

**ФОРМУЛЯР ДОГОВОРА**  
**на оказание платных медицинских услуг**

**Место заключения: Санкт-Петербург, Россия**

**ОСНОВНЫЕ ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ**

**Договор** – Формуляр Договора на оказание платных медицинских Услуг, заключение которого осуществляется путем присоединения Пациента и Заказчика в целом, без ограничений и/или исключений к условиям Договора в соответствии со статьей 428 Гражданского кодекса Российской Федерации.

**Исполнитель** – резидент Российской Федерации, зарегистрированный как юридическое лицо; медицинская организация, предоставляющая платные медицинские Услуги потребителям (пациентам) на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности, предоставленной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности.

**Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «ОпекаПлюс» (ООО «МЦ «ОпекаПлюс»), ИНН 7804524751, КПП 780401001, местонахождение: 195009, Санкт-Петербург, улица Комиссара Смирнова, дом 4, корпус 3, литер А, зарегистрировано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 15 по г. Санкт-Петербургу 30.01.2014 года за основным государственным регистрационным номером 1147847029846; Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-01024-74/00562665 от 17.02.2021 г., выдана Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга (191023, Санкт-Петербург, Малая Садовая ул., д. 1, телефон 8 (812) 63-555-64), далее «Лицензия»),**

**Пациент** – физическое лицо, достигшее восемнадцатилетнего возраста, имеющее намерение получить платные медицинские Услуги лично в соответствии с договором;

Потребитель, получающий платные медицинские Услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; Пациент может быть Заказчиком по Договору.

**Заказчик** – физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу Пациента

**Платные медицинские Услуги** - медицинские Услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств физических лиц, средств работодателей и иных средств на основании настоящего Договора;

**Исполнитель утверждает настоящий Договор Приказом и размещает его на информационном стенде.**

**Размещение настоящего Договора на информационном стенде Исполнителя НЕ является публичной офертой и НЕ влечет обязанность Исполнителя заключить настоящий Договор с каждым, кто к нему обратится;**

**При подписании Заказчиком и Пациентом Соглашения о присоединении к настоящему Договору, Условия настоящего Договора принимаются Заказчиком и Пациентом в целом, без ограничений и/или исключений;**

**Стороны** – Исполнитель, Пациент и Заказчик.

**Соглашение о присоединении** – документ о присоединении Пациента и Заказчика к настоящему Договору в целом, без ограничений и/или исключений, составленный по форме Приложения № 2 к настоящему Договору.

**1.ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1. Заказчик поручает, а Исполнитель принимает на себя за счёт и за вознаграждение, уплачиваемое Заказчиком, оказание медицинских услуг Пациенту, согласно Лицензии и Прейскуранту Исполнителя <https://sgc-opresa.ru/spb/nashi-uslugi/meditsina/>



2. Предоставление платных медицинских услуг производится при оказании медицинских услуг в амбулаторных условиях в режиме работы специалистов.
3. Стороны пришли к соглашению о том, что вся документация, оформляющая оказание услуг по настоящему договору, хранится у Исполнителя.
4. Медицинские услуги, оказываемые по настоящему договору, включают возможность допустимого вмешательства в состояние здоровья Пациента ради санации имеющегося заболевания, предотвращения прогрессирования заболевания, снижение вреда от заболевания, и имеют вероятность проявления осложнений.
5. Медицинские услуги, составляющие предмет настоящего договора, оказываются в разовом (единовременном) порядке, либо в рамках продолжительного лечения с определёнными диагностическими и лечебными мероприятиями, осуществлямыми последовательно и необходимыми для достижения целей оказываемых услуг.
6. Медицинские услуги, определённые в прейскуранте Исполнителя, оказываются сотрудниками Исполнителя. Стороны пришли к соглашению о том, что, при необходимости, Исполнитель вправе привлекать для оказания услуг по настоящему договору специалистов, не являющихся сотрудниками Исполнителя, а также иные медицинские организации.
7. Платные медицинские услуги, оказываемые Исполнителем, могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по согласованию с Пациентом и (или) Заказчиком.
8. При исполнении настоящего договора стороны руководствуются действующим законодательством РФ, регулирующим оказание медицинскими организациями платных медицинских услуг населению.
9. Льготы при оказании платных медицинских услуг Исполнителем не предоставляются.

