

Договор составлен в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023г. № 736 и Законом об охране здоровья граждан № 323-ФЗ.

До заключения договора Исполнитель уведомляет Потребителя (Заказчика) о том, что в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", обязан соблюдать режим лечения и правила поведения пациента медицинской организации. 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 Потребителя (Заказчика). До заключения договора Потребитель (Заказчик) ознакомлен с прейскурантом клиники, положением о гарантийных сроках и сроках службы на услуги, порядке оказания платных медицинских услуг, расположенных на сайте клиники, информационном стенде в регистратуре клиники.

Потребитель (Заказчик) проинформирован, что ООО Медицинский центр "Умный доктор" участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

\_\_\_\_\_ <Имя\_Клиент> <ДАТА\_Д> <ДАТА\_М> <ДАТА\_Г>г  
(подпись) (расшифровка подписи)

Договор об оказании платных медицинских услуг № <НОМЕР\_ОСНОВНОГО\_ДОГОВОРА>

г. Йошкар-Ола

<ДАТА\_Д> <ДАТА\_М> <ДАТА\_Г>г.

Общество с ограниченной ответственностью Медицинский центр «УМНЫЙ ДОКТОР» (ОГРН 50170215002608, ИНН/КПП 1215188643/120045001), далее - ООО МЦ «Умный доктор», бессрочная выписка из реестра лицензии № Л041-01131-12/00560932 от 15.09.2020, выданной <ОРГАНИЗАЦИЯ ЛИЦЕНЗИЯ>, Номер и дата приказа (распоряжения) лицензирующего органа: № 2507 от 08.11.2023.

в лице директора Кульпиной Наталии Александровны, действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны и

<Клиент>

(Ф.И.О./наименование Заказчика, в случае единоличного обращения – Потребителя (Пациента))  
Паспорт серия <ПАСПОРТ\_СЕРИЯ> №<ПАСПОРТ\_НОМЕР> Выдан <ПАСПОРТ\_ВЫДАН>,  
<ПАСПОРТ\_ДАТА\_ВЫДАЧИ>, зарегистрирован <ПАСПОРТ\_ДАТА\_РЕГИСТРАЦИИ>

Телефон: <Телефон> e-mail: \_\_\_\_\_

именуемый(ая) в дальнейшем "Заказчик", с другой стороны, заключили настоящий договор в пользу Потребителя (Пациента)

Свидетельство о рождении: \_\_\_\_\_

Паспорт серия № \_\_\_\_\_ Выдан « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года, \_\_\_\_\_  
зарегистрирован \_\_\_\_\_

Телефон: <Телефон> e-mail: \_\_\_\_\_

именуемый(ая) в дальнейшем "Потребитель", далее совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем.

## 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

Исполнитель обязуется оказать Потребителю медицинские услуги (далее – «Услуги») согласно перечню видов медицинской деятельности, осуществление которых разрешено Исполнителю лицензией, а Заказчик (Потребитель) принять и оплатить их по прейскуранту Исполнителя в соответствии с условиями настоящего Договора. Перечень оказываемых услуг, их стоимость, сроки оказания услуг определяются сторонами на основании ст.429.1 Гражданского Кодекса РФ в дополнительных

соглашениях к настоящему договору, являющиеся неотъемлемой частью Договора, подписываемых между Исполнителем и Заказчиком (Потребителем).

