ИП Егорян Д.С
ОГРН 323619600170133, ИНН 616511548048 КПП 0
Адрес местонахождения: 344000, Российская Федерация, Ростовская область ,
город Ростов-на-Дону, улица Красноармейская , дом 178.

ПРИКАЗ

15 декабря 2023 г. **№**_____

Об утверждении Положения
о предоставления платных
медицинских услуг

В целях совершенствования оказания платных медицинских услуг в ИП Егорян Д.С , руководствуясь Гражданским кодексом Российской Федерации, Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006»,

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Утвердить Положение о порядке оказания платных медицинских услуг в ИП Егорян Д.С (Приложение №1).
2. Утвердить форму договора об оказании платных медицинских услуг (Приложение №2).
3. Контроль за настоящим приказом оставляю за собой.

Директор ИП Егорян Д.С Егорян Д.С

Приложение № 1
к приказу от _____ № _____

УТВЕЖДАЮ
Директор
_____ Егорян Д.С
«15» декабря 2023 г.

Положение
о порядке предоставления платных медицинских услуг
в ИП Егорян Д.С

1. Общие положения

1.1. Положение о порядке предоставления платных медицинских услуг в ИП Егорян Д.С (далее – Положение) разработано в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации, Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006», Уставом ИП Егорян Д.С , внутренними нормативными документами ИП Егорян Д.С (приказам, распоряжениями и др.).

1.2. Настоящее положение разработано в целях совершенствования деятельности ИП Егорян Д.С по реализации прав потребителей (пациентов) на получение платных медицинских услуг для более полного удовлетворения потребностей населения в медицинской помощи.

1.3. Настоящее Положение устанавливает порядок и условия предоставления ИП Егорян Д.С Потребителям/Заказчикам платных медицинских услуг.

1.4.Основные понятия, используемые в Положении:

- «Платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;
- «Заказчик» - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги, либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу Потребителя;
- «Потребитель» - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом.
- «Исполнитель» - ИП Егорян Д.С

2. Условия предоставления платных медицинских услуг

2.1. Платные медицинские услуги представляются в ИП Егорян Д.С в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, выданной в установленном порядке (далее – лицензия).

2.2. Платные медицинские услуги могут предоставляться на возмездной основе за счет личных средств граждан и иных средств на основании договоров гражданам

Российской Федерации, лицам без гражданства и иностранным гражданам от 18 лет и детям, не достигшим 18 лет.

2.3. Основанием для оказания платных медицинских услуг в ИП Егорян Д.С является:

- наличие лицензии у ИП Егорян Д.С ;
- договор на оказание платных медицинских услуг;
- добровольное волеизъявление Потребителя (Заказчика/Законного представителя Потребителя) получить медицинскую услугу за плату;
- наличие документа, удостоверяющего личность (паспорт, свидетельство о рождении) Потребителя/Заказчика/Законного представителя Потребителя;
- информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
- соблюдение Потребителями (Заказчиками/Законными представителями Потребителя) правил внутреннего распорядка ИП Егорян Д.С ;
- иное, предусмотренное законодательством Российской Федерации.

2.4. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается:

- в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;
- в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее – порядки);
- на основе клинических рекомендаций;
- с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее-стандарты).

2.4.1. Оказание платных медицинских услуг осуществляется в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, консультации, разрешенными на территории Российской Федерации в полном объеме стандарта медицинской помощи, либо по просьбе Потребителя/Заказчика/Законного представителя Потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе, в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.4.2. Качество предоставляемых платных медицинских услуг должно соответствовать условиям заключенного договора с Потребителем (Заказчиком/Законным представителем Потребителя), а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

2.5. При заключении договора потребителю и (или) заказчику должна предоставляться в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

а) порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

б) информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации).

