

Общество с ограниченной ответственностью «АриВа-Мед», в лице Генерального директора _____, действующего на основании Устава и "Заказчик" - страховщик по добровольному медицинскому страхованию Потребителя (Пациента) Курский филиал АО "АльфаСтрахование" в соответствии с заключенным между Исполнителем и Заказчиком Договором на предоставление медицинской помощи по добровольному медицинскому страхованию граждан застрахованным по программе добровольного медицинского страхования, заказывающее платные медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором в пользу Потребителя (Пациента) и _____, именуемый (ая) в дальнейшем Потребитель (Пациент), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель по настоящему договору в целях оказания медицинской помощи обязуется в полном объеме оказать заказчику 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 в соответствии с заключенным между Исполнителем и Заказчиком Договором на предоставление медицинской помощи по добровольному медицинскому страхованию граждан застрахованным по программе добровольного медицинского страхования и имеющим действующий Страховой полис (Гарантийное письмо) Заказчика.

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

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 в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, с оплатой по утвержденному прейскуранту по письменному согласию (Гарантийному письму) Заказчика.

2. СВЕДЕНИЯ О ЛИЦЕНЗИЯХ ИСПОЛНИТЕЛЯ

2.1. Номер и дата регистрации лицензии на осуществление медицинской деятельности: от 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. 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 Потребителю (Пациенту) бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемой услуге. Потребителю (Пациенту) бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемой услуге. Заказчику такая информация предоставлена в соответствии с заключенным Договором на предоставление медицинской помощи по добровольному медицинскому страхованию граждан.

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. 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 Заказчика/Потребителя (Пациента) полную и достоверную информации о лице, фактически оказывающем услугу.

3.8. 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.

3.9. 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. Заказчику такая информация предоставлена в соответствии с заключенным Договором на предоставление медицинской помощи по добровольному медицинскому страхованию граждан.

3.10. Потребитель (Пациент) уведомлен, что проводимое в соответствии с настоящим Договором медицинское вмешательство может быть сопряжено с осложнениями и нарушениями функций организма, не являющимися дефектом медицинской помощи и врачебной ошибкой, а обусловленными состоянием здоровья пациента и применяемыми в современной медицине методами и методиками оказания медицинской помощи.

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

3.12. Исполнитель уведомляет 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 выдает Заказчику (данная информация предоставляется Заказчику с учетом норм ст.13 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (в ред.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», с письменного согласия Потребителя (Пациента)) и/или непосредственно Потребителю (Пациенту) (по его требованию или при отсутствии письменного согласия Потребителя (Пациента) на передачу информации Заказчику) 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.

3.14. До 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 46reg.roszdravnadzor.gov.ru. Заказчику такая информация предоставлена в соответствии с заключенным Договором на предоставление медицинской помощи по добровольному медицинскому страхованию граждан.

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

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

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

- Исполнитель перед оказанием медицинской услуги довел до сведения 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.

- Заказчику такая информация предоставлена в соответствии с заключенным Договором на предоставление медицинской помощи по добровольному медицинскому страхованию граждан

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 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 в соответствии с заключенным Договором на предоставление медицинской помощи по добровольному медицинскому страхованию граждан.

5.4. Исполнитель 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 или же в случае несоблюдения Потребителем (Пациентом) обязательств, указанных в п.3.8 и 3.12. настоящего Договора. В этом случае Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору в соответствии с заключенным Договором на предоставление медицинской помощи по добровольному медицинскому страхованию граждан.

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

5.6. Аудио-, фото- и видеосъемка без согласования с Администрацией Исполнителя ЗАПРЕЩЕНА.

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: +7(4712) 999-919

Сайт: docpetrov46.ru

ИНН 4632257946

ОГРН 1194632009549

Р/счет 40702810632050000259 в Курском РФ АО «Россельхозбанк» г.

Курск

Генеральный директор ООО «АриВа-Мед»

_____/ ФИО

М.П.

ПОТРЕБИТЕЛЬ (ПАЦИЕНТ)

Дата рождения:

Телефон:

Место регистрации:

Адрес проживания:

Паспорт:

Выдан:

_____/ФИО

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____ г.р., зарегистрированный(-ая) по адресу _____ 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, реоэнцефалография, 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, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикжно; медицинский массаж; лечебная физкультура, а также на медицинские вмешательства и услуги, указанные в п.1.1. договора на оказание платных медицинских услуг от _____ г., 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. гражданина)

(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 Пациента.

Уведомление получил: ФИО _____

Дата

Уведомление о возможности получения медицинской помощи без взимания платы

При заключении договора потребителю Заказчику/Потребителю (пациенту) 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/Потребитель (пациент) 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

Подпись сотрудника оператора _____

ФИО

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____ г.р., зарегистрированный(-ая) 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) моих 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 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 изображения в сети Интернет, полученные в процессе съемки для рекламной кампании.

Подпись Потребителя (Пациента) _____

ФИО

Подпись сотрудника организации _____

ФИО