## 2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

### 2.1. Исполнитель имеет право:

- Отказать Потребителю в оказании услуг при несоблюдении правил поведения в клинике, при неявке на прием или опоздании более 2-х раз, при несоблюдении рекомендаций врача, при несогласии Потребителя с планом лечения, при невозможности оказать в данном клиническом случае квалифицированную помощь.
- отказать в оказании платной услуги при наличии медицинских противопоказаний со стороны здоровья потребителя
- В одностороннем порядке отказаться от исполнения договора в соответствии со ст. 36 Закона РФ «О защите прав потребителей», если Потребитель после уведомления о необходимости устранить обстоятельства, снижающие качество оказываемой услуги, не устранил данные обстоятельства. Если нет угрозы для жизни.
- Требовать от Заказчика (Потребителя) предоставления сведений и документов, необходимых для оказания услуг по настоящему договору.
- В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема Исполнитель вправе направить Потребителя к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации или увеличить сроки оказания услуг.
- Изменить дату и время приема Потребителя при нарушении графика приема, если это нарушение вызвано объективными причинами, т.е. не подлежащими прогнозу осложнениями, возникшими при лечении других пациентов, с целью окончания лечения текущему Пациенту.
- Прервать или отменить оказание услуги, в том числе в день назначения, в случае обнаружения у Потребителя противопоказаний по общему состоянию здоровья.
- Оставить в своем распоряжении все результаты обследований, диагностические модели, рентгеновские снимки, фотографии.
- Техническая работа может быть выполнена собственной лабораторией, так и лабораторией, с которой у Исполнителя имеются договорные взаимоотношения. При отсутствии возможностей у Исполнителя для проведения диагностических, консультационных, лечебных манипуляций, последний в праве направить Заказчика (Пациента) в иную медицинскую организацию.
- Требовать оплаты оказанных услуг.
- Передавать информацию об объеме и стоимости лечения по требованию суда, правоохранительных органов, а также третьим лицам в случае, если оплата этого лечения осуществлялась ими.
- Производить фотопротоколирование клинической ситуации, результатов лечения.
- Устанавливать систему видеонаблюдения, направленную на обеспечение безопасности рабочего процесса, поддержание порядка, предупреждение возникновения чрезвычайных ситуаций и обеспечение объективности расследования в случаях их возникновения.

### 2.2. Заказчик (Потребитель) имеет право:

- На охрану здоровья и медицинскую помощь.
- На уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала.
- Требовать предоставления услуг надлежащего качества, получать информацию о состоянии своего здоровья, о результатах оказания услуг, о действии лекарственных препаратов и их побочных проявлениях, исчерпывающую информацию о предоставляемых услугах.
- На обследование, лечение в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.
- Выбирать лечащего врача с учетом специализации врача и его согласия.
- Выбирать время приема у врача из имеющегося свободного.
- На облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами.
- На добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии с законодательством.
- Знакомиться с документами, получить медицинскую справку.
- Получить документы для социального вычета.
- На получение информации о своих правах и обязанностях, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.
- На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

- Отказаться от исполнения услуг, посредством предоставления письменного отказа от лечения, при условии полной оплаты части оказанных услуг, фактически исполненных до получения извещения об отказе Заказчика (Потребителя) от исполнения договора.
- Получить в доступной форме информацию о платных услугах, содержащую информацию о порядке оказания медицинских услуг и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; информацию о профессиональном образовании, квалификации медицинских работников клиники; информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; другие сведения относящиеся к предмету договора.
- На возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи.
- На сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведениях, полученных при его обследовании и лечении, за исключением случаев предусмотренных законодательными актами.
- Заказчик (Потребитель) и все другие лица, предусмотренные действующим законодательством.

### **2.3. Исполнитель обязан:**

- Обеспечить Заказчика (Потребителя) информацией о перечне платных услуг с указанием их стоимости по прейскуранту условий их получения, а также сведениями об уровне профессионального образования и квалификации специалистов.
- Оказать услуги с надлежащим качеством и с соблюдением требований, предъявляемых к методам диагностики и лечения, разрешенным на территории РФ.
- По первому требованию Заказчика (Потребителя) сообщать ему сведения, относящиеся к характеру услуг, указанных в п. 1 настоящего договора.
- Соблюдать принцип конфиденциальности, полученной от Заказчика (Потребителя) информации, если она стала известна Исполнителю в рамках оказываемых им услуг.