## **2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ**

1. Пациент (Заказчик) проинформирован, что медицинская организация Исполнителя является частной коммерческой медицинской организацией. Стоимость услуг, предоставляемых Пациенту по настоящему Договору, тарифицируется Прейскурантом, действующим на момент их оказания.

Пациент (Заказчик) уведомлен о возможности получения медицинских услуг в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи и порядке её получения, позволяющим принять осознанное решение о получении услуг по настоящему договору; подписание настоящего договора со стороны Пациента (Заказчика) свидетельствует о получении им со стороны Исполнителя доступной, достоверной и полной информации.

2. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору производится Пациентом (Заказчиком) в полном объеме в порядке предоплаты до оказания услуг путем безналичного перечисления денежных средств на банковские реквизиты Агента:

ООО «УК «ОПЕКА»

Адрес местонахождения: 194356, г. Санкт-Петербург, вн. тер. г. муниципальный округ Шувалово-Озерки, ш. Выборгское д. 158, стр. 1, помещ. № 30

ОГРН 115774655123

ИНН 7743105207

КПП 780201001

р/сч 40702810155040013111 в Доп.офисе № 9055/01726 СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ БАНК ПАО СБЕРБАНК

БИК 044030653

к/сч 30101810500000000653

Прием оплаты по настоящему Договору за Исполнителя осуществляется Агентом на основании Агентского договора от 01.04.2017 г.

3. Возврат денежных средств за предварительно оплаченные, но не предоставленные или не полностью предоставленные медицинские услуги, осуществляется на основании личного заявления Пациента (Заказчика).

4. При прохождении любого лечения у Исполнителя Пациент обязуется соблюдать рекомендации, принимать все прописанные врачами Исполнителя лекарственные средства и проводить предписанную врачами Исполнителя профилактику возможных осложнений.

5. Если в ходе оказания медицинских услуг выявляется необходимость изменения согласованных Сторонами объема и/или этапов лечения, влекущего изменение стоимости и/или сроков оказания услуг вследствие изменения объема услуг, стоимость услуг может быть скорректирована, как в сторону уменьшения, так и в сторону увеличения.

6. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, исполнитель обязан предупредить об этом Пациента и (или) Заказчика. Согласование оказания дополнительных медицинских услуг и их стоимости осуществляется Сторонами любым имеющимся способом.

### **3. ПРАВА И ОБЯЗНОСТИ СТОРОН**

1. Исполнитель обязуется:

1.1 Обеспечить оказание медицинской услуги Пациенту.

1.2 Информировать Пациента о порядке оказания платных медицинских услуг и режиме работы Исполнителя и графике работы медицинских работников; о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации; информировать Пациента о возможности получения медицинских услуг в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи и порядке её получения, позволяющим принять осознанное решение о получении услуг по настоящему договору; подписание настоящего договора со стороны Пациента свидетельствует о получении им со стороны Исполнителя достоверной, достоверной и полной информации.

1.3 Информировать Пациента о предлагаемых методах диагностики и/или лечения, возможности развития осложнений при выполнении лечебно-диагностических мероприятий.

1.4. Информировать Пациента о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

1.5. Информировать Пациента (Заказчика) о сроках ожидания предоставления платных медицинских услуг

1.6. Предупредить Пациента (Заказчика) если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором;

1.7. Использовать методы, оборудование, материалы и лекарственные средства, разрешенные к применению в РФ.

1.8. Исполнитель обязуется хранить медицинскую документацию Пациента в соответствии с требованиями Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и сроками хранения, установленными законодательством РФ.

2. Исполнитель имеет право:

2.1 Самостоятельно определять характер и объем медицинских услуг, необходимых для постановки диагноза, проведения лечения Пациента и проведения профилактических мероприятий;

2.2 Отказать Пациенту в предоставлении услуг в следующих случаях:

– при отсутствии у Исполнителя врачебных и/или временных ресурсов для оказания медицинской помощи Пациенту;

– при отсутствии медицинских показаний (или наличии противопоказаний) к определенному медицинскому вмешательству;

– при алкогольном, наркотическом и ином опьянении Пациента;

– при некорректном поведении Пациента в отношении работников Исполнителя;

– при несвоевременной оплате медицинских услуг;

– при наличии задолженности за медицинские услуги, оказанные ранее.

2.3 Отступать от требований соблюдения врачебной тайны в части стоимости лечения при несовпадении Заказчика и Пациента в одном лице и отсутствии у Заказчика правового статуса законного представителя Пациента, а именно: передавать информацию об объеме и стоимости запланированного и проведенного лечения Заказчику по его требованию.

