



УТВЕРЖДЕНО

Приказом Директора - главного врача
филиала ООО «МЕДИС» в г. Ухте

Звонилов Н.В.
г. Ухта
05 декабря 2018 г.



ПОЛОЖЕНИЕ

о платных медицинских услугах, предоставляемых
филиалом ООО «МЕДИС» в г. Ухте

1. Общие положения

1.1. Настоящее Положение о платных медицинских услугах, предоставляемых филиалом ООО «МЕДИС» в г. Ухте (далее по тексту – Положение) разработано на основании:

- Гражданского кодекса Российской Федерации;
- Налогового кодекса Российской Федерации;
- Федерального закона РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей»;
- Постановления Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»;
- Положения о платных медицинских услугах, предоставляемых обществом с ограниченной ответственностью «Институт управления медицинскими рисками и оптимизации страхования (ООО «МЕДИС»)), утвержденного приказом Генерального директора ООО «МЕДИС» №05/1-од от 17.01.2013г.

1.2. Настоящее Положение определяет порядок и условия предоставления филиалом ООО «МЕДИС» в г. Ухте платных медицинских услуг и является обязательным для исполнения всеми медицинскими структурными подразделениями филиала, имеющими соответствующую лицензию на осуществление медицинской деятельности.

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 филиалом ООО «МЕДИС» в г. Ухте осуществляется в рамках 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 Российской Федерации.

Оказание платных медицинских услуг осуществляется в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, консультаций 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 филиалом ООО «МЕДИС» в г. Ухте платных медицинских услуг

должно соответствовать условиям заключенного договора с Потребителем (заказчиком), а при отсутствии в договоре условий об их качестве – требованиям, предъявляемым действующим законодательством РФ к услугам соответствующего вида.

Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя или законного представителя Потребителя, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан. Форма информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств определена Приложением №1 к настоящему Положению.

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

Посредством размещения на информационном стенде (стойке) и интернет ресурса: www.medis-ins.ru в разделе филиала ООО «МЕДИС» в г.Ухте предоставляет достоверную, доступную и бесплатную информацию, включающую в себя следующие сведения:

- наименование и фирменное наименование ООО «МЕДИС»;
- адрес места нахождения, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об ООО «МЕДИС» в ЕГРЮЛ, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;
- адрес места нахождения филиала ООО «МЕДИС» в г. Ухте;
- 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 медицинского структурного подразделения филиала ООО «МЕДИС» в г. Ухте, в котором оказываются платные медицинские услуги, график работы медицинских сотрудников;
- адрес и телефоны органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан.

Информация, размещенная на информационном стенде (стойке) и в интернет ресурсе: www.medis-ins.ru в разделе филиала ООО «МЕДИС» в г.Ухте, должна быть доступна неограниченному кругу лиц в течение всего рабочего времени. Информационный стенд (стойка) располагаются в доступном для посетителей месте и оформляются таким образом, чтобы можно было свободно ознакомиться с размещенной на них информацией.

2.2.2. Режим работы сотрудников медицинского структурного подразделения филиала ООО «МЕДИС» в г. Ухте, оказывающих платные медицинские услуги.

Оказание платных медицинских услуг сотрудниками *медицинского структурного подразделения филиала ООО «МЕДИС» в г. Ухте* 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 ООО «МЕДИС» (далее по тексту - Исполнитель): 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 структурное медицинское подразделение филиала ООО «МЕДИС» в г. Ухте;
- 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.

Форма типового договора на оказание платных медицинских услуг определена Приложением №2 к настоящему Положению.

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 директором филиала ООО «МЕДИС» в установленном порядке.

Цены на платные медицинские услуги определяются ООО «МЕДИС» самостоятельно.

Оплата услуг осуществляется непосредственно в медицинском структурном подразделении ООО «МЕДИС» в г. Ухте с применением контрольно-кассовых аппаратов (кассовый чек), либо безналичными платежами.

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

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

2.2.5. Права и обязанности Исполнителя и пациентов (Потребителей).

Права и обязанности Исполнителя и пациентов (Потребителей) устанавливаются в соответствии с действующим законодательством РФ. Претензии и споры, возникшие между Потребителем и Исполнителем, разрешаются по соглашению сторон или в судебном порядке в соответствии с законодательством РФ.

2.2.6. Ответственность Исполнителя.

Ответственность Исполнителя 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 качества оказания платных медицинских услуг.