### **2.4. Заказчик (Потребитель) обязан:**

- Выполнять план лечения, все назначения лечащего врача и медицинского персонала, а также соблюдать правила внутреннего распорядка Исполнителя.
- Оплатить стоимость предоставленных услуг по факту их оказания согласно стоимости по прейскуранту Исполнителя на день оказания услуг. Соглашаясь на лечение и получив услугу по факту, Заказчик (Потребитель) подтверждает свое согласие с правилами оказания медицинских услуг и их стоимостью. Отсутствие заранее подготовленного предварительного плана лечения не является поводом для отказа в оплате фактически оказанных услуг. Услуги по данному договору могут быть оказаны по желанию Заказчика (Потребителя) и согласованы с Заказчиком (Потребителем) устно без предварительного составления письменного плана лечения.
- **Явиться в клинику за 15 минут до назначенного времени приема к врачу и уведомлять Исполнителя за 24 часа об отмене назначенного врачом визита.**
- Соблюдать правила запрета курения в медицинских учреждениях.
- Соблюдать правила пожарной безопасности: при обнаружении источников пожара, иных источников, угрожающих общественной безопасности, пациент должен немедленно сообщить об этом администратору клиники.
- Соблюдать санитарно-противоэпидемический режим: верхнюю одежду оставлять в гардеробе, проходить в помещение Клиники в бахилах (бахилы можно получить у администратора).
- В случае изменения состояния здоровья, связанного, по мнению Заказчика (Потребителя) с проведенными исполнителем медицинскими манипуляциями, немедленно сообщить администратору клиники или лечащему врачу и, в случае необходимости, прибыть для осмотра, на консультацию в клинику в разумные сроки согласно врачебным рекомендациям.
- В случае отказа от продолжения лечения у Исполнителя, Заказчик (Потребитель) обязан письменно уведомить об этом Исполнителя и расторгнуть договор, оплатив оказанные услуги и все фактические понесенные Исполнителем расходы.

## **3. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

3.1. Все медицинские услуги оказываются Исполнителем при неукоснительном соблюдении лицензионных требований и условий, требований Закона РФ «О защите прав потребителей», Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, Федерального закона РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3.2. Заказчик (Потребитель) подтверждает, что до подписания настоящего договора, ознакомлен в доступной форме с информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения:

- Порядки оказания медицинской помощи;
- Стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги;
- Информацию о враче, оказывающем медицинскую услугу, его профессиональном образовании и квалификации, график работы;
- Информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- Сроки ожидания предоставления платных услуг;
- Местонахождение, режим работы Исполнителя, перечень платных медицинских услуг с указанием их стоимости, условия предоставления и получения этих услуг;
- Порядок осуществления мониторинга в целях усиления мер по антитеррористической и пожарной безопасности, обеспечения личной безопасности работников и пациентов, контроля качества оказания медицинской помощи;
- Иные сведения, по требованию Заказчика (Потребителя), связанные с оказываемой услугой и подлежащие раскрытию в соответствии с действующим законодательством.

3.3. Основанием для предоставления услуг является добровольное желание Заказчика (Потребителя) получить услуги за плату, наличие медицинских показаний и технической возможности для оказания услуг.

3.4. Врач в соответствии с медицинскими показаниями и возможностями, после осмотра Потребителя устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты диагностики и лечения, последствия лечения, предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения, информирует об этом Потребителя и получает его письменное информированное добровольное согласие, стороны договорились, что такое согласие является также подтверждением того, что Потребитель достаточно и в доступной форме информирован о состоянии своего здоровья, о предполагаемых результатах лечения, о возможности негативных последствий предлагаемых способов диагностики и лечения, о характере и степени тяжести этих последствий, о степени риска лечения, о существовании иных способов лечения и их эффективности, о последствиях отказа от предлагаемого лечения, об используемых при предоставлении услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, и является выражением добровольного информированного согласия пациента на предложенное медицинское вмешательство, составляет предварительный план лечения, после этого проводится комплекс диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с диагнозом и предварительным планом лечения.

3.5. Срок оказания услуг, а также их объем и стоимость зависят от состояния здоровья Потребителя, диагноза, периода, необходимого для качественного и безопасного оказания услуг, графика визитов Потребителя, расписания работы врача. Срок оказания услуги начинается с факта обращения Заказчика (Потребителя) к Исполнителю.

