

Уведомление об информировании до заключения Договора

Я, {{ Заказчик Физ лицо.ФИО }}, {{ Заказчик Физ лицо.Дата рождения }} года рождения, настоящим подтверждаю, что мне до заключения Договора об оказании медицинских услуг предоставлена в доступной форме 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 (далее - программа, территориальная программа). Я согласен(а) оплатить услугу, я получил(а) информацию о стоимости медицинского вмешательства (ознакомлен с прайсом), о правилах оплаты и документах, подтверждающих этот факт.

Я ознакомлен(а) с тем, что может получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях по месту жительства на других условиях. Получив у Исполнителя полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг, я согласен(а) на оказание платных медицинских услуг и готов(а) их оплатить.

До подписания Договора об оказании платных медицинских услуг я ознакомлен(а) с Прейскурантом, действующим на дату заключения Договора и Правилами оказания платных медицинских услуг и поведения Пациентов в {{ Клиника.Юридическое наименование }}, уведомлен(а) 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 моего здоровья.

Настоящим, я информирован(а) о несовершенстве медицинской науки и практики и невозможностью, в связи с этим гарантировать ожидаемые результаты лечения, а также о возможных (но не обязательных) осложнениях медицинской услуги, которые могут причинить вред здоровью.

{{ Документ.Дата }}

{{ Заказчик Физ лицо.ФИО }}

ДОГОВОР № {{ Пациент.Номер ЭМК }}/{{ Счёт.Номер счета }}

об оказании платных медицинских услуг

Московская область

Документ.Дата }}

{{

{{ Клиника.Юридическое наименование }}, в интересах которого действует {{ Сотрудник.Специальность }} {{ Сотрудник.ФИО }} на основании {{ Сотрудник.Дополнительно }}, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гр. {{ Заказчик Физ лицо.ФИО }}, именуемый(ая) «Потребитель»/«Пациент» либо «Заказчик» (действующий(ая) как представитель Пациента), с другой стороны, в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Общие понятия и данные Сторон

1.1. Сведения о Исполнителе:

Наименование организации: {{ Клиника.Юридическое наименование }}, фирменное – Медицинский центр «Земский врач».

Адрес местонахождения: {{ Клиника.Адрес }}.

Адрес сайта в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет": <https://zemvrach.ru> (далее – Сайт). Телефон {{ Клиника.Телефон 1 }}, {{ Клиника.Телефон 2 }}, email: {{ Клиника.Email }}

Сведения о юридическом лице в ЕГРЮЛ: ИНН {{ Клиника.ИНН }}, ОГРН {{ Клиника.ОГРН }}.

Лицензия на осуществление медицинской деятельности: {{ Клиника.Лицензия }}

Адрес места осуществления медицинской деятельности: {{ Клиника.Адрес }}.

1.2. Сведения о Пациенте (Потребителе):

{{ Пациент.ФИО }}, {{ Пациент.Дата рождения }} г.р.,

документ: {{ Пациент.Тип документа }} {{ Пациент.Серия }} {{ Пациент.Номер }}, выдан {{ Пациент.Кем выдан }} {{ Пациент.Дата выдачи }},

адрес регистрации: {{ Пациент.Короткий адрес }},

адрес места жительства (*заполняется при наличии*):

телефон {{ Пациент.Телефон }}, email {{ Пациент.Email }}

1.3. Сведения о представителе Пациента (*при его наличии*):

{{ Законный представитель.ФИО }}, {{ Законный представитель.Дата рождения }} г.р.,

документ: {{ Законный представитель.Тип документа }} {{ Законный представитель.Серия }}
{{ Законный представитель.Номер }} выдан {{ Законный представитель.Кем выдан }} {{
Законный представитель.Дата выдачи }}},

адрес регистрации: {{ Законный представитель.Короткий адрес }},

адрес места жительства (*заполняется при наличии*):

контакты: телефон {{ Законный представитель.Телефон }}, email {{ Законный
представитель.Email }}

1.4. Сведения о Заказчике.

