



ДОГОВОР

на предоставление платных медицинских услуг

г. Москва

«___» _____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «ВРАЧ НА ДОМ», имеющее государственную лицензию на осуществление медицинской деятельности № ЛО-77-01-014173 от 19.04.2017 года, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Школьникова И.В. с одной стороны и _____, именуемый в дальнейшем Пациент, заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. Предмет договора

Исполнитель обязуется оказать Пациенту медицинские услуги, заключающиеся в качественном лечении Пациента, а Пациент оплатить их на условиях, предусмотренных настоящим договором. Все медицинские услуги, оказанные Пациенту указываются Исполнителем в амбулаторной карте Пациента.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

- произвести лечебно-диагностические мероприятия в соответствии с условиями договора;
- обеспечить соответствие предоставляемых платных медицинских услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации;
- заносить необходимые данные, отражающие состояние здоровья Пациента и ходе лечения, в амбулаторную карту Пациента;
- информировать Пациента о сущности диагностических и лечебных мероприятий, проводимых в отношении Пациента;
- не разглашать сведения, полученные при оказании медицинских услуг по настоящему договору, кроме случаев, предусмотренных законодательством.

2.2. Исполнитель имеет право:

- получить полную и подробную информацию об анамнезе Пациента, перенесенных и имеющихся заболеваниях, известных аллергических реакциях и противопоказаниях;
- отказать в проведении лечебно-диагностических мероприятий в случае невыполнения Пациентом требований лечащего врача и условий настоящего договора;

2.3. Заказчик – физическое или юридическое лицо, заказывающее платные медицинские услуги в пользу Пациента. Заказчик обязан оплатить за оказанные медицинские услуги Пациенту по настоящему договору. Заказчик совместно с Исполнителем обязан выполнять действия, направленные на защиту прав Пациента.

2.4. Пациент обязуется:

- выполнять все медицинские рекомендации лечащего врача;
- оплатить оказанные услуги по прейскуранту Исполнителя в соответствии с условиями настоящего договора;
- известить Исполнителя о перенесенных и имеющихся заболеваниях, известных аллергических реакциях и иных противопоказаниях;
- извещать в предложенной форме свое согласие либо несогласие с предложенными медицинскими услугами, подписать Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в подтверждение о своей информированности о порядке оказания медицинских услуг и возможных осложнениях после исчерпывающих разъяснений врача.

2.3. Пациент имеет право:

- получить заключение или выписку из амбулаторной карты Пациента.

3. Цена договора, порядок расчетов

3.1. Стоимость услуг, оказываемых Пациенту, определяется исходя из объема оказанных услуг по ценам, действующим на период оказания услуг и указанных в Прейскуранте.

3.2. Оплата производится Пациентом наличными денежными средствами, картой или иными способами электронных платежей.

4. Ответственность сторон.

4.1. Исполнитель несет ответственность в соответствии с действующим законодательством в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязательств по договору.

4.2. Исполнитель освобождается от какой-либо ответственности по договору в случае, если неблагоприятные последствия возникли у Пациента в результате неисполнения рекомендаций лечащего врача, неявки на лечение в установленное время, а также за осложнения после проведенного лечения, возникшие по причинам, не зависящим от качества оказанной услуги.

4.3. При наличии претензий по качеству оказываемых услуг и иных разногласий между Исполнителем и Пациентом, Пациент обязан обратиться к Исполнителю с письменной претензией, в установленном порядке.

5. Прочие условия

5.1. Исполнитель оказывает услуги по настоящему договору на дому Пациента с соблюдением требований санитарного характера.

5.2. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного и надлежащего исполнения сторонами всех его условий. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон, при этом оба экземпляра имеют одинаковую юридическую силу.

Исполнитель: ООО «ВРАЧ НА ДОМ»

Пациент ФИО: _____

ИНН: 7701075254, КПП: 770101001

Паспорт _____

Адрес: 101000, г. Москва, Чистопрудный б-р, д.12, к..2
ВТБ 24 (ПАО),

Выдан _____

Р/с 40702810500000099621

Адрес: _____

К/с 30101810100000000716

В ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО

БИК: 044525716

Телефон: _____

Телефон: (495)120-10-99

Ген. директор

Пациент

Школьников И.В.

_____ / _____

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В ООО «ВРАЧ НА ДОМ»

Я, _____ (Ф.И.О. полностью),

проживающий по адресу (месту регистрации):

паспорт серия и номер _____, дата выдачи _____

название выдавшего органа

в соответствии с требованиями Ст. 9 ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в ООО «ВРАЧ НА ДОМ» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), паспортные данные, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара, пять лет – для поликлиники).

Настоящее согласие дано мной « ____ » _____ 20 ____ г. и действует бессрочно.

Подпись субъекта персональных данных _____

Расписался в моем присутствии: _____ (должность, ФИО)