



Общество с ограниченной ответственностью «АриВа-Мед», именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице _____, действующего на основании Устава, с одной стороны и _____ (наименование или Ф.И.О.), именуем _____ в дальнейшем "Заказчик", в лице _____ (Ф.И.О.), и являющийся законным представителем/действующий в интересах (ненужное зачеркнуть) Потребителя (Пациента) _____ (Ф.И.О.), действующий на основании _____ (документ, подтверждающий полномочия) с другой стороны, совместно именуемые «Стороны» заключили настоящий Договор в пользу Потребителя о нижеследующем:

Понятия, используемые в настоящем Договоре

Для целей настоящего Договора используются следующие основные понятия:
платные медицинские услуги - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;
Заказчик - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором в пользу потребителя;
Потребитель (Пациент) - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с настоящим Договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";
Исполнитель - медицинская организация (Общество с ограниченной ответственностью «АриВа-Мед»), оказывающие платные медицинские услуги в соответствии с Договором.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель по настоящему договору по поручению Заказчика в целях оказания медицинской помощи обязуется в полном объеме оказать Потребителю (Пациенту) платные медицинские услуги, предусмотренные стандартами медицинской помощи. Наименование и объем оказываемых услуг определяются на основании стандартов медицинской помощи, которые разрабатываются в соответствии с Номенклатурой услуг, утвержденной Приказом Минздрава России от 13.10.2017 г. № 804н (в ред.) "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг", а Заказчик обязуется данные услуги оплатить.

Код мед. услуг	Номенклатура медицинских услуг	Код	Наименование медицинской услуги	Стоимость, руб.
ИТОГО:				

1.2. При возникновении необходимости оказания других медицинских услуг (в т.ч. консультаций или медицинских вмешательств), не предусмотренным настоящим договором, в соответствии с п. 4 ст. 84 Закона об охране здоровья граждан в РФ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (в ред.), а также в п. 11 Правил, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 г. № 736, они могут быть выполнены в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а так же, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, с оплатой по утвержденному прейскуранту по письменному согласию Заказчика.

2. СВЕДЕНИЯ О ЛИЦЕНЗИИ

2.1. Номер и дата регистрации лицензии на осуществление медицинской деятельности: Л041-01147-46/00358893 от 15.12.2020 г.
2.2. Наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего лицензию лицензирующего органа: Комитет здравоохранения Курской области, г. Курск, Красная площадь, д. 6, тел. 8(4712)514720.
2.3. Виды услуг, составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией:
-при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): -при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу, медицинскому массажу, сестринскому делу, функциональной диагностике; -при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: 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), косметологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, сердечно-сосудистой хирургии, ультразвуковой диагностике, урологии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии;-при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерскому делу, акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), анестезиологии и реаниматологии, клинической лабораторной диагностике, лабораторной диагностике, медицинской статистике, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, сестринскому делу, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, функциональной диагностике, хирургии; -при проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности.

3. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

3.1. Срок оказания услуг: УЗИ – 1 день, прием врача – 1 день, ЭКГ – 2 дня, лабораторные исследования – от 1 до 40 дней. Окончательный срок оказания медицинских услуг определяется в соответствии с назначением врача и записями в медицинской карте.
3.2. Срок ожидания предоставления платных медицинских услуг: до 30 дней.
3.3. Заказчик/Потребитель (Пациент) подписывая настоящий договор, соглашается с тем, что перед его подписанием был проинформирован Исполнителем о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, последствиях медицинского вмешательства и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.
3.4. Исполнитель обязан: оказать Потребителю (Пациенту) квалифицированную, качественную медицинскую помощь в установленный Договором срок; предоставить Заказчику и Потребителю (Пациенту) бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемой услуге.
3.5. Исполнитель имеет право в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной Договором.
3.6. Исполнитель освобождается от ответственности за частичное или полное неисполнение своих обязательств по настоящему Договору, если их исполнению препятствует чрезвычайное и непредотвратимое при данных условиях обстоятельство (непреодолимая сила), как-то – пожар, наводнение, землетрясение, военные действия, режим чрезвычайного положения, введение эмбарго на импорт и/или экспорт, гражданские волнения, эпидемия, блокада, акты государственных органов или местного самоуправления, действия властей (государственных органов) и иные обстоятельства, препятствующие оказанию услуги и которые стороны не могли учесть при подписании Договора.
3.7. Заказчик/Потребитель (Пациент) согласен с тем, что услуги, являющиеся предметом настоящего Договора, могут быть оказаны с привлечением третьих лиц, которые имеют все предусмотренные законодательством Российской Федерации разрешения. Исполнитель при этом обязуется предоставить по требованию Потребителя (Пациента) полную и достоверную информации о лице, фактически оказывающем услугу.
3.8. Заказчик, являющийся законным представителем Потребителя (Пациента)/Потребитель (Пациент) обязан: информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях; точно выполнять назначения врача; своевременно оплатить стоимость услуг; соблюдать правила внутреннего распорядка Исполнителя, с которым он был ознакомлен до начала оказания услуги. В случае одновременного наблюдения или лечения в других медицинских организациях информировать Врача о назначениях и результатах обследования в этих медицинских организациях, а также предоставлять оригиналы/выписки/копии из назначений, осмотров, консультаций и проведенных медицинских и диагностических исследованиях.
3.9. Заказчик/Потребитель (Пациент) имеет право: на ознакомление с копией учредительного документа Исполнителя, с выпиской из единого государственного реестра юридических лиц, с выпиской из реестра лицензий Исполнителя на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность; на ознакомление с информацией о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; с информацией о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации); на возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания медицинской услуги по вине Исполнителя; отказаться от получения медицинской услуги и получить обратно оплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуги.
3.10. Заказчик/Потребитель (Пациент) уведомлен, что проводимое в соответствии с настоящим Договором медицинское вмешательство может быть сопряжено с осложнениями и/или нарушениями функций организма Потребителя (Пациента), не являющимися дефектом медицинской помощи и врачебной