Физическое лицо: {{ Заказчик Физ лицо.ФИО }},

Документ: {{ Заказчик Физ лицо.Тип документа }} {{ Заказчик Физ лицо.Серия }} {{
Заказчик Физ лицо.Номер }} выдан {{ Заказчик Физ лицо.Кем выдан }} {{ Заказчик Физ
лицо.Дата выдачи }}},

адрес регистрации: {{ Заказчик Физ лицо.Полный адрес }}

адрес места жительства (*заполняется при наличии*):

контакты: {{ Заказчик Физ лицо.Телефон }} {{ Заказчик Физ лицо.Email }}

Юридическое лицо:

{{ Заказчик Юр лицо.Наименование }}, ИНН {{ Заказчик Юр лицо.ИНН }}, ОГРН {{
Заказчик Юр лицо.ОГРН }}, {{ Заказчик Юр лицо.Полный Юр. адрес }}

1.5. Для целей настоящего Договора используются следующие понятия:

"Заказчик" - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с Договором в пользу потребителя;

"Потребитель" - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с Договором.

Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие [Федерального закона](#) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

"Исполнитель" - медицинская организация, оказывающая платные медицинские услуги в соответствии с Договором.

1.6. Подписанием настоящего Договора Потребитель/Заказчик ознакомлен и выражает своё согласие, на то что:

- платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также осуществляться в виде отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

- ознакомлен Исполнителем и согласен с методами оказания медицинской помощи, связанными с ними риски, видами медицинского вмешательства, их последствиями и ожидаемыми результатами оказания медицинской помощи.

1.7. Потребитель/Пациент/Заказчик ознакомлен на Сайте Исполнителя, а также на информационных стендах (стойках) Исполнителя, со всей необходимой информацией, в соответствии с требованием Правительства РФ к платным медицинским услугам, в том числе со стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями (при их наличии) на "Официальном интернет-портале правовой информации" (www.pravo.gov.ru) и официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации <https://minzdrav.gov.ru/>, а также с правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуги в {{ Клиника.Юридическое наименование }}, утверждёнными Исполнителем.

1.8. Исполнитель уведомил Потребителя/Пациента и (или) Заказчика о том, что граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

2. Предмет Договора

2.1. Исполнитель принимает на себя обязательства по оказанию Потребителю/Пациенту платных медицинских услуг, в том числе с применением телемедицинских технологий, качество которых должно соответствовать условиям Договора, а при отсутствии в Договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к таким услугам, в порядке и на условиях, указанных в настоящем Договоре, а Пациент/Заказчик обязуется оплатить указанные услуги в соответствии с разделом 3 настоящего Договора.

2.2. До заключения Договора Пациенту предоставлена в доступной форме 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, а также получено уведомление о несоблюдение указаний (рекомендаций) и последствиях несоблюдения.

2.3. В период действия Договора Исполнитель обязуется оказывать медицинские услуги только при наличии предварительно оформленного в письменном виде и подписанного Пациентом информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств. Указанное в настоящем пункте согласие оформляется в одном экземпляре и содержится в медицинской документации Пациента.

Исполнитель предоставил информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи, а также информацию о медицинском работнике,

отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации).

3. Стоимость услуг и порядок расчетов

3.1. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется на основании Приложений к настоящему Договору, в соответствии с действующим прейскурантом Исполнителя.

3.2. Оплата услуг по настоящему Договору определяется в Приложениях к настоящему Договору, осуществляется путём внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или безналичным путем (банковской картой, перевод на расчётный счет Исполнителя), в рублях.

3.3. Медицинские услуги в рамках настоящего Договора (полностью или частично) могут быть оплачены за Потребителя/Пациента любым другим лицом (Заказчиком), что будет считаться оплатой услуг. В случае, если оплата стоимости услуг производится Заказчиком, презюмируется, что Заказчик ознакомлен либо Пациентом, либо самостоятельно ознакомлен с условиями настоящего Договора.

3.4. Оплата медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с Договором ДМС, осуществляется в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации и Законом Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

3.5. В случае, если по каким-либо причинам, не зависящим от Исполнителя и Потребителя/Пациента, объем оказываемых Потребителю/Пациенту медицинских услуг, предусмотренных, настоящим Договором, сократится либо оказание медицинских услуг в рамках настоящего Договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, с Заказчика (Потребителя/Пациента) удерживается сумма за оказанные медицинские услуги, а также фактически понесенные Исполнителем расходы. Остаток суммы, внесенной за платные медицинские услуги, предусмотренные п.2.1 настоящего Договора, возвращается Заказчику (Потребителю/Пациенту) либо Заказчику на основании заявления Потребителя/Пациента либо Заказчика.

