



ПОЛОЖЕНИЕ

о платных медицинских услугах, предоставляемых обществом с ограниченной ответственностью «Институт управления медицинскими рисками и оптимизации страхования» (ООО «МЕДИС»)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящее Положение о платных медицинских услугах, предоставляемых обществом с ограниченной ответственностью «Институт управления медицинскими рисками и оптимизации страхования» (ООО «МЕДИС») (далее по тексту - Положение) разработано на основании:

- Гражданского кодекса Российской Федерации;
- Налогового кодекса Российской Федерации;
- Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей»;
- Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

1.2. Настоящее Положение определяет порядок и условия предоставления обществом с ограниченной ответственностью «Институт управления медицинскими рисками и оптимизации страхования» (ООО «МЕДИС») (далее по тексту - Общество) платных медицинских услуг и является обязательным для исполнения всеми структурными подразделениями Общества.

1.3. Платные медицинские услуги предоставляются в виде консультативной, профилактической, лечебно-диагностической, реабилитационной медицинской помощи в рамках договоров на оказание медицинских услуг с гражданами или юридическими лицами (далее по тексту - потребитель (заказчик)).

1.4. Перед заключением договора об оказании платных медицинских услуг потребителю (заказчику) 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.

2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ.

2.1. Условия предоставления платных медицинских услуг.

Предоставление платных медицинских услуг Обществом осуществляется при наличии действующей лицензии на осуществление медицинской деятельности.

2.2. Порядок оказания платных медицинских услуг.

При оказании платных медицинских услуг должны соблюдаться порядки оказания медицинской помощи, установленные действующим законодательством РФ.

Оказание платных медицинских услуг осуществляется в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, консультации и лечения, разрешенными на территории РФ в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения РФ, либо по просьбе потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Качество предоставляемых Обществом платных медицинских услуг должно соответствовать условиям заключенного договора с потребителем (заказчиком),

а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым действующим законодательством к услугам соответствующего вида.

Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя) и иных согласий, необходимых для оказания услуги, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

2.2.1. Порядок обращения пациента за информацией об оказании платных услуг.

Посредством размещения на сайте в Интернете и на информационном стенде (стойке) Общество предоставляет достоверную, доступную и бесплатную информацию, включающую в себя следующие сведения:

- наименование и фирменное наименование Общества;
- адрес места нахождения, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об Обществе в ЕГРЮЛ, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;
- сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности (номер, дата регистрации, перечень работ (услуг), наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа);
- перечень платных медицинских услуг с указанием цен в рублях; сведения об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг, порядок их оплаты;
- сведения о медицинских работниках, об уровне их профессионального образования и квалификации;
- режим работы Общества, график работы медицинских работников;
- адрес и телефоны органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан.

2.2.2. Режим работы сотрудников Общества, оказывающих платные услуги.

Оказание платных медицинских услуг сотрудниками Общества осуществляется в соответствии с утверждённым в установленном порядке графиком их работы.

2.2.3. Правовое оформление предоставления платных услуг физическим и юридическим лицам.

Предоставление платных медицинских услуг оформляется договором в письменном виде с пациентом (потребителем) либо с заказчиком (предприятием, учреждением, организацией и т.д.), который включает в себя:

- информацию об Обществе: наименование, адрес местонахождения и адрес места осуществления медицинской деятельности, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об Обществе в ЕГРЮЛ с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;
- сведения о лицензии (номер, дата ее регистрации, информация о лицензирующем органе) с указанием перечня работ (услуг), которые вправе осуществлять Общество;
- сведения о потребителе (Ф.И.О., адрес места жительства, телефон). Если договор заключает заказчик, то дополнительно указываются сведения и о нем;
- перечень предоставляемых платных медицинских услуг, их стоимость, срок и порядок оплаты, условия и сроки предоставления таких услуг;
- ответственность сторон за невыполнение условий договора;
- порядок изменения и расторжения договора;
- подписи сторон договора с указанием Ф.И.О. и должностей лиц, заключивших договор от имени исполнителя и (или) заказчика.

По соглашению сторон в договор могут быть включены и другие условия.

2.2.4. Порядок оплаты медицинских услуг.

Оплата оказываемых медицинских услуг определяется в соответствии с действующим на дату заключения договора Прейскурантом платных медицинских услуг,

утвержденным Генеральным директором Общества (Директором филиала Общества) в установленном порядке.

Цены на платные медицинские услуги определяются Обществом самостоятельно.