2.6. Договор на оказание платных медицинских услуг должен содержать:

а) сведения о Исполнителе:

- наименование Исполнителя, адрес в пределах места его нахождения, основной государственный регистрационный номер, идентификационный номер налогоплательщика;
- сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности, информация о медицинской деятельности, ее номере, сроках действия, а

также информация об органе, выдавшем лицензию, перечень предоставленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией;

б) сведения о Потребителе (при оказании платных медицинских услуг гражданину анонимно сведения фиксируются со слов Потребителя услуги):

- фамилия, имя, отчество (при наличии), адрес места жительства, иные адреса, на которые (при их указании в договоре) исполнитель может направлять ответы на письменные обращения, и телефон;
- данные документа, удостоверяющего личность;

в) сведения о Законном представителе Потребителя или лице, заключающем договор от имени Потребителя:

- фамилия, имя и отчество (при наличии), адрес места жительства и телефон;
- данные документа, удостоверяющего личность;

г) сведения о Заказчике (в том числе, если Заказчик и Законный представитель являются одним лицом):

- фамилия, имя и отчество (при наличии), адрес места жительства и телефон заказчика - физического лица;
- данные документа, удостоверяющего личность заказчика;
- данные документа, удостоверяющего личность законного представителя потребителя;
- наименование и адрес заказчика - юридического лица в пределах его места нахождения, основной государственный регистрационный номер и идентификационный номер налогоплательщика;

д) перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором;

е) стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты;

ж) условия и сроки ожидания платных медицинских услуг;

з) сведения о лице, заключающем договор от имени исполнителя:

- фамилия, имя, отчество (при наличии);
- должность;
- документ, подтверждающий полномочия указанного лица;

и) подписи Исполнителя и Потребителя (Заказчика), а в случае, если Заказчик является юридическим лицом, - должность лица, заключающего договор от имени Заказчика;

к) ответственность сторон за невыполнение условий договора;

л) порядок изменения и расторжения договора;

м) порядок и условия выдачи Потребителю (Законному представителю Потребителя) после исполнения договора исполнителем медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, без взимания дополнительной платы;

н) иные условия, определяемые по соглашению сторон.

3. Порядок предоставления платных медицинских услуг.

3.1. Предоставление платных медицинских услуг оформляется путем заключения в письменной форме договора об оказании платных медицинских услуг между Исполнителем и Потребителем или Заказчиком/Законным представителем Потребителя.

3.2. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя/Заказчика/Законного представителя Потребителя.

Невозможно предоставление дополнительных медицинских услуг на возмездной основе без оформления дополнительного соглашения к договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости.

3.3. При организации платной медицинской помощи ИП Егорян Д.С предоставляет Потребителю (Заказчику/Законному представителю Потребителя) в наглядной и доступной для него форме, в том числе посредством размещения на сайте ИП Егорян Д.С в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и на информационных стендах (стойках) организации с учетом требований Постановления Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736 следующую информацию:

- адрес ИП Егорян Д.С в пределах места нахождения юридического лица, основной государственный регистрационный номер, идентификационный номер налогоплательщика;
- адрес своего сайта в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;
- информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- информация о лицензии на осуществление медицинской деятельности, ее номер, сроках действия, а также информация об органе, выдавшем ее;
- перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией;
- перечень платных медицинских услуг с указанием цен в рублях;
- перечень категорий потребителей, имеющих право на получение льгот, а также перечень льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг, в случае их установления руководителем медицинской организации.
- порядок и условия предоставления медицинской помощи в соответствии с программой и территориальной программой;
- стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии), с учетом и на основании которых оказываются медицинские услуги, путем размещения на сайте медицинской организации 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;
- сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг;
- образцы договоров;
- сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;
- режим работы медицинской организации, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- информация о форме и способах направлений обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации, почтовый адрес и адрес электронной почты, на который может быть направлено обращение (жалоба);
- настоящее Положение
- иная информация, установленная законодательством Российской Федерации.