3.6. В случае отказа Потребителя/Пациента от получения медицинских услуг, продолжения обследования или лечения, путем подачи соответствующего заявления Исполнителю, с Потребителя/Пациента (Заказчика) удерживается сумма за оказанные медицинские услуги, а также за фактически понесенные Исполнителем расходы. Остаток суммы, внесенной за платные медицинские услуги, предусмотренные п.2.1 настоящего Договора, возвращается Заказчику (Потребителю/Пациенту) на основании заявления Потребителя/Пациента либо Заказчика.

4. Условия предоставления платных медицинских услуг

4.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Потребителя/Пациента (законного представителя Потребителя/Пациента) либо Заказчика и согласия приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств

Потребителя/Пациента (законного представителя Потребителя/Пациента) и/или Заказчика и/или иного лица в день обращения.

4.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждёнными Министерством здравоохранения Российской Федерации и обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, утверждённым Министерством здравоохранения Российской Федерации, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи, утверждённых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

4.3. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе Потребителя/Пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

4.5. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством России.

4.6. Пациент незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

4.7. Исполнителем после исполнения Договора (и/или после оказания услуги, в соответствии с приложениями) выдаются Потребителю/Пациенту (законному представителю) медицинские документы (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 дополнительной оплаты. В последующем, копии медицинских документов, выписки из медицинских документов, и иные документы, связанные с заключением и исполнением настоящего Договора, выдаются Потребителю/Пациенту по его письменному заявлению в сроки и порядке, установленных нормами действующего законодательства.

4.8. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия Потребителя/Пациента (законного представителя Потребителя/Пациента).

4.9. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя/Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы с Потребителя/Заказчика. Исполнитель имеет право в одностороннем порядке изменить предварительно определенный объем оказываемых медицинских услуг в случае, если существует угроза жизни или здоровью Потребителя/Пациента.

4.10. Потребитель/Пациент заблаговременно обязуется информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения медицинской услуги. В случае опоздания Потребителя/Пациента более чем на 15 минут к назначенному времени получения услуги, Исполнитель оставляет за собой право на перенос срока оказания услуги.

4.11. Медицинские услуги оказываются с использованием расходных материалов Исполнителя, изделий медицинского назначения Исполнителя, а также с использованием медицинского оборудования Исполнителя, предусмотренных законодательством РФ.

4.12. Исполнитель имеет право отложить или отменить лечебные или диагностические мероприятия, в том числе в день процедуры или обращения, в случае обнаружения у Потребителя/Пациента противопоказаний по состоянию здоровья. Исполнитель имеет право заменить, как временно, так и окончательно, лечащего врача, а также другой медицинский персонал, взаимодействующий с Пациентом.

4.13. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Потребителя/Пациента или его представителя, допускается в целях обследования и лечения Потребителя/Пациента, не способного из-за своего состояния выразить свою волю и в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

4.14. Потребитель/Пациент и (или) Заказчик, находящиеся на лечении, в соответствии с [Федеральным законом](#) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

4.15. В случае отсутствия претензий со Стороны Потребителя/Пациента в течение 3 (трех) календарных дней с момента оказания услуг, услуги признаются оказанными и принятыми Потребителем надлежащего качества и в полном объеме.

4.16. Исполнитель имеет право отказать в предоставлении медицинских услуг в случаях, предусмотренных законодательством РФ, в том числе в случае, когда предоставляемая медицинская услуга не является предметом лицензируемой деятельности Исполнителя, при наличии противопоказаний со стороны здоровья, при отсутствии медицинских показаний и риске нанесения вреда здоровью и иных объективных обстоятельствах, при которых услуга не сможет отвечать требованиям качества и безопасности, предусмотренным законом и подзаконными актами РФ, а также при отсутствии возможности предоставления услуг.

5. Ответственность сторон

5.1. Ответственность сторон в случае нарушения условий настоящего Договора, определяется в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя/Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.3. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по Договору при возникновении непреодолимых препятствий, под которыми понимаются стихийные бедствия, массовые беспорядки, запретительные действия властей и иные форс-мажорные обстоятельства.

6. Порядок изменения и расторжения Договора

6.1. Договор может быть изменен, дополнен или прекращен по соглашению Сторон, при этом взаиморасчеты осуществляются в порядке и на условиях, предусмотренных п. 3.5. настоящего Договора.

