**ДОГОВОР**

**на оказание платных медицинских услуг №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

г. Санкт-Петербург «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

Общество с ограниченной ответственностью «Дойче Медикал Груп –Клиник» (ООО «ДМГ-Клиник»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», расположенное по адресу 197101, г. Санкт-Петербург, ул. Ленина, 5 лит. А пом. 1-Н, 4-Н, Свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 78 №009052482 выдано 16 сентября 2013 года и присвоен ОГРН 1137847344986, действующее на основании лицензии № ЛО-78-01-009227 от 28.09.2018 г., выданной Комитетом по здравоохранению г. Санкт-Петербурга (адрес: 191023, г. Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая, д. 1, тел. 595-89-79), Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии,, в лице Генерального директора Пенькова Константина Дмитриевича, действующей на основании Устава с одной стороны, и гражданин \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент» либо «Заказчик» (в случае заключения договора в пользу другого лица), и действующий(ая) в интересах «Пациента», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. В соответствии с условиями настоящего договора Исполнитель обязуется предоставить Пациенту платные медицинские услуги. Платные медицинские услуги предоставляются Исполнителем на основании действующего Прейскуранта. Прейскурант платных медицинских услуг является официально утвержденным документов Исполнителя и предусматривает конкретный перечень медицинских услуг, стоимость услуг и сроки их оказания, с которым Пациент имел возможность ознакомиться до предоставления медицинских услуг.

1.2. Медицинские услуги, предоставляемые Исполнителем Пациенту, отвечают требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

1.3. Пациент (или Заказчик в случае заключения договора в пользу другого лица) обязуется своевременно оплачивать предоставляемые ему медицинские услуги, выполнять или обеспечивать выполнение всех рекомендаций медицинского персонала Исполнителя, направленных на обеспечение качества предоставляемых ему медицинских услуг.

2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1. Исполнитель по настоящему договору предоставляет платные медицинские услуги Пациенту по адресу места нахождения Исполнителя:

197101, г. Санкт-Петербург, ул. Ленина, д. 5, тел. +7 (901) 305 95 95.

2.2. Исполнитель предоставляет медицинские услуги в соответствии с режимом работы медицинской организации после подписания настоящего договора и информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

3.1. Стоимость услуг, предоставляемых Пациенту по настоящему договору, определяется действующим в момент предоставления медицинских услуг Прейскурантом платных медицинских услуг.

3.2. Оплата медицинских услуг по настоящему договору осуществляется Заказчиком (Пациентом) в полном объеме путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя до проведения исследования и до получения результатов исследования Пациентом.

3.3. В стоимость МРТ-исследования включено: проведение МРТ-исследования; запись исследования на диск (CD-R); описание исследования и заключение врача-рентгенолога; выдача заключения после проведения исследования - от 3 часов до суток; при желании пациента- направление скан-копии заключения на электронную почту. В стоимость МРТ-исследования не входит: печать снимка с исследованием; консультация специалиста; внутривенное введение контрастного препарата.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Исполнитель обязуется:

- при подготовке к исследованию предоставить Пациенту полную информацию о предлагаемых ему медицинских услугах: в чем заключается

предстоящая услуга и что происходит в процессе ее выполнения; от каких факторов зависит качество предоставляемой услуги и что требуется

от Пациента для достижения надлежащего качества оказываемой услуги.

- выдать Пациенту результат исследования в часы работы медицинской организации. Сроки подготовки заключения (описания исследования)

составляют от 3 (трех) до 24 (двадцати четырех) часов с момента завершения исследования.

- при предоставлении медицинских услуг обеспечить применение разрешенных к применению в Российской Федерации лекарственных

препаратов, медицинских изделий и медицинского оборудования, имеющих соответствующие сертификаты и регистрационные удостоверения.

4.2. Исполнитель имеет право:

- отказать Пациенту в предоставлении услуг при обнаружении противопоказаний к определенному методу диагностики или лечебных процедур.

4.3. Пациент имеет право:

4.3.1. В доступной для него форме получить информацию в рамках проведенного Исполнителем исследования.