3.4. Исполнитель предоставляет для ознакомления по требованию Потребителя/Заказчика/Законного представителя Потребителя:

- копию учредительного документа медицинской организации;
- копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией;
- выписку из единого государственного реестра юридических лиц.

3.5. До заключения договора ИП Егорян Д.С в письменной форме уведомляет Потребителя (Заказчика/ Законного представителя Потребителя) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) ИП Егорян Д.С (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.

3.6. Предельные сроки ожидания платных медицинских услуг не превышают сроков, установленных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи или достигаются соглашением сторон в зависимости от ресурсных возможностей исполнителя с указанием даты оказания услуг в договоре об оказании платных медицинских услуг.

3.7. Сведения о факте обращения Потребителя/Заказчика за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении составляют врачебную тайну.

3.8. После исполнения договора Потребителю/Заказчику/Законному представителю Потребителя выдать результаты исследований Потребителя.

Потребитель/Законный представитель Потребителя имеет право получать медицинские документы (копии и выписки из медицинских документов) отражающие его здоровье после получения платных медицинских услуг, без взимания платы.

Информация, составляющая врачебную тайну, может быть предоставлена Потребителю/Законному представителю Потребителя в соответствии с условиями заключенного договора и Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3.9. Условия и порядок хранения договоров с Потребителями (Заказчиками/Законными представителями Потребителя) об оказании платных медицинских услуг устанавливаются локальными актами ИП Егорян Д.С .

3.10. Отношения, связанные с обработкой персональных данных Потребителя/Заказчика регулируется нормами Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных».

4. Расчеты при оказании платных медицинских услуг

4.1. Оплата медицинских услуг производится на основании Прейскуранта платных медицинских услуг, оказываемых ИП Егорян Д.С.

4.2. При оказании платных медицинских услуг могут предоставляться скидки.

4.3. Оплата оказанных медицинских услуг осуществляется Потребителями (Заказчиками/Законными представителями Потребителя) по безналичному или наличному расчету. Потребителю и (или Заказчику) в случаях, установленных законодательством Российской Федерации о применении контрольно-кассовой техники, выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек или бланк строгой отчетности).

4.4. Порядок оплаты медицинских услуг определяется заключаемыми договорами на оказание платных медицинских услуг.

4.4.1. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

4.5. Потребитель/Заказчик/Законный представитель Потребителя вправе предъявлять требования о возврате денежных средств в связи с неисполнением условий договора, за некачественно оказанные медицинские услуги, либо неполученную медицинскую услугу. Возврат денежных средств осуществляется в соответствии с Положением о порядке возврата денежных средств за неоказанные платные услуги ИП Егорян Д.С .

4.6. На основании письменного обращения Потребителя/Заказчика/Законного представителя Потребителя, ИП Егорян Д.С выдает следующие документы, подтверждающие фактические расходы Потребителя/Заказчика/Законного представителя Потребителя на оказанные медицинские услуги:

- копия договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения);
- справка об оплате медицинских услуг по установленной форме;

5. Ответственность ИП Егорян Д.С за предоставление платных медицинских услуг.

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору ИП Егорян Д.С несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Приложение № 2
к приказу от _____ № _____

УТВЕЖДАЮ
Директор
_____ Егорян Д.С
«15» декабря 2023 г.

УВЕДОМЛЕНИЕ

До заключения договора ИП Егорян Д.С (далее – Исполнитель) в письменной форме уведомляет Потребителя/Заказчика/Законного представителя Потребителя 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.

_____/_____.
подпись расшифровка подписи

Договор_____
на оказание платных медицинских услуг

г. Пятигорск «__»_____202 г.

