Исполнителя и иным лицам, участвующим в процессе оказания и/или оплаты медицинских услуг по Договору. Указанные персональные данные могут включать в себя в том числе: ФИО, дату рождения, пол, данные документа, удостоверяющего личность, номер телефона, адрес электронной почты, рост и вес, сведения о беременности, номер заказа, сумму заказа, номер дисконтной карты и размер скидки, номер страхового полиса, результаты выполненных лабораторных исследований/оказанных медицинских услуг, диагноз, код донора.

7.2. Пациент/Заказчик предоставляет Исполнителю право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с предоставленными персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных с правом обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

7.3. Пациент/Заказчик предоставляет Исполнителю право обработки персональных данных в целях в том числе: оказания медицинских услуг, предоставления Пациенту/Заказчику результатов исследования (в том числе при помощи онлайн-сервиса), предоставления Пациенту/Заказчику ретроспективных данных по оказанным Пациенту медицинским услугам и результатам исследований, контроля качества медицинских услуг, реализации дисконтной программы, продвижения услуг путем осуществления прямых контактов с Пациентами/Заказчиками с помощью средств связи, проведения маркетинговых исследований. Пациент/Заказчик предоставляет Исполнителю право на поручение обработки персональных данных сторонней организации на основании заключенного договора в составе, необходимом для осуществления e-mail рассылки Пациентам/Заказчикам.

7.4. Для целей оказания медицинских услуг Исполнителю предоставляется право осуществлять обмен (прием и передачу) персональных данных с иными третьими лицами, в том числе: медицинскими организациями, органами государственной и муниципальной власти в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации, с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

7.5. В целях контроля качества оказания медицинских услуг и обеспечения безопасности в отделении проводится открытая видеосъемка и/или аудиозапись путем установления видеокамер в публичных помещениях, а также в месте осуществления взятия биоматериала (за исключением кабинетов гинекологии, урологии и УЗИ) в соответствии с действующим законодательством.

7.6. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов, установленному законодательством Российской Федерации и составляет 25 лет.

7.7. Настоящее согласие действует бессрочно, при этом Пациент/Заказчик имеет право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть направлен в адрес Исполнителя по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Исполнителя.

8. Порядок изменения и расторжения Договора

8.1. Изменение и расторжение Договора возможны по соглашению Сторон *m* соответствии с п.1 ст. 450 ГК РФ.

8.2. В случае расторжения Договора по инициативе Пациента/Заказчика, оплата за медицинские услуги и/или исследования, которые уже были выполнены, возврату не подлежит.

9. Прочие условия

9.1. Заказчик заверяет и гарантирует, что в установленном законом порядке обладает всеми необходимыми правами и полномочиями по заключению настоящего Договора, в том числе в отношении указанных в Договоре несовершеннолетних/недееспособных лиц (где применимо), а также дачи в отношении указанных лиц согласия на медицинское вмешательство, а в случае нарушения указанных заверений и гарантий самостоятельно понесет риск всех связанных с этим негативных последствий.

9.2. В случае обращения к Исполнителю третьего лица с предоставлением смс-уведомления о готовности заказа и/или с оригиналом Договора Пациента/Заказчика, и/или сметы заказа, и/или кассового чека, для получения какой-либо информации о результатах лабораторных исследований и/или информации о Пациенте/Заказчике (неисполнение Пациентом/Заказчиком п.2.2.6 Договора), равно как и в случае обращения в контакт-центр Исполнителя с указанием перечисленных сведений, Исполнитель не несет какой-либо ответственности в случае выдачи результатов лабораторных исследований и раскрытия иной информации, если Пациентом/Заказчиком не было сообщено о пропаже (отсутствии) указанных документов и/или запрете выдачи результатов третьим лицам при их пропаже (отсутствии) у Пациента/Заказчика.

Настоящий пункт Договора при отсутствии вышеуказанного запрета является письменным согласием Пациента/Заказчика на

разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, включая результаты проведенных лабораторных исследований, согласно п.3 ст.13 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и/или выдачу иной конфиденциальной информации третьим лицам.

Пациент/Заказчик осознает все риски и последствия не сохранения (разглашения) врачебной тайны и иной конфиденциальной информации и подтверждает в дальнейшем отсутствие к Исполнителю каких - либо претензий, связанных с разглашением такой информации в вышеуказанных случаях.

9.3. Договор составляется в 3-х экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Заказчика, третий - у Пациента. В случае если Договор заключается между Пациентом и Исполнителем, то он составляется в 2-х экземплярах. Стороны согласовали подписание данного Договора Исполнителем при помощи факсимильного воспроизведения печати и подписи в соответствии с п.2 ст. 160 ГК РФ.

9.4. Пациент/Заказчик заверяет и гарантирует, что он должным образом ознакомлен со всеми пунктами Договора и согласен с его условиями.

9.5. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим Договором или в связи с ним, Стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров.

9.6. Все неурегулированные настоящим Договором отношения регулируются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

9.7. Настоящий Договор вступает в силу с момента его заключения и действует до исполнения Сторонами своих обязательств.

Подписи Сторон

КЛИНИКА:

Общество с ограниченной ответственностью
«ПРИВИЛЕГИЯ ПЛЮС»
ИНН 5410045004 / КПП 541001001
ОГРН 1115476158511
Юр. адрес: 630901, г.Новосибирск, ул.Селенгинская, 4а
р/с 40702810900010011967
к/с 30101810000000000837
НФ АКБ «Ланта-Банк» (ЗАО) БИК 045004837
Электронная почта : 2390662@mail.ru
Телефон: 8(383) 239-29-19
Директор _____ Довбило И.А.

ПАЦИЕНТ:

ФИО: _____
Паспорт (при наличии): серия _____ номер _____ выдан « _____ »
_____ г.
Адрес места жительства: _____
Телефон: _____
Электронная почта: _____
Договор прочитан мною лично, условия договора и приложения к нему мне разъяснены и понятны.
Подпись _____

М.П.

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

Я _____ (Ф.И.О. гражданина), « _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный/зарегистрированная по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо 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. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - 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 ПРИВИЛЕГИЯ ПЛЮС.

Медицинским работником _____ 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 выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон).

_____ (Подпись пациента).

_____ (Подпись медработника).

Даю свое согласие на обработку и использование персональных данных согласно п. 7 Договора и Федерального закона от 27.07.2006 152-ФЗ «О персональных данных».

_____ 20__ г. _____ (подпись пациента).