4.4. Пациент обязуется:

- предоставить медицинские документы (в том числе снимки и заключения по предыдущим исследованиям), связанные с заболеванием, и при

необходимости информировать врача устно об истории заболевания.

- подписать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

- надлежащим образом исполнять условия настоящего договора, в том числе явиться на приём за 10 минут до назначенного времени, своевременно оплачивать предоставленные услуги, своевременно информировать Исполнителя об обстоятельствах, препятствующих выполнению настоящего договора.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Исполнитель несет ответственность в размере реального ущерба, причиненного Заказчику неисполнением или ненадлежащим исполнением условий настоящего договора в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. При неоплате Заказчиком (Пациентом) стоимости оказанных медицинских услуг, за каждый день просрочки с момента полного выполнения

Исполнителем медицинских услуг, Пациент оплачивает пени в размере 0,5% стоимости неоплаченных медицинских услуг.

5.3. Во всем остальном при исполнении настоящего договора стороны руководствуются действующим законодательством РФ, регулирующим предоставление медицинскими организациями платных медицинских услуг населению.

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств. В случае выявления у пациента противопоказаний к методу диагностики либо, если Пациент, находится в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или действия Пациента угрожают жизни и здоровью медицинского персонала либо нарушают общественный порядок Исполнитель вправе в одностороннем внесудебном порядке отказаться от исполнения обязательств по договору и расторгнуть его, уведомив Пациента в устной форме. Стороны вправе изменить или расторгнуть договор в порядке, предусмотренном действующим законодательством. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной и факсимильной подписи на настоящем договоре.

6.2. Все споры и разногласия, возникающие при исполнении настоящего договора, разрешаются сторонами путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с законодательством РФ.

6.3. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

7. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель:  «. ДМГ-Клиник»  Юр.адрес: СПб, ул. Ленина дом 5  ИНН 7807383570 КПП 781301001  О. ОГРН: 1137847344986  р/сч: 40702810606000014914  БИК 044030920 г. Санкт-Петербург | Заказчик:  ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Фамилия, имя, отчество Пациента)  Паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  кем  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  когда  Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись Пациента) |
| Генеральный директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Пеньков Б.Д.  М.П. |  |

**Приложение №1**

к Договору об оказании платных медицинских услуг

№ \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

Я, Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

фамилия, имя, отчество

зарегистрирован по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

документ удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ознакомился с документами «ООО «ДМГ-Клиник») именуемое в дальнейшем «Исполнитель», устанавливающими порядок обработки персональных данных работников, с моими правами и обязанностями в данной области и в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. “О персональных данных” № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие оператору персональных данных ООО «Медицинский центр «Гиппократ», адрес: Московская область, г. Химки, ул. Совхозная, д.9, на обработку в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг:

- фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, адрес регистрации, контактный(е) телефоны, адрес электронной почты, возраст;

- реквизиты паспорта или иного документа, удостоверяющего личность;

- место работы, занимаемая должность;

- данные о состоянии моего здоровья, диагнозе заболевания, о факте обращения за медицинской помощью.

- физиологические особенности человека, состояние здоровья, имеющиеся заболевания, поставленные диагнозы, факты обращения в медицинские организации;

- семейное положение, наличие детей, родственные связи, образ жизни, привычки и увлечения, в том числе вредные (алкоголь, наркотики и др.);

Передача персональных данных ограничена исключительно медицинскими целями и обусловлена исключительно технической необходимостью.

Я предоставляю право работникам Оператора, право на обработку моих персональных данных в рамках действующего законодательства РФ, а именно: совершение любых действий (операций) или совокупности действий (операций) с моими персональными данными с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (за исключением распространения), распространение, в том числе передачу персональных данных иным (третьим) лицам в случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) моих персональных данных. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные, в том числе посредством внесения их в медицинские карты, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных по ОМС (договором ДМС), внесения их в электронную базу данных.