Общество с ограниченной ответственностью ИП Егорян Д.С , именуемое в дальнейшем «Исполнителем», в лице _____, действующего на основании доверенности №_____от_____ года, с одной стороны, и _____,
ФИО, дата рождения
именуемый в дальнейшем «Потребитель» в случае непосредственного получения медицинских услуг по настоящему договору, или «Заказчик»/Законный представитель Потребителя (в случаях заключения договора в интересах третьего лица «Потребителя»)
_____,
ФИО Потребителя, дата рождения
с другой стороны, именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1.СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА

1.1. *Сведения об Исполнителе.*
1.1.1. Наименование организации: Общество с ограниченной ответственностью ИП Егорян Д.С .
1.1.2. Адрес местонахождения: 344000, Российская Федерация, Ростовская область, город Ростов-на-Дону, улица Красноармейская, дом 178,
1.1.3. Адрес места оказания медицинских услуг: 3, Российская Федерация, Ростовская область, город Ростов-на-Дону, улица Красноармейская 178,
1.1.4.ОГРН 323619600170133, ИНН 616511548048 КПП 0
1.1.5. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации, срок действия, наименование, адрес местонахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа: № 3204 от 8.12.2023, срок действия бессрочно, выданная Министерством Здравоохранения Ростовская область. Адрес лицензирующего органа: г. Ростов-на-Дону,ул. 1-й Конной Армии, 33 , тел.: +7 (863) 242-41-09
1.1.6. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией содержится в соответствующей лицензии Исполнителя, перечислен в п. 8.3 Договора и Перечень находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на официальном сайте Исполнителя.
1.1.7. Сайт: http: www.ginecologyuzi61.ru
1.2. *Сведения о Заказчике/Законном представителе Потребителя:*
1.2.1. Фамилия, Имя, Отчество (при наличии) _____
1.2.2. Адрес места жительства, иные адреса, на которые Исполнитель может направлять ответы на письменные обращения_____
1.2.3. Телефон:_____
1.2.4. Данные документа, удостоверяющего_____

_____
1.3. *Сведения о Потребителе:*
1.3.1. Фамилия, Имя, Отчество (при наличии)_____
1.3.2. Адрес места жительства, иные адреса, на которые Исполнитель может направлять ответы на письменные обращения _____
_____
1.3.3. Телефон:_____
1.3.4. Данные документа, удостоверяющего личность: _____
_____

2.ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. На условиях настоящего Договора Исполнитель обязуется оказать Потребителю на возмездной основе медицинские услуги в соответствии с Приложением (Дополнительным соглашением) к настоящему Договору, а Потребитель и/или Заказчик/Законный представитель Потребителя обязуется принять и оплатить медицинские услуги, в порядке и в сроки, установленные Договором.
2.2. При необходимости Потребителю, с его согласия (согласия Законного представителя Потребителя), могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень которых определяется в дополнительном соглашении к настоящему Договору.

3.ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. *Исполнитель обязуется:*
3.1.1. Организовывать и оказывать медицинские услуги в соответствии с лицензией и действующим законодательством Российской Федерации.
3.1.2. Предоставить Потребителю платные медицинские услуги квалифицированными специалистами в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе в соответствии:

- с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, утверждаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации;
- с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее – Порядки);
- на основе клинических рекомендаций ;
- с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - Стандарты).

3.1.3. Письменно уведомить Потребителя/Заказчика/Законного представителя Потребителя 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 Потребителя.
3.1.4. Обеспечить Потребителя/Законного представителя Потребителя бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской услуги. Предложить Потребителю/Законному представителю Потребителя ознакомится и подписать информированное согласие на предоставление платных медицинских услуг, а так же дополнительных услуг, необходимых для исполнения Договора.
3.1.5. После исполнения Договора/получения услуги Потребителю/Законному представителю Потребителя выдать результаты исследований Потребителя.
3.1.6. По обращению Потребителя/Законного представителя Потребителя выдать документы, подтверждающие фактические расходы Потребителя и (или) Заказчика на оказанные медицинские услуги, а именно копию договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения); справку об оплате медицинских услуг по установленной форме.
3.1.7. Проинформировать Потребителя/Заказчика/Законного представителя Потребителя о возможных, но не обязательных рисках возникновения побочных эффектов, осложнений для здоровья в силу специфики самой медицинской технологии.
3.1.8. Соблюдать правила медицинской этики и деонтологии во взаимоотношениях с Заказчиком/Потребителем, хранить врачебную тайну.
3.2. *Исполнитель имеет право:*
3.2.1. Получать от Потребителя/Законного представителя Потребителя всю информацию, необходимую для качественного и полного оказания ему платных медицинских услуг.
3.2.2. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.
3.2.3. Оказывать платные медицинские услуги в полном объеме стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций, утвержденных Минздравом России, либо по просьбе Потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

