

Договор № 8323316
На оказание платных медицинских услуг

г. Новороссийск

28.02.2023

ООО «Аллергоцентр» именуемый в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Ю. Л. Шестакова, с одной стороны, и гражданин(ка) или его законный представитель Пациент П.

(ФИО, дата рождения)

именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1 Настоящий договор определяет условия оказания платных медицинских услуг, «Заказчик» поручает, а исполнитель обязуется оказать платную медицинскую услугу:

2. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ:

2.1 Стоимость услуги согласно прейскуранту составляет: 0,00 руб.

2.2 Оплата «Заказчиком» производится наличным платежом в кассу.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН:

3.1 «Исполнитель» обязан:

- оказать «Заказчику» качественную медицинскую услугу в установленный срок;
- заблаговременно предоставить «Заказчику» доступную для его понимания достоверную информацию о предоставляемой услуге;
- незамедлительно информировать «Заказчика» об обнаруженной невозможности получить ожидаемые результаты или о нецелесообразности продолжения работы;
- выдать «Заказчику» кассовый чек, подтверждающий приём наличных денег.

3.2 «Исполнитель» имеет право:

- в случае возникновения неотложных ситуаций, действуя в условиях крайней необходимости, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе, и не предусмотренной договором.

3.3 «Заказчик» обязан:

- своевременно оплатить стоимость услуги;
- сообщить «Исполнителю» сведения, необходимые для качественного исполнения услуги (реакция на медикаменты, перенесенные заболевания и пр.);
- точно соблюдать правила и условия получения медицинской услуги, рекомендованной «Исполнителем».

3.4 «Заказчик» имеет право:

- на предоставление ему «Исполнителем» полной, доступной для понимания, своевременной информации о получаемой медицинской услуге;
- отказаться от получения услуги на любом этапе и получить оплаченную сумму с возмещением «Исполнителю» фактических затрат.

4. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ УСЛУГЕ:

4.1 «Исполнитель» имеет лицензию № ЛО 23-01-009029 от 11.08.2015г. Департамента здравоохранения Краснодарского края.

4.2 Перед оказанием медицинской услуги врач обследует «Заказчика» и устанавливает отсутствие противопоказаний.

4.3 Началом предоставления медицинской услуги считается первичный осмотр и обследование.

4.4 Продолжительность услуги: _____ часов (дней).

4.5 «Заказчик» информирован:

4.5.1 О возможных (но не обязательных) осложнениях медицинской услуги, которые могут причинить вред здоровью:

В случае возникновения осложнений «Исполнитель» предпринимает действия, направленные на устранение их последствий без дополнительной оплаты.

4.6 О несовершенстве медицинской науки и практики и невозможности в связи с этим гарантировать ожидаемые результаты лечения.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН:

5.1 В случае ненадлежащего оказания услуги «Заказчик» вправе по своему выбору потребовать:

5.1.1 Безвозмездного устранения недостатков услуги.

5.2 «Исполнитель» освобождается от ответственности за неудовлетворительный исход или осложнения, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, грубой неосторожности или умысла «Заказчика».

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ЕГО РАСТОРЖЕНИЯ:

6.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до исполнения обязательств сторонами.

6.2. Условия договора могут быть изменены по соглашению сторон, оформлены в письменной форме в виде дополнений.

6.3. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, а также по другим основаниям предусмотренным законодательством.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ:

7.1. Споры и разногласия решаются путём переговоров, привлечения экспертов, устраивающих обе стороны, а также в судебном порядке.

РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ: ООО АллергоЦентр
Адрес юридический: г Новороссийск, ул Алексева, 22
Адрес фактический (клиника):
ИНН 2315997008 КПП 231532002
р/с 40702810809740000044 в Филиал "Ростовский" АО "ОТП Банк"
г. Гуково
К/с 30101810660140000327
БИК 046014327

Генеральный директор

Шестакова Юлия Леонидовна

М.П.

Пациент П.

(ФИО полностью)

Адрес

(адрес места жительства)

Паспорт

(серия, №, дата и место выдачи, код подразделения)

(подпись)

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 для получения первичной медико-санитарной помощи

Я, Пациент П.

(Ф.И.О. полностью)

зарегистрированный 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 2012г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012г. № 24082)(далее Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Обществе с ограниченной ответственностью «Аллергоцентр».

Медицинским работником _____

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним 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 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011г., №48, ст.6724, 2012г., №26, ст.3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 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 (ненужное зачеркнуть):

Подпись гражданина _____

Подпись медицинского работника _____

Дата 28.02.2023

Настоящее информированное согласие составлено в соответствии со ст.20 Федерального закона Российской Федерации №323-ФЗ от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» с учетом особенностей оказания медицинской услуги».

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, Пациент П. _____

(Ф.И.О. полностью)

зарегистрированный по адресу: _____

паспортные данные: _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 №152-ФЗ «О персональных данных», своей волей и в своем интересе выражаю свое согласие на обработку сотрудниками ООО «Аллергоцентр» своих персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата рождения, паспортные данные, адрес, информацию о состоянии моего здоровья

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых правомерных действий в отношении моих персональных данных, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Настоящее согласие дано мной 1 августа 2016 г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Исполнителя по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Исполнителя.

Мне известно, что в случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Исполнитель обязан прекратить обработку персональных данных и уничтожить их.

Подпись гражданина _____

Дата 28.02.2023 _____