6.2. Исполнитель оставляет за собой право одностороннего отказа в предоставлении медицинских услуг в следующих случаях:

6.2.1. При нарушении Пациентом порядка и сроков оплаты оказанных услуг;

6.2.2. При несоблюдении (нарушении) Пациентом предписаний, требований, назначений, рекомендаций медицинского персонала Исполнителя, когда такое поведение Потребителя/Пациента затрудняет Исполнителю надлежащее выполнение своих обязанностей по Договору и создает угрозу для благополучного исхода лечения. При этом стоимость фактически оказанных услуг не возвращается, а Исполнитель не несет ответственности за возможное ухудшение состояния здоровья Потребителя/Пациента;

6.2.3. При нарушении Пациентом правил внутреннего распорядка, правил поведения, неумажливого поведения в отношении персонала Исполнителя и иных лиц;

6.2.4. При выявлении заболеваний, лечение которых должно осуществляться в условиях специализированного медицинского учреждения;

6.2.5. Исполнитель в соответствии со ст. 36 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения настоящего Договора в случае, если Потребитель/Пациент будет уведомлен о необходимости проведения дополнительных исследований, консультаций, иных услуг, а также о том, что его отказ приведет к невозможности качественного оказания услуги, однако не изменил своего решения относительно данных рекомендаций. При этом Исполнитель вправе отказаться от предоставления услуг Потребителю/Пациенту в дальнейшем, не ограничиваясь настоящим Договором.

6.3. Настоящий Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке по инициативе Потребителя/Пациента по письменному заявлению с указанием причины расторжения Договора, при этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору в порядке и на условиях, предусмотренных п. 3.6. настоящего Договора.

7. Обеспечение конфиденциальности

7.1. При передаче сведений, составляющих врачебную тайну (в том числе результатов анализов) по открытым каналам связи (телефон, электронная почта, факс), Исполнитель не несет ответственности в случае возможного нарушения конфиденциальности передаваемой информации. Потребитель/Пациент, принимая такое решение, действует своей волей, в своих интересах и понимает риск возможного нарушения конфиденциальности передаваемой информации.

7.2. Потребитель/Пациент разрешает передачу персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну (в т.ч. результатов анализов) путем направления на email }} Пациент.Email }}.

7.3. Настоящим, Пациент выражает согласие Исполнителю и его партнерам на информирование и получение путем направления SMS-сообщений и сообщение в мессенджерах на телефонный номер }} Пациент.Телефон }}, а также e-mail }} Пациент.Email }} информации, включая, но не ограничиваясь, рекламного характера, об акциях, услугах, ценах, расписании работы врачей, изменениях в указанных данных. Пациент вправе отказаться от получения данной информации путем обращения к Исполнителю по любому из каналов связи. Исполнитель обязуется немедленно прекратить оповещение при получении соответствующего обращения.

8. Порядок разрешения споров

8.1. Стороны обязуются все возникающие разногласия решать путем переговоров.

8.2. При неурегулировании Сторонами возникших разногласий спор разрешается в судебном порядке.

8.3. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством.

9. Срок действия Договора и иные условия

9.1. Договор считается заключенным со дня его подписания и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по нему.

9.2. Срок оказания медицинской услуги определяется датой и временем обращения Потребителя/Пациента к Исполнителю в соответствии со ст. 190 ГК РФ, а также продолжительностью ожидания результата, предусмотренной Прейскурантом Исполнителя. В случае длительного лечения, предполагающего этапность и составление медицинского плана, ориентировочные сроки фиксируются в медицинской карте или в дополнительных соглашениях/приложениях.

9.3. Отсутствие ожидаемого результата, если специалистами Исполнителя были предприняты все необходимые профессиональные действия при соблюдении той степени заботливости и осмотрительности, которая от них требовалась по характеру обязательств и условиям

настоящего Договора, не является основанием для признания медицинской услуги, не надлежаще оказанной.

9.4. Права и обязанности Потребителя/Пациента, предусмотренные условиями настоящего Договора, распространяются на Заказчика в объеме, определенном действующим законодательством, в случае заключения Договора третьим лицом, в том числе в интересах несовершеннолетнего, недееспособного, ограниченно дееспособного лица.

9.5. Заказчик гарантирует и заверяет, что в установленном законом порядке обладает всеми необходимыми правами и полномочиями по заключению настоящего Договора, в том числе в отношении указанных в Договоре несовершеннолетних/недееспособных лиц (где применимо), а также по даче в отношении указанных лиц согласия на медицинское вмешательство, а в случае нарушения указанных заверений и гарантий самостоятельно понесет риск всех связанных с этим негативных последствий.