3.2.4. Требовать от Потребителя/Законного представителя Потребителя бережного отношения к имуществу Исполнителя и соблюдения им Правил внутреннего распорядка Исполнителя.
3.2.5. Отказать в оказании платных медицинских услуг при выявлении противопоказаний у Потребителя.
3.2.6. Отказать Потребителю в оказании платных медицинских услуг в случае нарушения п.3.3. настоящего Договора.
3.2.7. Отказать Потребителю в оказании платных медицинских услуг Потребителю, находящемуся в алкогольном или наркотическом опьянении.
3.3. *Потребитель и/или Заказчик/Законный представитель Потребителя обязуется:*
3.3.1. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.
3.3.2. Информировать Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.
3.3.3. Соблюдать правила поведения пациента (потребителя) в медицинской организации.
3.3.4. Являться на прием в назначенное время. При опоздании Потребителя, Исполнитель вправе отказать в оказании услуги, либо перенести время приема по согласованию с Потребителем/Законным представителем Потребителя на ближайшее свободное время.
3.3.5. Ознакомиться и подписать: информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Без подписания документов, указанных в настоящем пункте Договора, оказание медицинских услуг Потребителю по настоящему договору невозможно.
3.3.6. Выполнять Правила внутреннего распорядка Исполнителя, требования и предписания медицинского персонала Исполнителя как необходимые условия оказания ему качественной медицинской помощи.
3.4. *Потребитель и/или Заказчик/Законный представитель Потребителя имеет право:*
3.4.1. Получать от Исполнителя услуги, предусмотренные настоящим Договором.
3.4.2. Получать исчерпывающую информацию о предоставляемых медицинских услугах.
3.4.3. Получать информацию о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья.
3.4.4. Получать отражающие здоровье Потребителя медицинские документы (копии и выписки из медицинских документов).
3.4.5. На сохранение в тайне информации о здоровье Потребителя.
3.4.6. На отказ от медицинского вмешательства.
3.4.7. Потребитель и Исполнитель обладают иными правами и несут иные обязанности, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

4. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА

4.1. Платные медицинские услуги оказываются на основании добровольного волеизъявления Потребителя (законного представителя Потребителя) и согласия Потребителя (законного представителя Потребителя) приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Потребителя или Заказчика/Законного представителя Потребителя.
4.2. Предельные сроки ожидания платных медицинских услуг/сроки проведения клинических лабораторных исследований не превышают сроков, установленных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи или достигаются соглашением сторон в зависимости от ресурсных возможностей Исполнителя с указанием даты оказания услуг в приложении к Договору.
4.3. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
4.4. Потребитель/Законный представитель Потребителя незамедлительно ставит в известность медицинских работников Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.
4.5. Потребитель/Законный представитель Потребителя дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Потребителя в объеме и способами, указанными в Федеральном законе от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.
4.6. Медицинская услуга считается оказанной качественно при условии, что при ее оказании Исполнителем были соблюдены обязательные требования соответствующих нормативно-правовых актов, услуга была оказана своевременно и в согласованном Сторонами объеме.
4.8. Исполнитель выполняет лабораторные исследования биологических материалов Потребителя собственными силами и/или с привлечением третьих лиц (других лабораторий) по собственному усмотрению.
4.9. Обращения граждан принимаются по адресу: 357502, Российская Федерация, Ставропольский край, город Пятигорск, улица Московская, дом 81, помещение 25, а так же путем направления обращения на электронную почту egoryandiana372@gmail.com
4.10. Все претензии, поступившие Исполнителю в письменном, электронном виде, рассматриваются в сроки, установленные законодательством Российской Федерации.
4.11. В случае если при оказании платных медицинских услуг потребуется предоставление медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя такие медицинские услуги

оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
4.12. При заключении договора Потребителю и (или) Заказчику/Законному представителю Потребителя предоставляется 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.

5. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

5.1. Стоимость предоставляемых медицинских услуг указана в приложение (дополнительном соглашении) к Договору.
5.2. Оплата медицинских услуг осуществляется до начала оказания медицинских услуг:
- по безналичному расчету банковской картой – на расчетный счет Исполнителя, указанный в реквизитах Сторон;
- путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя.
5.3. Потребителю и (или) Заказчику/Законному представителю Потребителя в случаях, установленных законодательством Российской Федерации о применении контрольно-кассовой техники, выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек или бланк строгой отчетности).
5.4. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета. Ее составление по требованию Потребителя и (или) Заказчика/Законного представителя Потребителя является обязательным, при этом она является неотъемлемой частью договора.

5.5. Возврат оплаченных денежных средств за оказание платных медицинских услуг осуществляется в течение 10 календарных дней, в соответствии с утвержденным Положением о порядке возврате денежных средств по договорам оказания платных медицинских услуг в Ип Егорян Д.С .

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует один год.
6.2. Настоящий Договор может быть изменен либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленному в виде дополнительного Соглашения Сторон и подписанного Исполнителем и Потребителем и/или Заказчиком/Законным представителем Потребителя.
6.3. Настоящий Договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по настоящему Договору.
6.4. В случае отказа Потребителя/Законного представителя Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Потребитель и (или) Заказчик/Законный представитель Потребителя оплачивают исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

7.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по Договору, Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
7.2. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение или ненадлежащее исполнение, явилось следствием непреодолимой силы, форс-мажорных обстоятельств и по иным обстоятельствам, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.
7.3. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставленной некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению в соответствии с законодательством Российской Федерации.
7.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Потребителем/Заказчиком/Законным представителем Потребителя условий настоящего Договора, в случаях осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Потребителя, а также в случае, если Потребитель не проинформировал Исполнителя о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях, а также по иным основаниям, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.
7.5. Все споры и разногласия, возникшие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров между Сторонами, а в случае недостижения согласия – в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

8.1. Договор составляется в 3 (трех) экземплярах, один из них остается у Исполнителя, второй – у Заказчика, третий – у Потребителя. В случае если договор заключается совершеннолетним Потребителем и Исполнителем, он составляется в 2 (двух) экземплярах.
8.2. Все приложения и дополнительные соглашения являются неотъемлемой частью Договора.

8.3. В момент подписания настоящего Договора Потребитель/Заказчик/Законный представитель Потребителя ознакомлен с перечнем работ (услуг), отраженных в лицензии на медицинскую деятельность: при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:лабораторной диагностике, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии; при оказании специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: клинической лабораторной диагностике, лабораторной генетике, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии.

8.4. В момент подписания настоящего Договора Потребитель/Заказчик/Законный представитель Потребителя имел возможность ознакомления с Прейскурантом на медицинские услуги, понимает содержащуюся в нем информацию, согласен с действующими ценами на медицинские услуги и согласен с оплатой в полном размере до начала оказания платных медицинских услуг по настоящему Договору, а также ознакомлен с Правилами внутреннего распорядка Исполнителя

_____/_____.

подпись расшифровка подписи

8.5. В момент подписания договора Потребитель/законный представитель Потребителя подтверждает свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг.