3.6. Если в процессе оказания услуг возникла необходимость изменить план лечения с оказанием дополнительных услуг, то они оказываются только после получения письменного согласия Заказчика (Потребителя). Отказ Заказчика (Потребителя) от получения дополнительных услуг, связанных с медицинскими показаниями, также оформляется письменно с разъяснением ему последствий такого отказа. В том случае, если Исполнитель придет к выводу, что без дополнительных услуг оказание услуг по настоящему договору невозможно либо приведет к значительным негативным последствиям для Потребителя, стороны обсудят возможность расторжения настоящего договора с компенсацией Исполнителю фактически понесенных затрат.

3.7. Если в процессе оказания услуг потребуется предоставление дополнительных услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Заказчика, то они оказываются без взимания платы в соответствии с ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан РФ".

3.8. Время явки Потребителя на прием оговаривается и согласовывается с Потребителем каждый раз. Согласование даты и времени явки на прием может осуществляться в устной или письменной форме.

#### 4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, ПОРЯДОК И СРОКИ ОПЛАТЫ

4.1. Стоимость услуг по договору состоит из совокупной стоимости фактически оказанных Заказчику (Потребителю) медицинских услуг, согласно действующему прейскуранту Исполнителя на день оказания услуги, указывается в дополнительном соглашении к настоящему договору, являющимся его неотъемлемой частью, кассовом чеке. Факт оказания услуги подтверждается записями в медицинской документации лечащим врачом.

4.2. Оказанные в соответствии с п. 3.7 настоящего договора дополнительные услуги оплачиваются Заказчиком (Потребителем) по расценкам действующего прейскуранта.

4.3. Заказчик (Потребитель) обязан оплачивать услуги Исполнителя после каждого приема у врача в размере полной стоимости фактически оказанных в данное посещение услуг по расценкам действующего на момент подписания настоящего договора прейскуранта, посредством оформления дополнительного соглашения к основному Договору.

4.4. С согласия Заказчика (Потребителя) и Исполнителя услуги могут быть оплачены в полном объеме предоплатой или частично путем внесения аванса. При досрочном расторжении договора делается перерасчет за фактически оказанные услуги и возврат ранее внесенного аванса Заказчику (Потребителю) наличными или на личный банковский счет Заказчика (Потребителя) путем перечисления в течение 10 рабочих дней с момента расторжения договора по заявлению Заказчика (Потребителя).

4.5. При неоплате Заказчиком (Потребителем) стоимости оказанных услуг без предварительного письменного соглашения рассрочки оплаты Исполнителем, за каждый день просрочки со дня фактического оказания Исполнителем медицинских услуг, **Заказчик (Потребитель) оплачивает пени в размере 0,1% стоимости неоплаченных медицинских услуг. Уплата пени не освобождает Заказчика (Потребителя) от оплаты оказанных услуг и в счет оплаты услуг не засчитывается.**

4.6. Форма оплаты: наличный расчет через кассу и безналичный расчет через расчетный счет ООО МЦ «Умный доктор».

#### 5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с данным разделом договора. В случаях нерегулируемых данным разделом, стороны несут ответственность в соответствии с действующим Законодательством РФ.

5.2. При разглашении одной из сторон сведений, относящихся к категории конфиденциальной информации, виновная Сторона несет ответственность и обязана возместить другой стороне понесенные ею в связи с этим убытки.

5.3. Исполнитель не несет ответственности перед потребителем в случаях:

-сообщения потребителем неполных или неточных сведений, необходимых для диагностики и лечения;

-невыполнения назначений и рекомендаций лечащего врача;

-несоблюдения Потребителем рекомендованного лечащим врачом лечебно-охранительного режима, лечебного питания, употребление во время лечения алкоголя, наркотических средств или лекарств, которые врачом не назначались;

Несоблюдения во время лечения установленного внутреннего распорядка и режима работы Исполнителя.

5.4. При несоблюдении Исполнителем обязательств по исполнению услуг Заказчик (Потребитель) вправе действовать в соответствии с Законом РФ от 07.02.2002г. №2300-1 «О защите прав потребителей».