ошибкой, а обусловленными состоянием здоровья Потребителя (Пациента) и применяемыми в современной медицине методами и методиками оказания медицинской помощи.

3.11. Заказчик/Потребитель (Пациент) уведомлен, что в ходе оказания Потребителю (Пациенту) медицинской услуги могут быть выявлены физиологические особенности организма Потребителя (Пациента), которые могут сделать невозможным дальнейшее оказание ему медицинской услуги по Договору (полностью или частично).

3.12. Исполнитель уведомляет Заказчика и Потребителя (Пациента) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя (Пациента).

3.13. Исполнитель после исполнения Договора выдает Заказчику/Потребителю (Пациенту) по его требованию копии медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих 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, без взимания дополнительной платы. Потребитель (Пациент) подписывая настоящий Договор, соглашается с тем, что сведения, составляющие врачебную тайну и полученные в ходе оказания ему медицинской помощи/услуги Исполнителем, предоставляются Исполнителем Заказчику по его требованию.

3.14. До Заказчика/Потребителя (Пациента) доведена информация о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации: Министерство здравоохранения Курской области, горячая линия: 8(4712)58-78-86, 8(4712)58-78-87 сайт kurskzdrav.ru; Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человек по Курской области, горячая линия: 8-800-300-84-50 сайт 46.gospotrebnadzor.ru; Территориальный орган Росздравнадзора по Курской области, горячая линия по вопросам соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья: (4712)58-12-52 сайт 46.reg.roszdravnadzor.gov.ru.

3.15. Заказчик/Потребитель (Пациент) соглашается с тем, что:

- Исполнитель перед оказанием медицинской услуги довел до сведения Заказчика/Потребителя (Пациента) информацию о стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги, путем размещения на сайте исполнителя (при наличии у исполнителя такого сайта) ссылок на "Официальный интернет-портал правовой информации" (www.pravo.gov.ru) и официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации, на котором размещен рубрикатор клинических рекомендаций, а также путем размещения указанных ссылок на информационных стендах Исполнителя.

- Исполнитель перед оказанием медицинской услуги довел до сведения Заказчика/Потребителя (Пациента) информацию о медицинском работнике(-ах), отвечающем(-щих) за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его/их профессиональном образовании и квалификации);

- Исполнитель перед оказанием медицинской услуги довел до сведения Заказчика/Потребителя (Пациента) информацию о графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;

- Исполнитель перед оказанием медицинской услуги довел до сведения Заказчика/Потребителя (Пациента) информацию об образцах договоров используемых при оказании платных медицинских услуг;

- Исполнитель перед оказанием медицинской услуги довел до сведения Заказчика/Потребителя (Пациента) информацию о перечне категорий потребителей, имеющих право на получение льгот, а также перечень льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг, в случае их установления учредителем медицинской организации государственной системы здравоохранения или муниципальной системы здравоохранения и (или) руководителем медицинской организации частной системы здравоохранения

4. СРОК И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

Оплата медицинских услуг производится до их оказания наличными денежными средствами или по безналичному расчету.

5. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

5.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до полного исполнения обязательств Сторон. Стороны вправе расторгнуть Договор по соглашению возместив фактически понесенные ими расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

5.2. Стороны несут ответственность по Договору в соответствии с действующим законодательством.