9.6. Объективные критерии проведения каждого этапа, которые отражаются Исполнителем в медицинской документации, являются доказательством исполнения Исполнителем принятых на себя обязательств по настоящему Договору.

9.7. Настоящий Договор считается заключенным в простой письменной форме, в случае если, Сторонами он подписан в бумажном виде в количестве экземпляров, необходимом количестве для всех Сторон, либо, в случае его подписания Сторонами посредством электронной подписи, а также в случае обмена Сторонами подписанных скан-копий Договора, способами, указанными в п. 9.8. настоящего Соглашения в соответствии со ст. 160, 434 Гражданского кодекса Российской Федерации. Обмен электронными документами, подписанными электронной подписью, осуществляется посредством интернет-сервиса doccod.ru, доступ к которому может быть осуществлен Сторонами с помощью интернет-ресурса <https://doccod.ru>.

9.8. Стороны признают, что документы, относящиеся к настоящему Договору, в том числе акты, дополнительные соглашения, уведомления и иные приложения, переданные и подписанные посредством интернет-сервиса doccod.ru, либо путем обмена скан-копиями подписанных экземпляров, имеют юридическую силу оригинала, а информация, генерируемая и хранящаяся в указанной системе, может быть использована в качестве доказательства соответствующих юридических фактов. Стороны также признают, что документооборот между сторонами имеет юридическую силу по электронной почте, телефонным мессенджерам, по адресам e-mail и номерам телефонов, указанных в реквизитах сторон.

10. Подписи Сторон

Исполнитель

Заказчик

{{ Сотрудник.Специальность }}

_____ {{ Сотрудник.ФИО }}

лицо.ФИО }}

{{ Заказчик Физ

Физ

Приложение 1

к Договору об оказании

платных медицинских услуг

{{ Документ.Дата }}

{{ Клиника.Юридическое наименование }}, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гр. {{ Заказчик Физ лицо.ФИО }}, именуемый/ая «Потребитель»/«Пациент» либо «Заказчик» (действующий/ая как представитель Пациента), с другой стороны, заключили настоящее Приложение к Договору № {{ Пациент.Номер ЭМК }}/{{ Счёт.Номер счета }} от {{ Документ.Дата }} года (далее – Договор) о нижеследующем:

1.Исполнитель оказывает Пациенту следующие услуги:

<% @order&.entries.each do |entry| %> <% end %>

Код	Наименование	Цена	Кол.	Скидка	Сумма
<%= entry.number %>	<%= entry.title %>	<%= entry.price %>	<%= entry.amount %>	<%= entry.formatted_discount %>	<%= entry.final_sum %>

Сумма к оплате {{ Счёт.Итоговая сумма }}Р ({{ Счёт.К оплате прописью }})

2. Срок оказания (либо срок ожидания): Медицинские услуги, указанные в п.1 настоящего соглашения, оказываются Пациенту в день заключения Сторонами настоящего Приложения.
3. Медицинские услуги оказываются следующими медицинскими работниками: {{ Счёт.Исполнитель }}
4. Подписывая настоящее Приложение Пациент проинформирован о том, что медицинские услуги можно получить бесплатно по программе госгарантий, о рисках процедуры, предполагаемых результатах, осложнениях, ознакомлен и согласен с Правилами оказания медицинских услуг в {{ Клиника.Юридическое наименование }}, планом лечения.
5. Настоящее Приложение является неотъемлемой частью Договора и вступает в силу с момента его подписания Сторонами.
6. Настоящее Приложение составлено в количестве экземпляров, необходимом количестве для всех Сторон.
7. Подписи сторон.

Исполнитель

Заказчик

{{ Сотрудник.Специальность }}

{{ Сотрудник.ФИО }}

{{ Заказчик Физ лицо.ФИО }}

Информированное добровольное согласие

на медицинское вмешательство

Я, {{ Заказчик Физ лицо.ФИО }}, {{ Заказчик Физ лицо.Дата рождения }} г. рождения, зарегистрированный по адресу: {{ Заказчик Физ лицо.Полный адрес }}

в отношении Пациента {{ Пациент.ФИО }}, {{ Пациент.Дата рождения }} г. рождения, проживающего по адресу: {{ Пациент.Полный адрес }}

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. N 390н <1> (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом / законным представителем которого я являюсь в {{ Клиника.Юридическое наименование }} медицинским(и) работником(и) {{ Счёт.Исполнитель }}.