5.5. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение (ненадлежащее исполнение) обязательств по договору, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) является чрезвычайное и непредотвратимое обстоятельство (непреодолимая сила).

5.6. При отказе от дальнейшего медицинского вмешательства (прекращении лечения) по своему желанию Заказчик (Потребитель) обязуется оплатить Исполнителю расходы, фактически понесенные им в целях исполнения данного Договора.

#### 6. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫДАЧИ КОПИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

Медицинская документация (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающая состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, включая

сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об использовании лекарственных препаратов и медицинских изделий, выдается Потребителю, либо его законному представителю, после исполнения договора Исполнителем без взимания дополнительной платы.

Для получения копии медицинских документов и выписок из них после исполнения договора Исполнителем, Потребитель либо его законный представитель предъявляет запрос о предоставлении копий и выписок на бумажном носителе (при личном обращении или по почте), который составляется в свободной форме и содержит данные в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 31.07.2020г. № 789н.

При подаче запроса лично, а также при личном получении копии медицинских документов и выписок из них Потребитель либо его законный представитель предъявляет документ, удостоверяющий личность. Законный представитель Потребителя дополнительно предъявляет документ, подтверждающий его статус.

В случае выбора способа получения Потребителем (его законным представителем) запрашиваемых копий медицинских документов или выписок из них по почте соответствующие копии или выписки из них направляются заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

В случае отсутствия запросов, указанных в Приказе Минздрава РФ от 31.07.2020г. № 789н., и (или) документа, удостоверяющего статус законного представителя, Исполнитель в письменной или электронной форме информирует об этом Потребителя либо его законного представителя в срок, не превышающий пятнадцати календарных дней со дня регистрации в медицинской организации запроса.

Предоставление Потребителю либо его законному представителю копий медицинских документов и выписок из них на бумажном носителе осуществляется в количестве одного экземпляра в срок 30 дней с момента подачи заявления Заказчиком (Потребителем).

## 7. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

Понимая субъективность оценки эстетического и функционального результатов медицинских услуг, в случае возникновения разногласий по вопросу качества оказанных услуг, споры могут быть разрешены на совместном заседании Заказчика (Потребителя), врачебной комиссии Исполнителя. Все претензии предъявляются в письменном виде. Срок рассмотрения претензии - 10 дней. При недостижении согласия сторон в досудебном порядке или пропуская до судебного решение споров, споры разрешаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Заказчик (Потребитель) может направить обращение (жалобу) в письменном виде на бумажном носителе по почте, электронном виде с использованием информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", в том числе официального сайта органа государственного надзора, иных уполномоченных федеральных органов исполнительной власти, а также может быть принято при личном приеме заявителя.

Управление Роспотребнадзора по Республике Марий Эл

Адрес: 424007, Респ. Марий Эл, г. Йошкар-Ола, ул. Машиностроителей, д.121

Приемная: +7 (8362) 68-19-97

e-mail: [sanepid@12.rospotrebnadzor.ru](mailto:sanepid@12.rospotrebnadzor.ru)

Управление Росздравнадзора по Республике Марий Эл

Адрес: 424000, Респ. Марий Эл, Йошкар-Ола Ленинский пр., 24А, 5 этаж, каб. 501

Приемная: +7 (8362) 42-31-41

e-mail: [info@reg12.roszdravnadzor.ru](mailto:info@reg12.roszdravnadzor.ru)

## 8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

8.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует в течение 5 лет.

8.2. Любые изменения и дополнения к настоящему договору действительны лишь при условии, что они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями сторон.

8.3. Во всём, что не предусмотрено настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

8.2. Все приложения и дополнительные соглашения, созданные Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются Сторонами как неотъемлемые составные части настоящего Договора.

Неотъемлемой частью настоящего договора являются:  
 - информированное добровольное согласие на оказание платных медицинских услуг;  
 - акт об оказании платных медицинских услуг.