Контроль организации работы и качества оказания Исполнителем 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.

Приложения

1. Форма информированного добровольного согласия на виды медицинского вмешательства на 1 листе.
2. Форма типового Договора на оказание платных медицинских услуг, с приложениями к Договору на 6 листах.

**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)

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 № УХТ-000**

г. Ухта

«___» _____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «ИНСТИТУТ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ РИСКАМИ И ОПТИМИЗАЦИИ СТРАХОВАНИЯ» (ООО «МЕДИС»), в лице

Директора филиала ООО "МЕДИС" в г. Ухта Звониловой Надежды Владимировны

действующего на основании Доверенности номер 8 от 01.01.2019, именуемый в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и Гражданин (ка) РФ _____

именуемый (-ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, совместно далее именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор на оказании 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 серии ЛО-11 номер ЛО-11-01-002097 от 17.10.2018 г., выданной Министерством здравоохранения Республики Коми, и на условиях настоящего Договора, а Пациент оплачивает предоставляемые медицинские услуги 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, копия которой является неотъемлемой частью настоящего Договора (Приложение № 1 к настоящему Договору) и 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:

РОССИЯ, 169347, Коми Респ, Ухта г, Ярега пгт, Космонавтов ул, дом №12

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: **+7 (8216) 78-92-09**

2.4. ПМУ 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 0 час., до назначенного времени, предупредить Исполнителя, через регистратуру, о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения услуги;

3.3.6. по окончании действия настоящего Договора, после оказания медицинских 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;

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;

6.4. 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:

РОССИЯ, 115035, Москва г, Кадашевская наб, дом № 30, этаж 1, ч.к. 30

Почтовый адрес:

РОССИЯ, 115035, Москва г, Кадашевская наб, дом № 30, этаж 1, ч.к. 30

ОГРН 1027739106482

ИНН/КПП 7709239289/770601001

Банковские реквизиты:

р/с 40702810100020106593

в ПАО СБЕРБАНК

БИК 044525225

к/с 30101810400000000225

Адрес филиала:

РОССИЯ, 169347, Коми Респ, Ухта г, Ярега пгт, Космонавтов ул, дом № 12

Директор филиала

Филиал ООО «МЕДИС» в г. Ухта

Пациент:

.....(Ф.И.О).....

Документ, удостоверяющий личность:

.....
(тип документа, удостоверяющего личность)

Серия: _____ Номер: _____

Выдан _____

Дата выдачи _____, код подразделения _____

Адрес места жительства:

Телефон: _____

/Звонилова Н.В./

подпись

**ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ
УСЛУГ**

Приложение № 001
Договору на оказание платных медицинских услуг
№ от

№№	Наименование услуги	Кол-во	Стоимость (руб.)	Общая стоимость (руб.)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
ИТОГО, руб.:				

Подписи Сторон:

Исполнитель:

Пациент:

_____ /Звонилова Н.В./
(подпись)

_____ / _____ /
(подпись)

АКТ
выполненных работ (оказанных услуг)
по Договору на оказание платных медицинских услуг № УХТ-000 /А001 от «__» _____

г. Ухта

«__» _____ 20__

Общество с ограниченной ответственностью «ИНСТИТУТ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ РИСКАМИ И ОПТИМИЗАЦИИ СТРАХОВАНИЯ» (ООО «МЕДИС»), в лице

Директора филиала ООО "МЕДИС" в г. Ухта Звониловой Надежды Владимировны
действующего на основании Доверенности номер 8 от 01.01.2019, именуемый в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и
Гражданин (ка) РФ _____

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

1. Исполнитель оказал Пациенту следующие медицинские услуги:

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

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

2. Стоимость оказанных Исполнителем медицинских услуг составила: _____
(сумма прописью)

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:

_____/Звонилова Н.В./
(подпись)

_____/_____
(подпись)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Г

г. Ухта

« _____ » _____ 20 _____

Я _____, _____ года рождения,
(ФИО)

_____ серия _____ № _____ выдан
(тип документа, удостоверяющего личность) (серия документа) (номер документа)

_____ дата выдачи: _____
(наименование органа, выдавшего документ)

проживающий (ая) по адресу: _____
(адрес по месту регистрации)

настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг по Договору

№ _____ « _____ » _____ 20 _____ года.

Мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи в объемах и 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: _____
(подпись)

Расписался в моем присутствии:

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