Медицинским работником - {{ Сотрудник.Специальность }} {{ Сотрудник.ФИО }} 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 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, в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

{{ Сотрудник.Специальность }}

{{ Заказчик Физ лицо.ФИО }}

{{ Сотрудник.ФИО }}

{{ Документ.Дата }}

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных пациента

{{ Пациент.ФИО }}, {{ Пациент.Дата рождения }} г. рождения, телефон {{ Пациент.Телефон }}
}}

документ, удостоверяющий личность {{ Пациент.Тип документа }} {{ Пациент.Серия }} {{ Пациент.Номер }} выдан {{ Пациент.Кем выдан }} {{ Пациент.Дата выдачи }},

адрес места регистрации: {{ Пациент.Полный адрес }},

адрес электронной почты (при наличии) {{ Пациент.Email }}

Раздел заполняется:

законным представителем лица, не достигшего возраста 18 лет,

законным представителем лица, признанного недееспособным,

представителем по доверенности (иному документу).

Я, {{ Законный представитель.ФИО }}, {{ Законный представитель.Дата рождения }} г. рождения, СНИЛС {{ Законный представитель.СНИЛС }}, телефон {{ Законный представитель.Телефон }}

адрес места регистрации: {{ Законный представитель.Полный адрес }}

адрес электронной почты (при наличии) {{ Законный представитель.Email }}

реквизиты документа, удостоверяющего личность: {{ Законный представитель.Тип документа }} {{ Законный представитель.Серия }} {{ Законный представитель.Номер }} выдан {{ Законный представитель.Кем выдан }} {{ Законный представитель.Дата выдачи }}

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N152-ФЗ, статьи 13, 91.1 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" подтверждаю свое согласие на

обработку {{ Клиника.Юридическое наименование }}, (далее - Оператор), расположенному по адресу: {{ Клиника.Адрес }} (ИНН {{ Организация.ИНН }}, ОГРН {{ Организация.ОГРН }}) моих персональных данных (персональных данных представляемого мной лица) включающих: фамилию, имя, отчество, адрес места жительства, контактный телефон, данные документа удостоверяющего личность, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (организацию - заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), блокирование, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

В соответствии со ст. 6 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в процессе оказания мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг даю свое согласие на поручение Оператором обработки моих (представляемого мной лица) персональных данных, передачу моих (представляемого мной лица) персональных данных, указанных в настоящем согласии, в том числе составляющих врачебную тайну, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, в интересах обследования, лечения и учета следующим

лицам:
ООО "МЕДОДС" (ИНН 7456045297, ОГРН 1207400019133),
ООО "НПФ "ХЕЛИКС" (ИНН 7802122535, ОГРН 1027801545925),
ООО "ВЕБКЛИНИКА" (ИНН 7751176064, ОГРН 1207700039580),
ООО "ДОККОД" (ИНН 5024226493, ОГРН 1225000113150),

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего дополнительного письменного согласия.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Настоящее согласие дано мной {{ Документ.Дата }} . и действует до его отзыва. Условием прекращения обработки моих персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных.

Подпись субъекта персональных данных _____

подписи *подпись* *расшифровка*

В соответствии с требованиями ст. 91.1 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" пациент (представитель пациента) уведомлен, что в целях обеспечения доступа граждан к медицинской документации посредством портала Госуслуг необходимо предоставление СНИЛС. Предоставляя номер СНИЛС, пациент дает согласие на его обработку с целью организации технической возможности передачи медицинской документации в личный кабинет пациента на портале Госуслуги посредством МИС «MEDODS».

Подпись субъекта персональных данных _____

подпись

_____ *расшифровка подписи*

Отказываясь от предоставления номера СНИЛС, пациенту (представителю пациента) разъяснено, что в отсутствие номера СНИЛС у медицинской организации отсутствует техническая возможность организовать передачу медицинской документации посредством МИС «MEDODS» в ЕГИСЗ, что влечет невозможность обеспечить доступ пациента к медицинской документации посредством портала Госуслуги.

Подпись субъекта персональных данных _____

подпись

_____ *расшифровка*

подписи

_____ {{ Пациент.ФИО пациента или законного представителя }}
Документ.Дата }}

{{