8.6. При заключении договора Потребителю/законному представителю Потребителя предоставлена информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации).

8.7. Приложения к договору:

1. Перечень платных медицинских услуг, оказываемых по договору платных медицинских услуг.
2. Согласие на обработку персональных данных и передачу информации о результатах исследований.

Исполнитель	**Потребитель**	**Заказчик**
Наименование **Реквизиты** _____/_____	**ФИО** **E-mail** _____/_____	**ФИО** **E-mail** _____/_____

Приложение № 1 к Договору на
оказание платных медицинских услуг

Перечень медицинских услуг, оказываемых
по договору на оказание платных медицинских услуг

Код услуги	Наименование услуги	Кол-во услуг	Цена 1 услуги, руб.	Итого стоимость услуг без скидки, наценки руб.	Размер скидки, наценки %	Сумма скидки, наценки руб.	К оплате со скидкой, наценкой руб.	В том числе НДС	Срок оказания услуг
	Итого								

Всего услуг на сумму_____

Я, _____ настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение вышеуказанных платных медицинских услуг. Мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи, в объеме, предусмотренном Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в соответствии со ст.ст. 80,81 Федерального закона №323 от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

_____

(личная подпись)

Исполнитель	**Потребитель**	**Заказчик**
_____/_____	_____/_____	_____/_____

Приложение № 2 к Договору на
оказание платных медицинских услуг

Согласие на обработку персональных данных и передачу информации о результатах моих исследований

Я, нижеподписавшийся(аяся)_____
_____, проживающий (ая) по адресу:
_____
паспорт: серия _____ номер _____, выдан _____ года (далее — Пациент),

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку ИП Егорян Д.С (далее — Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, номер документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, контактный телефон, адрес электронной почты. Оператор имеет право на обмен (прием, передачу) моими персональными данными с третьими лицами (другими лабораториями) в целях выполнения обязательств по договору с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом при условии, что и прием и обработка осуществляются лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю свое согласие на:

предоставление информации о факте моего обращения в ООО «Фактор 8» за оказанием медицинской помощи, о полученных медицинских услугах, в том числе результатах выполненных медицинских исследований (анализов), иной информации, необходимой для правильного проведения, интерпретации результатов медицинских исследований (анализов), о состоянии моего здоровья и о иных сведениях, полученных при оказании медицинских услуг, составляющих врачебную тайну, должностным лицам Оператора, при условии, что их обработка осуществляется ответственным лицом Оператора, обязанным сохранять конфиденциальность информации.

Я подтверждаю свое согласие с тем, что обработка моих персональных данных и сведений, отнесенных к врачебной тайне, осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг, ведения учета и систематизации оказанных услуг, в целях исполнения условий договоров.

Предоставляю ИП Егорян Д.С право осуществлять/совершать все необходимые действия (операции) с моими персональными данными и сведениями, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. ИП Егорян Д.С вправе обработать мои персональные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

ИП Егорян Д.С гарантирует, что обработка моих личных персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Я информирован, что ИП Егорян Д.С будет обрабатывать мои персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Даю свое согласие на получение уведомлений о новостях, проводимых акциях и специальных предложениях от ИП Егорян Д.С

□ по смс на номер: □ по электронной почте:

Прошу сообщить результаты моих исследований (отметьте нужный вариант):

□ по электронной почте:

□доверенному лицу_____

(ФИО доверенного лица, телефон)

□ не отправлять по каналам связи (я получу результаты исследования в бумажном виде).

Я уведомлен, что передача результатов моих исследований по электронной почте является сложным многоэтапным процессом и не может обеспечить 100 % гарантию безопасности доставки.

При передаче данных исследований по открытым каналам связи (телефон, электронная почта) ИП Егорян Д.С, не несет ответственности в случае возможного нарушения конфиденциальности передаваемой информации. Я, принимая такое решение, понимаю риск возможного нарушения конфиденциальности передаваемой информации.