### 10. АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ:	ЗАКАЗЧИК
<p>Общество с ограниченной ответственностью  <b>МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР "УМНЫЙ ДОКТОР"</b>            Юридический/Почтовый адрес: 42400            РОССИЯ, РЕСП. МАРИЙ ЭЛ, ГОРОД            ЙОШКАР-ОЛА Г.О., ЙОШКАР-ОЛА Г.,            ЙОШКАР-ОЛА Г., ЛЕНИНСКИЙ РАЙОН, Д.            29, ОФИС 702            Фактический адрес: 424019, РОССИЯ, МАРИЙ            ЭЛ РЕСП, ГОРОД ЙОШКАР-ОЛА Г.О.,            ЙОШКАР-ОЛА Г., ИВАНА КЫРЛИ УЛ, Д. 27            ИНН 1705188642 КПП 121501001            ОГРН 11512150026            Банк: Филиал «Центральный» Банка ВТБ            (ПАО) г. Москва            ул. 40-я 2810701090000575            корт. 3010110145250000411            БИК 044525411            эл. адрес: travmpunkt12@mail.ru            тел. +7(8362)34-19-94, тел.: +7(8362) 34-19-02            сайт: <a href="https://mcdoctor12.ru/">https://mcdoctor12.ru/</a></p>	<p>Ф.И.О: &lt;Клиент&gt;            дата рождения: &lt;ДатаРождения&gt;            Адрес места жительства: &lt;МестоЖительства&gt;            Документы, удостоверяющие личность:            &lt;ПАСПОРТ_СЕРИЯ&gt; &lt;ПАСПОРТ_НОМЕР&gt;            &lt;ПАСПОРТ_ВЫДАН&gt;            &lt;ПАСПОРТ_ДАТА_ВЫДАЧИ&gt;            &lt;ПАСПОРТ_ДАТА_РЕГИСТРАЦИИ&gt;            Телефон: &lt;Телефон&gt;</p>

Потребитель (Заказчик)

Директор

Н. А. Кульпина

МП



\_\_\_\_\_ (подпись)

Ознакомлен: \_\_\_\_\_  
 Подпись Заказчика (Потребителя)

Приложение № 1  
к Договору об оказании  
платных медицинских услуг  
от <ДАТА\_Д> <ДАТА\_М> <ДАТА\_Г> г.  
<НОМЕР\_ОСНОВНОГО\_ДОГОВОРА>

## ИНФОРМИРОВАНИЕ И ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я, <Клиент>, контактный телефон: <Телефон>  
дата рождения: <ДатаРождения>, зарегистрированный(ая) по адресу: <МестоЖительства>  
обратившись в ООО МЦ «Умный доктор» по адресу 424019, РОССИЯ, МАРИЙ ЭЛ РЕСП, ГОРОД  
ЙОШКАР-ОЛА Г.О., ЙОШКАР-ОЛА Г, ЙЫВАНА КЫРЛИ УЛ, Д. 27  
за медицинской помощью на платной основе даю информированное добровольное согласие на виды  
медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств,  
на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской  
организации (поставить галочку):

для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства  
здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н  
(зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее –  
перечень);

для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной  
помощи лицом, законным представителем которого я являюсь.

Работник \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. работника)

в доступной для меня форме разъяснил 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» (Собрание законодательства Российской  
Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Я проинформирован(а) о возможности получения аналогичной медицинской помощи  
(соответствующих видов и объемов медицинской помощи) в других лечебных учреждениях бесплатно  
в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи,  
территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской  
помощи. Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками и условиями предоставления платных  
медицинских услуг, а также с порядком оплаты медицинских услуг в соответствии с договором.

Я не имею и не буду иметь претензий по компенсации затраченных мною финансовых средств  
на оплату медицинских услуг в ООО МЦ «Умный доктор»

Я проинформирован(а) о том, что несоблюдение назначений или рекомендаций исполнителя  
(медицинского работника, предоставляющего платные медицинские услуги), в том числе несоблюдение  
назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемых медицинских услуг, повлечь  
за собой невозможность их завершения в срок, привести к увеличению продолжительности лечения и  
невозможности достижения желаемого результата, а также может привести к негативным последствиям  
и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (на состоянии здоровья лица, интересы которого  
я представляю).