Оплата услуг осуществляется непосредственно в Обществе с применением контрольно-кассовых аппаратов (кассовый чек), либо безналичными платежами.

Общество выдает потребителю (заказчику) документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек или квитанцию).

По требованию пациента, оплатившего услуги, Общество выдает «Справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы» по установленной форме.

2.2.5. Права и обязанности Общества, пациентов (потребителей).

Права и обязанности Общества, пациентов (потребителей) устанавливаются в соответствии с действующим законодательством РФ. Претензии и споры, возникшие между потребителем и Обществом, разрешаются по соглашению сторон или в судебном порядке в соответствии с законодательством РФ.

2.2.6. Ответственность Общества.

Ответственность Общества и медицинского работника за ненадлежащее оказание платных медицинских услуг и порядок возмещения причиненного вреда здоровью и жизни пациента, а также морального ущерба определяется в соответствии с законодательством РФ.

2.2. 7. Контроль за качеством оказания платных медицинских услуг.

Контроль за организацией работы и качеством оказания Обществом платных медицинских услуг осуществляют соответствующие уполномоченные органы и организации в соответствии с действующим законодательством РФ.

2.3. В случае, если в результате изменения законодательства РФ отдельные пункты Положения вступают с ним в противоречие, то применяются нормы законодательства РФ, а противоречащие ему пункты Положения утрачивают силу.

УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор ООО «МЕДИС»



Ф.Р. Султанов

« 01 » сентября 2017 г.



**ФОРМА ТИПОВОГО ДОГОВОРА ООО «МЕДИС»
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

УВЕДОМЛЕНИЕ

Я, гражданин(ка) _____ настоящим уведомлен(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника ООО «МЕДИС», 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 моего здоровья. Подтверждаю, что уведомлен(а) до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

Подпись _____

**ДОГОВОР
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № _____**

г. _____ « ____ » _____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Институт управления медицинскими рисками и оптимизации страхования» (ООО «МЕДИС»), в лице Директора филиала ООО «МЕДИС» в г. _____, действующего на основании доверенности № __ от «01» января 201 г., именуемый в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны,
и Гражданин (ка) РФ _____,

ИЛИ

и Гражданин (ка) РФ _____, паспорт серия _____ № _____ серия _____, выдан « ____ » _____ года _____
являюсь законным представителем несовершеннолетнего ребенка/ лица, признанного недееспособным (нужное подчеркнуть) _____
Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина, год рождения _____

именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, а совместно именуемые Стороны, заключили настоящий Договор на оказание платных медицинских услуг (далее – Договор) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему Договору Исполнитель оказывает Пациенту платные медицинские услуги (далее – «ПМУ») в соответствии с имеющейся у Исполнителя Лицензией на осуществление медицинской деятельности № _____ от « ____ » _____ г. выданной _____ и на условиях настоящего Договора, а Пациент оплачивает предоставляемые ПМУ и выполняет требования и рекомендации Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг.

1.2. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя, содержится в соответствующей лицензии Исполнителя, находится в доступной форме на информационном стенде Исполнителя, а также на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

1.3. Перечень и стоимость ПМУ, предоставляемых Пациенту в рамках настоящего Договора, указаны в Приложении к настоящему Договору в соответствии с Прейскурантом медицинских услуг (далее по тексту – Прейскурант), утвержденным Исполнителем в установленном порядке.

1.4. При возникновении необходимости оказания дополнительных и/или иных видов ПМУ, не предусмотренных настоящим Договором, по соглашению Сторон, они фиксируются в Дополнительных соглашениях к настоящему Договору и оказываются при условии их оплаты согласно утвержденному Прейскуранту.

2. УСЛОВИЯ И СРОКИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. ПМУ по настоящему Договору оказываются в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, в том числе предъявляемыми к качеству медицинских услуг

2.2. ПМУ по настоящему Договору оказываются в помещении Исполнителя, расположенном по адресу: _____, в соответствии с графиком работы, установленным администрацией Исполнителя

2.3. Предоставление ПМУ по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Пациента на прием. Предварительная запись Пациента на прием осуществляется через регистратуру Исполнителя, в том числе посредством телефонной и факсимильной связи. Телефон регистратуры: _____.

2.4. ПМУ услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Пациента/ его уполномоченного представителя (уполномоченного доверенностью или иным законным основанием в интересах Пациента), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан. Информированное добровольное согласие содержится в медицинской документации Пациента, и сохраняет свое действие на весь период оказания медицинских услуг Исполнителем Пациенту.