Настоящее согласие дано мной лично и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ИП Егорян Д.С по почте заказным

письмом с уведомлением о вручении, либо вручению лично под расписку представителю ИП Егорян Д.С, а также получить доступ к своим персональным данным при личном обращении в ИП Егорян Д.С на основании письменного запроса.
Я подтверждаю, что, давая такое согласие, действую своей волей и в своих интересах.

Дата: . .20 Подпись пациента: ✓ _____ /

Приложение № 3 к Договору на
оказание платных медицинских услуг

Согласие на обработку персональных данных и передачу информации о результатах исследований Пациента

Я, нижеподписавшийся(аяся)_____
_____, проживающий (ая) по адресу:
_____
паспорт: серия _____ номер _____, выдан _____ года, являюсь законным представителем пациента
_____
ФИО, дата рождения

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в целях оказания медицинских услуг пациенту, подтверждаю свое согласие на обработку ИП Егорян Д.С (далее — Оператор) персональных данных пациента, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, номер документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, контактный телефон, адрес электронной почты. Оператор имеет право на обмен (прием, передачу) персональными данными пациента с третьими лицами (другими лабораториями) в целях выполнения обязательств по договору с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом при условии, что и прием и обработка осуществляются лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю свое согласие на:

предоставление информации о факте обращения пациента в ИП Егорян Д.С за оказанием медицинской помощи, о полученных медицинских услугах, в том числе результатах выполненных медицинских исследований (анализов), иной информации, необходимой для правильного проведения, интерпретации результатов медицинских исследований (анализов),о состоянии здоровья пациента и о иных сведениях, полученных при оказании медицинских услуг, составляющих врачебную тайну, должностным лицам Оператора, при условии, что их обработка осуществляется ответственным лицом Оператора, обязанным сохранять конфиденциальность информации

Я подтверждаю свое согласие с тем, что обработка персональных данных и сведений пациента, отнесенных к врачебной тайне, осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг, ведения учета и систематизации оказанных услуг, в целях исполнения условий договоров.

В целях оказания медицинских услуг пациенту, исполнения условия договора, подтверждаю свое согласие на обработку ИП Егорян Д.С моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, номер документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, контактный телефон, адрес электронной почты.

Предоставляю ИП Егорян Д.С право осуществлять/совершать все необходимые действия (операции) с персональными данными и сведениями пациента/законного представителя пациента, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. ИП Егорян Д.С вправе обработать персональные данные пациента посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

ИП Егорян Д.С гарантирует, что обработка личных персональных данных пациента/законного представителя пациента осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ.

Я информирован, что ИП Егорян Д.С будет обрабатывать персональные данные пациента как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Даю свое согласие на получение уведомлений о новостях, проводимых акциях и специальных предложениях от ИП Егорян Д.С
□ по смс на номер: □ по электронной почте:

Прошу сообщить результаты исследований пациента (отметьте нужный вариант):
□ по электронной почте:
□доверенному лицу_____
(ФИО доверенного лица, телефон)
□ не отправлять по каналам связи (я получу результаты исследования в бумажном виде).

Я уведомлен, что передача результатов исследований пациента по электронной почте является сложным многоэтапным процессом и не может обеспечить 100 % гарантию безопасности доставки.

При передаче данных исследований по открытым каналам связи (телефон, электронная почта)ИП Егорян Д.С, не несет ответственности в случае возможного нарушения конфиденциальности передаваемой информации. Я, принимая такое решение, понимаю риск возможного нарушения конфиденциальности передаваемой информации.

Настоящее согласие дано мной лично и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ИП Егорян Д.С по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручению лично под расписку представителю ИП Егорян Д.С**,** а также получить доступ к персональным данным пациента при личном обращении в ИП Егорян Д.С на основании письменного запроса.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, действую своей волей и в своих интересах.

Дата: . .20 Подпись пациента: ✓