Я согласен(на) со всеми условиями и порядками предоставления платных медицинских услуг.

Ознакомлен: \_\_\_\_\_  
Подпись Заказчика (Потребителя)



Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами данного информированного добровольного согласия, положения которого мне разъяснены, мною прочитаны и мне абсолютно понятны.

Я изъявляю желание заключить с ООО МЦ «Умный доктор» Договор на оказание платных медицинских услуг и прошу оказывать мне (лицу, интересы которого я представляю) медицинскую помощь (медицинские услуги) на платной основе.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 частью 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 32-ФЗ «О основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья

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

<Клиент>

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. потребителя, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. работника)

<ДАТА\_Д> <ДАТА\_М> <ДАТА\_Г>  
(дата оформления)

Приложение № 2  
к Договору об оказании  
платных медицинских услуг  
от <ДАТА\_Д> <ДАТА\_М> <ДАТА\_Г> г.  
N <НОМЕР\_ОСНОВНОГО\_ДОГОВОРА>

**АКТ**  
**об оказании платных медицинских услуг**

г. Йошкар-Ола  
г.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_

Общество с ограниченной ответственностью Медицинский центр «Умный доктор» (далее ООО МЦ «Умный доктор», именуемое в дальнейшем «Исполнитель»), в лице Директора Савельевой Инны Владимировны, действующее на основании Устава, составил, а

<Клиент>

(Ф.И.О. потребителя)

именуемый в дальнейшем «Потребитель», принял настоящий Акт о нижеследующем:

1. В соответствии с условиями Договора об оказании платных медицинских услуг N <НОМЕР\_ОСНОВНОГО\_ДОГОВОРА> от <ДАТА\_Д> <ДАТА\_М> <ДАТА\_Г> г. ООО МЦ «Умный доктор» (далее «Договор»), Исполнителем оказаны медицинские услуги, включающие:

№	Наименование услуги	Цена (руб.)	Количество услуг	Всего (руб.)
1				
<b>ИТОГО:</b>				

**Сумма:** \_\_\_\_\_

2. Указанные в п. 1 настоящего Акта медицинские услуги согласно Договору, оказаны в полном объеме. Замечаний к медицинским услугам, предоставленным Исполнителем, не имеется.

**4. ПОДПИСИ СТОРОН**

Исполнитель:  
Директор  
ООО МЦ «Умный доктор»  
\_\_\_\_\_ Кульпина Н. А.

Потребитель: \_\_\_\_\_

Ознакомлен: \_\_\_\_\_  
Подпись Заказчика (Потребителя)

Приложение № 3  
к Договору об оказании  
платных медицинских услуг  
от <ДАТА\_Д> <ДАТА\_М> <ДАТА\_Г> г.  
N <НОМЕР\_ОСНОВНОГО\_ДОГОВОРА>

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавший(ая)ся \_\_\_\_\_ <Клиент> \_\_\_\_\_ <ДатаРождения> г.р,

Проживающий(ая) по адресу: <МестоЖительства>, паспорт: серия: <ПАСПОРТ\_СЕРИЯ> № <ПАСПОРТ\_НОМЕР>, выдан: (дата и название выдавшего органа) <ПАСПОРТ\_ВЫДАН> <ПАСПОРТ\_ДАТА\_ВЫДАЧИ>,

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, **подтверждаю** свое согласие на обработку персональных данных представителем юридического лица

ООО Медицинский центр «УНИВЕРСАЛЬНЫЙ ДОКТОР», Адрес места нахождения: 424033, Марий Эл респ., г. Йошкар-Ола, Пятницкий пр-т., д 13

(далее — Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефон(ы), реквизиты полиса (ДМС, ОМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг

на условиях, что такая 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, в интересах моего обследования и лечения.