3. Пациент имеет право:

3.1 Получать информацию о состоянии своего здоровья, ходе обследования или лечения, возможных и предполагаемых методах лечения, а также о связанных с ними риске и ожидаемых результатах; о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи; стоимости медицинских услуг в рамках действующего законодательства РФ.

3.2. знакомиться с записями, сделанными медицинским работником в медицинской документации во время приема;

3.3 Разрешить работникам Исполнителя предоставлять информацию о состоянии здоровья пациента и/или стоимости лечения Плательщику.

4.1. Своевременно оплачивать оказанные медицинские услуги.

5. Заказчик имеет право:

5.1. получать информацию об объеме и стоимости запланированного и проведенного лечения

6. Пациент обязуется:

6.1 При заключении договора иметь при себе и предъявлять паспорт, удостоверяющий личность, а также своевременно проинформировать Исполнителя об изменении паспортных данных.

- 6.2 Своевременно оплачивать оказанные медицинские услуги, в случае не выполнения этой обязанности Заказчиком;
- 6.3 Сообщать врачам всю необходимую информацию, связанную с его/её здоровьем.
- 6.4 Выполнять требования медицинского персонала, обеспечивающие безопасность и качественное выполнение медицинской услуги, соблюдать режим лечения и правила поведения на территории Исполнителя
- 6.5 Ознакомиться и удостоверить личной подписью формы информированного добровольного согласия на проведение лечения (отказ от медицинского вмешательства), показанных ему по состоянию здоровья и в рамках проводимого лечения, а также другие документы, связанные с оформлением услуг, оказываемых Исполнителем в рамках настоящего Договора.
- 6.6 Пациент предоставляет Исполнителю право передавать документацию, содержащую информацию о состоянии здоровья пациента на рецензию, врачебную комиссию, консилиум врачей, экспертному учреждению для оценки качества оказания медицинской помощи в том числе специалистами, не являющимися работниками Исполнителя.
- 6.7 Пациент предоставляет Исполнителю право использовать информацию о состоянии здоровья пациента в научных целях, например, для научных публикаций и в рамках обучения студентов, интернов и врачей при соблюдении анонимности (т.е. без указания Ф.И.О. пациента).
- 6.8 По требованию специалистов Исполнителя удостоверять личной подписью в медицинской документации факты ознакомления с диагностикой и лечением, подписывать формы информированного добровольного согласия на диагностику и лечение, удостоверять своей подписью ознакомление с назначениями и рекомендациями, сроками и стоимостью оказания услуг, отсутствия претензий к результату лечения (при их отсутствии), в том числе к промежуточному, а также информацию об отказе Пациента или Заказчика от назначенного лечения.
- 6.9 Пациент предоставляет Исполнителю право вести фотопротокол манипуляций по выбору врача(ей) Исполнителя, использовать изображения пациента, включая фотографии и рентгенологические снимки, а также изображения, полученные в результате проведения компьютерной томографии, на сайтах в сети Интернет, в научных целях, для научных публикаций и в программах обучения интернов, студентов и врачей при соблюдении анонимности (т.е. без указания Ф.И.О. пациента).
- 6.10 Пациент, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона № 152-ФЗ “О персональных данных”, дает свое согласие на обработку персоналом ООО «МЦ «ОпекаПлюс» своих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны и адреса электронной почты, реквизиты полиса ОМС (ДМС), данные о состоянии своего здоровья и иные персональные данные в медико-профилактических целях, для установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, в целях уведомления об услугах и акциях по почте, электронной почте и сотовой связи посредством телефонных звонков и СМС. В процессе оказания медицинской помощи Пациент дает право Исполнителю передавать свои персональные данные, фотографии, рентгеновские снимки и сведения, в том числе, составляющие врачебную тайну, третьим лицам в интересах своего обследования, лечения и контроля качества оказания медицинской помощи. Пациент дает согласие на использование фотоснимков и рентгеновских снимков врачом в научных публикациях, для демонстрации (лекции, интернет). Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения медицинских документов. Настоящее согласие действует бессрочно и может быть отозвано Пациентом в письменном виде заказным письмом.