5.3. В случае отказа Заказчика и/или Потребителя (Пациента) после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

5.4. Исполнитель вправе расторгнуть Договор в одностороннем порядке, предусмотренном ст.ст. 421, 450.1 ГК РФ и иными нормативными правовыми актами. Исполнитель также вправе расторгнуть Договор в одностороннем порядке, если в ходе оказания медицинской услуги будут выявлены физиологические особенности организма Потребителя (Пациента), которые делают дальнейшее оказание медицинской услуги по настоящему Договору невозможным. В этом случае Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

5.5. Настоящий Договор составлен в двух/трех (ненужное зачеркнуть) экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Заказчика, третий у Потребителя (Пациента) (ненужное зачеркнуть), имеющих одинаковую юридическую силу: один экземпляр для Исполнителя, второй для Заказчика, третий Потребителя (Пациента) (ненужное зачеркнуть).

5.6. Аудио-, фото- и видеосъемка на территории и в помещениях Исполнителя без разрешения с Администрацией Исполнителя ЗАПРЕЩЕНЫ.

6. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ

ООО «АриВа-Мед»
Юридический адрес: 305040 г. Курск, ул. Павлуновского, д. 114, офис 1
Фактический адрес: 305040, г. Курск, ул. Павлуновского, д. 114
Телефон: 8(4712) 999-919
Сайт: www.docstrov46.ru
ИНН 4632257946
ОГРН 1194632009549
Р/счет 40702810632050000259 в Курском РФ АО «Россельхозбанк» г. Курск
_____/ Генеральный директор
М.П.

ЗАКАЗЧИК

_____(Ф.И.О.)
Место регистрации: _____
Адрес фактического проживания: _____ (при совпадении с местом регистрации не заполняется)

Данные документа, удостоверяющего личность: _____
Данные документа, удостоверяющего личность законного представителя Потребителя (Пациента)

Телефон: _____
Адрес электронной почты (при наличии): _____
наименование и адрес Заказчика - юридического лица в пределах его места нахождения, основной государственный регистрационный номер и идентификационный номер налогоплательщика _____
должность лица, заключающего договор от имени Заказчика _____
_____/ФИО

ПОТРЕБИТЕЛЬ

ФИО
Дата рождения:
Телефон:
Место регистрации:
Адрес проживания:
Паспорт:
Выдан: _____

_____/ФИО

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____ г.р., зарегистрированный(-ая) по адресу _____, являясь законным представителем _____ г.р. 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: -опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных); рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, а также на медицинские вмешательства и услуги, указанные в п.1.1. договора на оказание платных медицинских услуг от [Дата/Договора], для получения первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в ООО «АриВа-Мед» 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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 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, в том числе после смерти.

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

(подпись)

(Ф.И.О. законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата

Уведомление

Медицинский центр ООО «АриВа-Мед» уведомляет _____ о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врачей-специалистов ООО «АриВа-Мед», предоставляющих платную медицинскую услугу, в том числе: рекомендуемого обследования, согласно стандартов медицинской помощи, утвержденным МЗ РФ, 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 (Пациента).
Уведомление получил: ФИО _____ Дата _____

Уведомление о возможности получения медицинской помощи без взимания платы

При заключении договора потребителю (заказчику) предоставлена информация 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. Настоящим заявлением потребитель (заказчик) дает свое согласие на получение платных медицинских услуг в ООО «АриВа-Мед» и согласен(на) оплатить стоимость медицинских услуг в соответствии с договором и прейскурантом цен.
Уведомление получил: ФИО _____ Дата _____

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____ г.р., зарегистрированный(-ая) по адресу _____ Выдан: _____, являясь законным представителем _____ г.р., зарегистрированного(-ой) по адресу _____, в соответствии с требованиями статьи Федерального закона от 27.07.06 г. № 152-ФЗ "О персональных данных", подтверждаю свое согласие на обработку медицинским центром ООО «АриВа-Мед» (далее Оператор) его персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), адрес электронной почты, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, диагнозах, 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, а также третьим лицам, привлекаемым Оператором с моего согласия 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. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие дано мною и действует бессрочно. 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.
Подпись законного представителя субъекта персональных данных _____ ФИО _____

Согласие на СМС-оповещения на рекламную информацию

Даю свое согласие на получение информации об акциях, скидках, новостях и иных предложениях Исполнителя по указанному в договоре телефону.

Согласие на осуществление фотосъемки или видеосъемки

Даю свое согласие на осуществление фотосъемки или видеосъемки меня, на использование своих изображений в сети Интернет, полученные в процессе съемки для рекламной кампании.

Подпись субъекта Потребителя _____ ФИО _____

Подпись сотрудника организации _____ ФИО _____