2.5. После оказания Исполнителем Пациенту соответствующей медицинской услуги и/или комплекса услуг, Сторонами составляется и подписывается Акт выполненных работ (оказанных услуг), отражающий виды и объемы оказанных Исполнителем медицинских услуг (Приложения к настоящему Договору). Акт выполненных работ (оказанных услуг) является неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.6. Если Пациент не подписал Акт выполненных работ (оказанных услуг) в течение 3 (Трех) дней с даты оказания соответствующей медицинской услуги и/или комплекса услуг и не предоставил мотивированный отказ от его подписания, то ПМУ считаются оказанными в полном объеме и качественно.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. своевременно и качественно оказывать медицинские услуги в объеме, предусмотренном настоящим Договором, надлежащим образом вести первичную медицинскую документацию;

3.1.2. получить предварительное Информированное добровольное согласие Пациента на медицинское вмешательство, по форме и в порядке предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации;

3.1.3. в соответствии с действующим законодательством РФ обеспечить Пациенту по письменному требованию самого Пациента или его уполномоченного представителя (уполномоченного доверенностью или иным законным основанием в интересах Пациента) ознакомление с медицинской документацией и выдать копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья Пациента;

3.1.4. обеспечить Пациента (по его письменному запросу) всей необходимой документацией для получения налогового вычета в соответствии с Налоговым кодексом Российской Федерации;

3.1.5. обеспечить Пациента устной бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, в частности, о порядке оказания медицинской помощи, о медицинском работнике (при запросе) и возможных методах медицинского вмешательства, а также о рисках и возможных последствиях, предоставить иные сведения, относящиеся к предмету настоящего Договора.

3.1.6. после оказания соответствующей медицинской услуги и/или комплекса услуг Пациенту, составить и представить на подпись Пациенту Акт выполненных работ (оказанных услуг), отражающий виды и объемы оказанных Пациенту медицинских услуг.

3.2. Исполнитель вправе:

3.2.1. в случае возникновения неотложных состояний здоровья Пациента, самостоятельно определить объем исследований, манипуляций и лечения, необходимых для оказания надлежащей медицинской помощи Пациенту, в том числе и не предусмотренной условиями настоящего Договора;

3.2.2. в случае неоднократного нарушения Пациентом предписаний, рекомендаций и назначений врача (ей), а также предъявление требований, оговоренных в п.6.3 настоящего Договора, направить уведомление о необходимости надлежащего исполнения обязательств, нарушение которых может повлечь невозможность оказания услуги и/или направить уведомление о намерении расторгнуть настоящий договор. Договор будет считаться расторгнутым по истечению 10 календарных дней с момента уведомления Пациента, за исключением случаев, непосредственно угрожающих жизни и здоровью последнего на момент расторжения настоящего Договора. При этом стоимость фактически оказанных услуг Пациенту не возвращается, а Исполнитель не несет ответственности за возможное ухудшение состояния здоровья Пациента.

3.2.3. в случае опоздания Пациента, более чем на 5 (пять) минут по отношению к назначенному Пациенту времени получения услуги, Исполнитель оставляет за собой право на перенос срока получения услуги Пациентом или Пациенту предлагается (если это возможно) выбор другого врача. В данном случае решение о возможности приема Пациента или переносе времени приема Пациента принимается врачом, на прием к которому был записан данный Пациент.

3.3. Пациент обязуется:

- 3.3.1. в полном объеме и в сроки, установленные настоящим Договором, произвести оплату услуг Исполнителя в соответствии с разделом 4 настоящего Договора;
- 3.3.2. информировать Исполнителя до начала оказания медицинских услуг о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, проводимом ранее лечении и его результатах;
- 3.3.3. надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора, точно выполнять назначения и рекомендации врача (ей) и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Пациентом условий настоящего Договора;
- 3.3.4. соблюдать правила внутреннего распорядка Исполнителя и общепринятые нормы поведения, в том числе являться на приём в назначенное время;
- 3.3.5. заблаговременно, но не менее чем за _____ часа, до назначенного времени, предупредить Исполнителя через регистратуру о необходимости отмены или изменения назначенного ему времени получения услуги;
- 3.3.6. после оказания соответствующей медицинской услуги и/или комплекса услуг Исполнителем, подписать Акт выполненных работ (оказанных услуг) или предоставить письменный мотивированный отказ от его подписания.
- 3.4. Пациент вправе:**
- 3.4.1. в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения;
- 3.4.2. выбирать врача (с учетом его согласия);
- 3.4.3. отказаться в письменной форме от медицинского вмешательства.

4. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

- 4.1. Стоимость оказываемых медицинских услуг определяется в соответствии с действующим на дату заключения настоящего Договора Прейскурантом и указывается в настоящем Договоре. Медицинские услуги НДС не облагаются на основании п.п. 2, п. 2 ст. 149 НК РФ.
- 4.2. Оплата осуществляется Пациентом путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или в безналичном виде с использованием банковских карт, с выдачей Пациенту чека кассового аппарата в виде:
- предоплаты до получения медицинских услуг, Пациент согласен со 100% предоплатой медицинских услуг;
 - оплаты по факту оказания ПМУ.
- 4.3. В случае полного или частичного отказа Пациента от уже оплаченных медицинских услуг, возврат уплаченных денежных средств производится на основании письменного заявления Пациента (с предъявлением удостоверения личности) с указанием причины отказа от предоставления ПМУ.
- 4.4. Возврат Пациенту уплаченных денежных средств производится в виде:
- наличных денежных средств (в случае внесения предоплаты в виде наличных денежных средств в кассу Исполнителя);
 - безналичный возврат на банковскую карту (в случае внесения предоплаты в виде безналичных денежных средств с использованием банковской карты).

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 5.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
- 5.2. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору, если докажут, что это произошло вследствие возникновения и/или действия обстоятельств непреодолимой силы, т.е. чрезвычайных, непредотвратимых, независящих от воли Сторон при данных условиях обстоятельств, непосредственно препятствующих исполнению обязательств по Договору.
- 5.3. Исполнитель имеет право отказать Пациенту в оказании медицинской услуги в следующих случаях:
- неоднократного невыполнения Пациентом назначений и рекомендаций лечащего врача;
 - при наличии или выявлении у Пациента противопоказаний к медицинской услуге, предусмотренной настоящим Договором;
 - невыполнения Пациентом условий настоящего Договора;
 - в случаях, предусмотренных в п.6.3 настоящего договора

6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

- 6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по нему.
- 6.2. Настоящий Договор может быть изменен или расторгнут в соответствии с законодательством Российской Федерации, условиями Договора или по соглашению Сторон.
- 6.3. По инициативе Исполнителя настоящий Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке в следующих случаях:
- 6.3.1. Пациент не желает следовать предписаниям врача;
- 6.3.2. Пациент не способен платить за лечение, кроме случаев непосредственно угрожающих жизни и здоровью пациента в момент расторжения настоящего договора;

- 6.3.3. Пациент не является в назначенное время на приемы;
- 6.3.4. Пациент требует оказать ему медицинскую помощь в сфере, которая выходит за пределы профессиональной компетенции врача;
- 6.3.5. Пациент требует оказать ему медицинскую помощь в сроки, не соответствующие предписанными для него планом обследования и лечения, что невозможно в силу объективных причин, не зависящих от медицинской организации;
- 6.5. Пациент/его уполномоченный представитель вправе отказаться от исполнения настоящего Договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему Договору

7. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

- 7.1. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).
- 7.2. С письменного согласия Пациента/его уполномоченного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну третьим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах дальнейшего обследования и лечения Пациента.
- 7.3. Информация, представляющая врачебную тайну, может быть предоставлена в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

- 8.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до полного исполнения ими своих обязательств.
- 8.2. В случае возникновения споров по настоящему Договору, Стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров, с соблюдением претензионного порядка.
Сторона, получившая претензию, обязана ответить на нее в течение 30 (тридцати) календарных дней, с момента ее получения. В случае не получения ответа, в установленный Договором срок, Сторона, направившая претензию, вправе обратиться в суд, за защитой своих прав в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 8.3. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой стороны. При этом оба экземпляра имеют одинаковую юридическую силу.
- 8.4. Все вопросы, не урегулированные настоящим Договором, решаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
- 8.5. Подписав настоящий Договор:
- 8.5.1. Пациент дает согласие на обработку его персональных данных, которая осуществляется с целью оказания медицинских услуг по настоящему Договору, в объеме и способами, предусмотренными Федеральным законом № 152-ФЗ «О персональных данных»;
- 8.5.2. Пациент добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг, указанных в настоящем Договоре и входящих в Территориальную Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, на платной основе.

9. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель:

ООО «МЕДИС»;
Юридический адрес: 109544,
г. Москва, ул. Школьная, д. 49;

Пациент:

Почтовый адрес: 121059, г. Москва,
ул. Киевская, д. 7;
ОГРН 1027739106482
ИНН/КПП 7709239289/770901001
Адрес места нахождения филиала:

ИНН/КПП 7709239289/_____

Банковские реквизиты: филиала
Р/с

Директор филиала ООО «МЕДИС»
в г. _____

_____/_____/_____
(подпись)

(Ф.И.О.)

Паспорт: серия _____ № _____,

Выдан _____

Дата выдачи _____, код подр. _____,

Адрес места жительства: _____

Телефон:

Пациент _____ (_____)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. _____

«__» _____ 20__ г.

Я _____, _____ года рождения, паспорт серия _____ № _____, выдан «__» _____ года _____ года проживающий(ая) по адресу _____
--

ИЛИ

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет или недееспособных граждан:
Я _____, паспорт № _____ серия _____, выдан «__» _____ года _____

являюсь законным представителем несовершеннолетнего ребенка/ лица, признанного недееспособным (нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина, год рождения

настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг по Договору № _____ от «__» _____ 20__ года.

Мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи в объемах и в порядке, предусмотренных Территориальной Программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, в том числе:

- 1) первичной медико-санитарной помощи, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной;
- 2) специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной.

Подпись Пациента/законного представителя: _____

Расписался в моем присутствии:

От Исполнителя _____ (должность, Ф.И.О.) _____ (подпись)

ПРИЛОЖЕНИЕ № _____

К ДОГОВОРУ НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № _____ от «__» _____ 20__ г.

№ п-п	Перечень медицинских услуг	Количество услуг	Стоимость услуги, руб.	Общая стоимость услуг, руб.
Итого, руб.:				

Подписи Сторон:

Исполнитель:

Пациент:

АКТ
выполненных работ (оказанных услуг)
по Договору на оказание платных медицинских услуг № _____ от «__» _____ 20__ г.

г. _____ «__» _____ 201__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Институт управления медицинскими рисками и оптимизации страхования» (ООО «МЕДИС»), в лице Директора филиала ООО «МЕДИС» в г. _____, действующего на основании доверенности № __ от «01» января 201 г., именуемый в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны,
и Гражданин (ка) РФ _____,

ИЛИ

и Гражданин (ка) РФ _____, паспорт № _____ серия _____, выдан «__» _____ года _____ являюсь законным представителем несовершеннолетнего ребенка/ лица, признанного недееспособным (нужное подчеркнуть) Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина, год рождения _____
--

именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, далее совместно именуемые «Стороны», составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. Согласно Договору на оказание платных медицинских услуг № _____ от «__» _____ 2017 г. (далее – «Договор»), Исполнитель оказал Пациенту следующие медицинские услуги:

_____ (наименование медицинской услуги)	_____ (количество предоставленных услуг)
_____ (наименование медицинской услуги)	_____ (количество предоставленных услуг)
_____ (наименование медицинской услуги)	_____ (количество предоставленных услуг)

2. Услуги Исполнителем были оказаны: _____ (срок оказания услуг)

3. Стоимость оказанных Исполнителем медицинских услуг составила _____ (_____) рублей _____ копеек.

Медицинские услуги НДС не облагаются (статья № 149 п. 2 п.п. 2 НК РФ).

3. Оказанные Исполнителем медицинские услуги Пациенту соответствуют требованиям, предъявляемым к методам профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ.

4. Исполнитель оказал Пациенту услуги надлежащего качества, вида и объема, в соответствии с условиями заключенного между ними Договора, в согласованный Сторонами срок, какие-либо претензии к Исполнителю со стороны Пациента отсутствуют.

5. Исполнитель сообщил Пациенту о соблюдении необходимых требований и выполнении рекомендаций, обеспечивающих наилучший результат оказанных медицинских услуг, а также о возможных последствиях их несоблюдения или невыполнения.

6. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

7. Если Пациент не подписал Акт выполненных работ (оказанных услуг) в течение 5 (Пяти) дней с даты оказания соответствующей медицинской услуги и/или комплекса услуг и не предоставил мотивированный отказ от его подписания, то ПМУ считаются оказанными в полном объеме и качественно

Исполнитель:

Пациент:

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № _____
К ДОГОВОРУ НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № _____ от «_» _____ 20__ г.