#### **4. СРОК ДОГОВОРА И СРОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**

1. Настоящий Договор вступает в силу и действует с момента подписания Сторонами Соглашения о присоединении к настоящему Договору (Приложение № 2 к Договору) и до момента полного исполнения Сторонами принятых на себя обязательств, если в Соглашении о присоединении к настоящему Договору не предусмотрено иное.
2. Срок оказания услуг, являющихся предметом настоящего договора, определяется специалистом Исполнителя, исходя из целей оказания медицинских услуг, состояния здоровья Пациента, клинической картины, тяжести патологического процесса (заболевания), технических и организационных возможностей Исполнителя, а также переносимости Пациентом проводимого лечения и лекарственных средств.
3. Срок оказания услуг может быть продлен на соответствующее количество дней в случаях:
  - 3.1. временной приостановки лечения Заказчиком и Пациентом на количество дней приостановки;
  - 3.2. необходимости замены лечащего врача или организации консультаций других специалистов – на количество дней, необходимых для осуществления замены лечащего врача или организации консультаций других специалистов;
  - 3.3. необходимости изменения намеченного и согласованного Сторонами плана и/или этапов лечения, влекущего изменение объема и/или сроков и стоимости оказываемых услуг.
4. При выявлении у Пациента в результате диагностических мероприятий или в ходе лечения патологии, которая требует экстренного лечения, либо экстренного или планового оперативного лечения, онкологической патологии, а также патологии, лечение которой невозможно вследствие современного уровня медицинской науки и/или индивидуальных особенностей организма Пациента, окончательный срок договора и срок оказания услуг не может быть установлен и Сторонами не устанавливается.
5. Настоящий договор может быть расторгнут ранее окончания срока действия в следующем порядке:

**5.1. по инициативе Исполнителя:**

- при невыполнении Пациентом и (или) Заказчиком обязательств по оплате услуг, в том числе нарушении сроков оплаты. При расторжении настоящего договора по данному основанию стоимость уже оплаченных и оказанных услуг не возвращается в том случае, когда она соответствует фактически оказанным услугам; при оказании услуг на сумму, превышающую оплаченную Пациентом и (или) Заказчиком, Пациент и (или) Заказчик обязуется оплатить недостающую сумму за фактически оказанные услуги;
- при нарушении Пациентом условий настоящего договора, связанных с получением услуг, а именно: при нарушении Пациентом плана и этапов диагностики и/или лечения, нарушении диеты, несоблюдении врачебных рекомендаций, в том числе, в части назначений лекарственных средств, ненадлежащем использовании или неиспользовании медицинских изделий, при отказе Пациента от необходимых обследований (например: аллергопроб, рентгенологических исследований), не предоставление результатов которых препятствует дальнейшему оказанию услуг. В случаях, определённых настоящим пунктом, допускается одностороннее расторжение настоящего договора по инициативе Исполнителя;
- в случае злоупотребления Пациентом алкогольными и наркотическими средствами возможно одностороннее расторжение настоящего договора по инициативе Исполнителя;
- при невозможности осуществления либо продолжения лечения патологии, выявленной в ходе осмотра, диагностики или лечения, по причине возникновения и (или) обнаружения у Пациента медицинских противопоказаний;

**5.2. по инициативе Пациента и (или) Заказчика:**

- по основаниям, предусмотренным законодательством РФ. При расторжении настоящего договора по инициативе Заказчика и (или) Пациента, Заказчик и (или) Пациент возмещает все расходы, понесённые Исполнителем в рамках оказания услуг по настоящему Договору. В этом случае стоимость уже оказанных Пациенту услуг не возвращается.

6. В случае объективной невозможности исполнения настоящего договора любой из Сторон, а также при расторжении настоящего договора по предусмотренным в настоящем разделе основаниям, при наличии предоплаты со стороны Пациента, Исполнитель в течение десяти рабочих дней со дня обращения к Исполнителю с письменным заявлением осуществляет возврат денежных средств за исключением стоимости фактически оказанных услуг.

7. Исполнитель не позднее третьего рабочего дня месяца следующего за отчетным представляет Заказчику (Пациенту) на подписание Акт приема-передачи услуг в двух экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Заказчика. При несовпадении в одном лице Пациента и Заказчика и отсутствия у Заказчика статуса законного представителя Пациента, акт составляется в трёх экземплярах;

Заказчик (Пациент) обязан в течение 3 (трех) календарных дней после получения Акта приема-передачи услуг подписать его и передать один экземпляр Исполнителю, либо в тот же срок представить Исполнителю мотивированный отказ от его подписания. Подписание Акта приема-передачи оказанных услуг по Договору одной из сторон - Заказчиком или Пациентом, приравнивается к принятию оказанных услуг обоими Сторонами -Заказчиком и Пациентом.