Я предоставляю право Оператору передавать полученные в рамках настоящего Договора персональные данные ограниченному кругу третьих лиц. Передача персональных данных другим юридическим или физическим лицам, не указанным в настоящем пункте, запрещена.

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 (за исключением блокирования и хранения) в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи и обеспечить их. Данное согласие на обработку персональных данных действует до момента истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих вышеуказанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации. Настоящее согласие считается данным мною третьим лицам, указанным выше, и третьи лица имеют право на обработку моих персональных данных на основании настоящего заявления.

Настоящее согласие дано мной «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Приложение №2**

к Договору об оказании платных медицинских услуг

№ \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

**СОГЛАСИЕ**

**на дистанционную передачу информации.**

Пациент вправе дать согласие на передачу ему информации по электронной почте, голосовыми сообщениями по телефонной связи, текстовыми смс-сообщениями, а также с использованием систем мгновенного обмена сообщениями.

Предоставлением адреса электронной почты Пациент дает согласие ООО «ДМГ-Клиник», именуемое в дальнейшем «Исполнитель» пересылать информацию, включая обработку и пересылку по электронной почте результатов лабораторной диагностики.

За исключением особо оговоренных случаев, Клиника не пересылает по электронной почте результаты исследований на инфекционную группу, гистологических и цитологических исследований. Пациент имеет право самостоятельно получить результаты таких исследований непосредственно в Клинике.

Клиника вправе обезличивать информацию при условии ссылки на номер амбулаторной медицинской карты. При получении обезличенной информации Пациент обязуется самостоятельно проверить соответствие указанного номера номеру своей амбулаторной медицинской карты и при обнаружении несоответствия незамедлительно сообщить в Клинику.

Клиника вправе самостоятельно определять формат и размер передаваемой информации.

Пациент предупрежден о возможных рисках, существующих при отправке информации, при которых Клиника не несет ответственности, в том числе:

* о возможности доступа третьих лиц к направляемой информации в процессе или в результате ее пересылки (в том числе, но не исключительно, несанкционированного доступа к оконечному оборудованию пользователя, прямой или случайной передачи пароля, незаконных действий третьих лиц);

неполучения информации по различным причинам, не зависящим от отправителя (электронная почта переполнена, заблокирована или недоступна, настройки и правила обработки сообщений электронной почты на почтовом сервере не позволяют принимать сообщения интернет-домена отправителя, технические и другие причины);

* повреждений файлов.

Дистанционная передача информации является правом, а не обязанностью Клиники. Клиника вправе приостановить или прекратить дистанционную передачу информации.

Ознакомившись с указанными выше положениями, Пациент (Законный представитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия имя отчество, адрес регистрации)

Мобильный телефон +7 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Электронная почта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Я даю согласие на передачу информации по электронной почте, голосовыми сообщениями по телефонной связи, текстовыми смс-сообщениями, а также с использованием систем мгновенного обмена сообщениями \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)

Я даю согласие на получение информации о специальных предложениях и акциях \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)

Я даю согласие на получение информации в связи с напоминанием о записи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)

Я даю согласие на опрос по качеству обслуживания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящее согласие дано мной «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Приложение № 5**

**к Договору № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.**

**об оказании оказание платных медицинских услуг**

**Акт оказанных Медицинских платных услуг**

**№ \_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.**

Заказчик/Плательщик: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фио)

Пациент:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фио)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование услуг, работ | Цена, руб. | Кол-во | Скидка % | Сумма к оплате руб. |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Всего оказано услуг, на сумму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, НДС не облагается в соответствии с пп.2 п.2 стр.149 НК РФ. Медицинские услуги и работы по договору об оказании платных медицинских услуг выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель:  «. ДМГ-Клиник»  Юр.адрес: СПб, ул. Ленина дом 5  ИНН 7807383570 КПП 781301001  О. ОГРН: 1137847344986  р/сч: 40702810606000014914  БИК 044030920 г. Санкт-Петербург | Заказчик:  ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Фамилия, имя, отчество Пациента)  Паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  кем  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  когда  Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись Пациента) |
| Генеральный директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Пеньков Б.Д.  М.П. |  |