Согласно п.3 ч.4. ст.13 323-ФЗ «Об основах здоровья граждан» в РФ от 21.11.2011гс изменениями от 01.04.2020г, Оператор предоставляет сведения, составляющие врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебного разбирательства, по запросу органов прокуратуры в связи с осуществлением ими прокурорского надзора, по запросу органа уголовно-исполнительной системы в связи с исполнением уголовного наказания и осуществлением контроля за поведением уголовно-осужденного, осужденного, в отношении которого отбывание наказания отсрочено, и лица, освобожденного условно-досрочно; в целях проведения военно-врачебной экспертизы по запросу военных комиссариатов.

**Предоставляю** Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и иные отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) договорами добровольного медицинского страхования, в рамках оказания медицинской помощи по программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по полису обязательного медицинского страхования (ОМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе по договорам добровольного медицинского страхования (ДМС) и обязательного медицинского страхования (ОМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями и территориальным фондом ОМС (ТФОМС) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет <двадцать пять лет>.

Ознакомлен: \_\_\_\_\_  
Подпись Заказчика (Потребителя)

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

Настоящее согласие дано мной <ДАТА\_Д> <ДАТА\_М> <ДАТА\_Г> (дата оформления) и действует **сроком на один год**.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие на предмет 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 обязуется прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи. В целях улучшения качества обслуживания, проведения статистических исследований и маркетинговых программ я – субъект обработки персональных данных:

**Я, представитель Клиента (родитель, опекун, попечитель), <Клиент>**

(Ф.И.О. представителя Клиента полностью)

дата рождения: <ДатаРождения> место рождения: <МестоЖительства>

паспорт: <ПАСПОРТ\_СЕРИЯ> <ПАСПОРТ\_НОМЕР> выдан: <ПАСПОРТ\_ВЫДАН>

(серия и номер)

(когда и кем)

<ПАСПОРТ\_МЕСТА\_ВЫДАЧИ>

зарегистрирован(а) по адресу: <МестоЖительства>

(адрес регистрации, указанный в паспорте с указанием почтового

индекса)

Контактные телефоны: <Телефон>

(указать как можно больше контактных телефонов:

домашний,

мобильный, рабочий и т.д. с указанием кода города)

На основании \_\_\_\_\_  
 (степень родства и(или) документ, подтверждающий опеку/попечительство/усыновление/удочерение  
 Клиента, реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего представителя Клиента)

представляющий интересы Клиента (ребенка и пр.)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. Клиента полностью)

гражданина \_\_\_\_\_ пол \_\_\_\_\_ дата рождения: \_\_\_\_\_  
 (страна)

место рождения: \_\_\_\_\_ Свидетельство о рождении: \_\_\_\_\_ или

паспорт: \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
 (серия и номер) (когда и кем)

код подразделения: \_\_\_\_\_

зарегистрированный(ой) по адресу: \_\_\_\_\_  
 (адрес регистрации, указанный в паспорте с указанием почтового  
 индекса)

фактически проживающего (щей) по адресу: \_\_\_\_\_  
 (адрес фактического проживания с указанием почтового  
 индекса)

Просим поставить  или X напротив указанных пунктов:

Ознакомлен: \_\_\_\_\_  
 Подпись Заказчика (Потребителя)

даю свое согласие на получение информации об услугах ООО Медицинского центра «УМНЫЙ ДОКТОР»	<input type="checkbox"/>	не даю свое согласие на получение информации об услугах ООО Медицинского центра «УМНЫЙ ДОКТОР»	<input type="checkbox"/>
в виде sms-сообщений			
Я подтверждаю, что указанный мною номер мобильного телефона в настоящем согласии является достоверным и принадлежит мне на основании услуг связи (абонента)	<input type="checkbox"/>		
по e-mail	<input type="checkbox"/>		
(по электронной почте)	<input type="checkbox"/>		
Я подтверждаю, что указанный мною в настоящем согласии адрес электронной почты—зарегистрирован на мое имя и принадлежит мне (используется мной)	<input type="checkbox"/>		

Контактный телефон (ы): <Телефон> и почтовый адрес: <МестоЖительства>

Я подтверждаю, что указанный мною номер контактного телефона в настоящем согласии является достоверным и принадлежит мне на основании услуг связи (абонента)

Подпись субъекта персональных данных: \_\_\_\_\_ / <Клиент>