8. В случае уклонения или немотивированного отказа Заказчика (Пациента) от подписания Акта приема-передачи услуг, Исполнитель, по истечении установленного для Заказчика срока направления Акта, вправе составить односторонний Акт приема-передачи услуг, и направить его копию Заказчику (Пациенту). С момента оформления данного Акта услуги считаются оказанными Исполнителем полностью и в срок и принятыми Заказчиком (Пациентом) без претензий и замечаний. При этом Заказчик (Пациент) теряет право на предъявление претензии по объему, качеству и срокам оказания услуг.

## **5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

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

2. Исполнитель несёт ответственность за соблюдение норм санитарно-гигиенического режима, эффективности и правильности эксплуатации медицинского оборудования, выполнения врачебных и сестринских манипуляций.

3. При несовпадении в одном лице Заказчика, как плательщика по настоящему договору, и Пациента имущественную ответственность за неисполнение обязательств по оплате несёт Заказчик.

4. При обращении Пациента и (или) Заказчика к Исполнителю с претензией в связи с исполнением или ненадлежащим исполнением Исполнителем обязательств по настоящему договору Исполнитель вправе осуществлять оценку качества оказания медицинских услуг, при этом Исполнитель вправе привлекать к проведению оценки качества услуг специалистов, не являющихся работниками Исполнителя, в том числе работников экспертных организаций соответствующего профиля. Пациент и (или) Заказчик даёт согласие на предоставление медицинской документации, содержащей сведения о состоянии здоровья Пациента, лицам, не являющимся работниками Исполнителя для оценки качества оказания медицинской помощи; при этом Стороны пришли к соглашению о том, что предоставление медицинской документации в случае,

предусмотренном настоящим пунктом договора, не является нарушением врачебной тайны со стороны Исполнителя.

5. Исполнитель освобождается от ответственности за наступление осложнений, возникновение побочных результатов, ухудшение первоначально достигнутого результата в случаях: отказа Заказчика и (или) Пациента от дополнительных обследований, необходимых для назначения и проведения лечения и профилактики возможных осложнений; невыполнения или нерегулярного выполнения Пациентом рекомендаций лечащего врача и специалистов Исполнителя, в том числе дома; отказа Заказчика и (или) Пациента от лечения или самовольного прерывания проводимого лечения; наличия у Пациента заболеваний и/или физиологических состояний, не сообщенных Пациентом или Заказчиком врачам и, вследствие этого, неучтенных врачом при назначении лечения; наличия у Пациента индивидуальной непереносимости и (или) нежелательной реакции на лекарственные средства и (или) использование изделий медицинского назначения, выявленных в процессе оказания медицинской помощи. Кроме того, Исполнитель освобождается от ответственности за наступление осложнений, не связанных с нарушением Исполнителем методик диагностики, профилактики и лечения, в том числе в случаях рецидива заболевания, замедленного заживления тканей, болевых ощущений, развитием гноеродных и негноеродных инфекционных осложнений, осложнений связанных с диагностикой, лечением или профилактикой, в другой медицинской организации или самим Пациентом; осложнений, возникших вследствие несоблюдения назначений.

6. Стороны освобождаются от ответственности за невыполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему договору, возникшее вследствие форс-мажорных обстоятельств, а именно: пожара, землетрясения, наводнения, катастроф, военных действий, решений органов государственной власти и суда, а также иных непреодолимых обстоятельств и их последствий, включая несогласованное отключение энергообеспечения, водообеспечения Исполнителя, если это не вызвано невыполнением Исполнителем обязательств по оплате соответствующих услуг.

## 6 ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Все споры и разногласия, возникающие при исполнении настоящего Договора, разрешаются сторонами путем переговоров.