г. _____

«_» _____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Институт управления медицинскими рисками и оптимизации страхования» (ООО «МЕДИС»), в лице Директора филиала ООО «МЕДИС» в г. _____, действующего на основании доверенности № __ от «01» января 201 г., именуемый в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны,

и Гражданин (ка) РФ _____

ИЛИ

и Гражданин (ка) РФ _____, паспорт № _____ серия _____, выдан «_» _____ года _____ являюсь законным представителем несовершеннолетнего ребенка/ лица, признанного недееспособным (нужное подчеркнуть) Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина, год рождения _____

Именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, а совместно именуемые Стороны, заключили настоящее Дополнительное соглашение (далее – Соглашение) к Договору на оказании платных медицинских услуг (далее – Договор) о нижеследующем:

1. По соглашению Сторон в соответствии с пунктом 1.4. Договора Исполнитель оказывает Пациенту следующие дополнительные платные медицинские услуги (далее – «ПМУ»):

Таблица

№ п-п	Перечень медицинских услуг	Количество услуг	Стоимость услуги, руб.	Общая стоимость услуг, руб.
Итого, руб.:				

2. Настоящее Соглашение вступает в действие с «_» _____ 20__ г. и действует до окончания срока действия Договора.

3. Настоящее Соглашение является неотъемлемой частью Договора, составлено в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

4. По вопросам, не урегулированным в настоящем Соглашении, Стороны руководствуются Договором.

Подписи Сторон:

Исполнитель:

Пациент:

Кому _____
от _____
место жительства: _____
паспорт серия _____ № _____
выдан: кем _____
когда « » _____ г.
телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ О ВОЗВРАТЕ ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ

Я, _____

прошу вернуть мне денежные средства в сумме (прописью) _____

уплаченные за **(указать наименование услуги/услуг, в соответствии с номер и дата Договора/ ДС)** _____

в связи с (указать причину отказа) _____

« » _____ 20 г.

подпись

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____, _____ г.р.,

(Ф.И.О. полностью),

проживающий по адресу: _____,

(адрес по месту регистрации)

паспорт гражданина РФ: серия _____ № _____, выдан _____

(наименование органа, выдавшего паспорт)

дата выдачи: _____,

действуя своей волей и в своем интересе, в соответствии со ст. 9 Федерального закона РФ № 152-ФЗ от «27» июля 2006 г. "О персональных данных", ст. 13 Федерального закона РФ от «01» ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ», даю свое добровольное согласие

Обществу с ограниченной ответственностью «Институт управления медицинскими рисками и оптимизации страхования» (ООО «МЕДИС») (далее именуемому – «Оператор»)

на обработку моих персональных данных, в том числе сведений, составляющих врачебную тайну, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, паспортные данные (серия, номер, дата выдачи и наименование органа, выдавшего паспорт), адрес проживания, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, в медико-профилактических целях, в том числе при проведении диспансеризации.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая: сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, уточнение, использование (передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение. Обработка персональных данных осуществляется как с использованием средств автоматизации, так и без использования таковых. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи (услуги) я предоставляю право медицинским работникам Оператора передавать мои персональные данные, в том числе содержащие сведения составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, а так же иным медицинским организациям, в интересах моего обследования и лечения.

Также я даю согласие/ не даю согласие (нужное подчеркнуть) Оператору на использование персональных данных в целях информирования меня, с помощью средств телефонной связи, путем пересылки мне смс сообщений: о необходимости/ возможности пройти вакцинацию или диспансеризацию, о здоровом образе жизни, факторах риска развития хронических неинфекционных заболеваний и мерах их профилактики, по телефону: _____.

Настоящее согласие дано мной «__» _____ 20__ г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора (109544, г. Москва, ул. Школьная, д. 49), по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Субъект персональных данных _____ / _____ /

подпись

Ф.И.О.

Оператор _____ / _____ /

должность

подпись

Ф.И.О.

Форма

**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**

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

“ _____ ” _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (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 (ненужное зачеркнуть) в

_____ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)

“ _____ ” _____ г.
(дата оформления)

Приложение № 3
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20.12.2012 № 1177н

Форма

**Отказ от видов 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, _____
(Ф.И.О. гражданина)

“ _____ ” _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в

_____ (полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от следующих видов 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, 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 – виды медицинских вмешательств):

_____ (наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)

“ _____ ” _____ г.

_____ (дата оформления)

**ПЕРЕЧЕНЬ
ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ,
НА КОТОРЫЕ ГРАЖДАНЕ ДАЮТ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ
СОГЛАСИЕ ПРИ ВЫБОРЕ ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрягая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.



**ПЕРЕЧЕНЬ
ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ,
НА КОТОРЫЕ ГРАЖДАНЕ ДАЮТ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ
СОГЛАСИЕ ПРИ ВЫБОРЕ ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрягая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.