2. Стороны пришли к соглашению о том, что при возникновении разногласий сторон по качеству оказанных услуг или другому поводу, а также появлении каких-либо претензий или жалоб, Пациент обязуется в досудебном порядке обратиться с письменным заявлением к Исполнителю с обоснованием заявленных требований. Исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей"

3. В случае недостижения соглашения путем переговоров споры и разногласия подлежат разрешению в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4. Пациент и (или) Заказчик могут направить обращение (жалобу) в Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга по адресу электронной почты: [kzdrav@gov.spb.ru](mailto:kzdrav@gov.spb.ru) и (или) в электронном виде через сервис Электронная приемная на официальном портале Администрации Санкт-Петербурга (<https://letters.gov.spb.ru/>);

5. Документы, подтверждающие постановку диагноза, выбор тактики лечения, объем и сроки проведенного лечения, хронологию лечения, а также Анкета Пациента, Информированное добровольное согласие(согласия) Пациента (законного представителя) на медицинское вмешательство, Отказ(ы) от медицинского вмешательства и иные медицинские документы, а также документы, относящиеся к оформлению услуг по настоящему Договору хранятся у Исполнителя. Соглашение о присоединении к Формуляру настоящего договора хранится в порядке, определенном законодательством Российской Федерации об архивном деле в Российской Федерации;

5. Пациент (Заказчик) имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья Пациента и находящейся у Исполнителя.

*Ознакомление с медицинской документацией осуществляется на основании:*

- письменного заявления (запроса), поданного непосредственно Исполнителю;
- подача заявления (запроса) в электронной форме по адресу электронной почты \_\_\_\_\_.

В течение рабочего дня после регистрации письменного запроса, Исполнитель уведомляет лицо, направившее письменный запрос, о дате регистрации и входящем номере зарегистрированного письменного запроса.

В течение двух рабочих дней со дня поступления письменного запроса Исполнитель информирует Пациента (Заказчика) доступными средствами связи о дате, начиная с которой в течение пяти рабочих дней возможно ознакомление с медицинской документацией с учетом графика работы Исполнителя, а также о месте, в котором будет происходить ознакомление.

Максимальный срок ожидания Пациентом (Заказчиком) предоставления возможности для ознакомления с медицинской документацией не может превышать десяти рабочих дней со дня поступления письменного запроса;

6. Пациент (Заказчик) имеет право запрашивать у Исполнителя копии медицинских документов (выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья Пациента 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, без взимания дополнительной платы;

В заявлении на предоставление вышеуказанных документов в обязательном порядке указываются сведения о Пациенте, наименовании медицинских документов и период времени, за который данные документы выданы. Если запрос не содержит такую информацию, Исполнитель вправе отказать в предоставлении документов.

Исполнитель обязан предоставить Пациенту (Заказчику) запрошенные копии медицинских документов или выписку из них в течение 30 календарных дней.

7. В соответствии с п.2 ст.160 ГК РФ стороны допускают при заключении и подписании настоящего договора использование факсимильного воспроизведения подписей - постановки штампа-факсимиле и признают равную юридическую силу подписи собственноручной и факсимильной подписи. Стороны допускают обмен экземплярами приложений и дополнительных соглашений к Соглашению, подписанных одной стороной, сканированных и направленных другой стороне по адресам уполномоченной электронной почты, признавая тем самым юридическую силу названных документов. Стороны также признают юридическую силу всех прочих документов уведомлений, претензий, актов, направленных друг другу в электронном виде во исполнение настоящего договора по указанным адресам электронной почты.

Каждая из сторон несет риск не извещения второй стороны об изменении своего адреса электронной почты. В случае уклонения Стороны от получения уведомления, направленного второй Стороной, уведомление считается полученным по истечении 6 календарных дней с момента его направления.

8. Настоящий договор составлен на русском языке в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Пациента. При несовпадении в одном лице Пациента и Заказчика и отсутствия у Заказчика статуса законного представителя Пациента, договор составляется в трёх экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Пациента, третий – у Заказчика.

9. Все изменения и дополнения к настоящему договору вносятся в письменной форме путём составления Приложений к Договору и вступают в силу с момента подписания Сторонами.

10. Пациент проинформирован о режиме работы Исполнителя и порядке оказания платных медицинских услуг;

11. Подписание настоящего договора со стороны Пациента свидетельствует о получении им со стороны Исполнителя доступной, достоверной и полной информации.

12. В соответствии с п. 15 Постановления Правительства РФ от 4 октября 2012 г. N 1006 Исполнитель информирует заказчика о том, что 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 Пациента.

13. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются:

Приложение № 1-1 – Форма Добровольного информированного согласия пациента

Приложение 1-2- Форма Отказа от медицинского вмешательства

Приложение № 2 – Форма Соглашения о присоединении;

Приложение № 3 – Форма Перечня оказываемых медицинских Услуг;

**Приложение №1-1**  
**к Формуляру договора на оказание платных**  
**медицинских Услуг**

**Информированное добровольное согласие  
на медицинское вмешательство**

Я,

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество гражданина либо законного представителя)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)  
проживающий по адресу:

\_\_\_\_\_ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество пациента при подписании согласия законным представителем)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу:  
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

\_\_\_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 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»<sup>1</sup> (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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (должность, фамилия, имя, отчество 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 (которых) 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 гражданина, контактный телефон)

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

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя, телефон)

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество медицинского работника)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ Г.  
(дата оформления)

<sup>1</sup> Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный N 24082.

**Приложение №1-2**  
**к Формуляру договора на оказание платных медицинских Услуг**

**Отказ от медицинского вмешательства**

Я, \_\_\_\_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ г. рождения,  
(фамилия, имя, отчество и дата рождения гражданина либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в отношении \_\_\_\_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ г. рождения,  
(фамилия, имя, отчество пациента и дата рождения при подписании согласия законным представителем)  
при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи

в \_\_\_\_\_  
(полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных 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<sup>1</sup>:

\_\_\_\_\_ (наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество медицинского работника)  
в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указываются возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния))

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество медицинского работника)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ Г.  
(дата оформления)

<sup>1</sup> Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный N 24082.

*Приложение №2*  
*к Формуляру договора на оказание платных медицинских Услуг*

**СОГЛАШЕНИЕ № \_\_\_\_\_  
о присоединении к Договору на оказание платных медицинских Услуг**

Санкт-Петербург, Россия \_\_\_\_\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «ОпекаПлюс» (ООО «МЦ «ОпекаПлюс»), ИНН 7804524751, в лице Управляющего пансионатом \_\_\_, действующего на основании Доверенности № от \_\_\_, с одной стороны, гражданин (ка) \_\_\_, далее именуемый (ая) «Пациент», с другой стороны, и гражданин (ка) (Юридическое лицо (наименование, данные стороны и его представителя) \_\_\_, далее именуемый (ая, ое) «Заказчик», с третьей стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настояще соглашение о нижеследующем:

1. Заказчик и Пациент присоединяются в целом, без ограничений и/или исключений, ко всем положениям Формуляра договора на оказание платных медицинских Услуг, размещаемом на Информационном стенде Исполнителя, в порядке, предусмотренном статьей 428 Гражданского кодекса Российской Федерации.
2. Заказчик и Пациент подтверждают, что все положения настоящего Договора им известны и разъяснены в полном объеме, включая порядок оказания Услуг.
3. Исполнитель принимает на себя обязательство по оказанию медицинских Услуг Пациенту.
4. Перечень оказываемых медицинских Услуг, количество, стоимость, период оказания медицинских Услуг согласовываются Сторонами в Приложении № 3.
5. Стороны допускают обмен экземплярами приложений и дополнительных соглашений к Соглашению, подписанных одной стороной, сканированных и направленных другой стороне по адресам уполномоченной электронной почты, признавая тем самым юридическую силу названных документов. Стороны также признают юридическую силу всех прочих документов уведомлений, претензий, актов, направленных друг другу в электронном виде во исполнение настоящего договора по указанным адресам электронной почты:  
со стороны Заказчика - \_\_\_\_\_,  
со стороны Исполнителя - \_\_\_\_\_.

Каждая из сторон несет риск не извещения второй стороны об изменении своего адреса электронной почты. В случае уклонения Стороны от получения уведомления, направленного второй Стороной, уведомление считается полученным по истечении 6 календарных дней с момента его направления.

Исполнитель	Заказчик	Пациент (Законный представитель)
	<p><b>Контактная информация:</b></p> <p>(ответственное лицо для взаимодействия по вопросу оказания услуг Пациенту)</p> <p>ФИО</p> <p>Телефон e-mail</p>	

**Приложение №3**  
к Формуляру договора на оказание платных  
медицинских Услуг

**Форма ПЕРЕЧЕНИЯ**  
**оказываемых медицинских Услуг**  
за период с «\_\_\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_г. по с «\_\_\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_г.

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_

Код Услуги	Наименование медицинской Услуги	кол-во (ед.)	Стоимость за 1 ед. (руб.)	Общая стоимость (руб.)

ИТОГО \_\_\_\_\_ рублей

Исполнитель	Заказчик	Пациент (Законный представитель)
Лечащий врач _____ / _____ / (подпись)	_____ (подпись)	_____ (подпись)