

## ДОГОВОР на оказание платных медицинских услуг № (№\_карточки\_пациента)

г. Кемерово

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Норма» (ООО «Норма»), ОГРН 1187847022967 дата регистрации 02.02.2018, наименование регистрирующего органа: Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы №15 по Санкт-Петербургу, лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01161-42/00351592 от 10.02.2022, выдана Министерством здравоохранения Кузбасса (650064, Кемеровская область, г. Кемерово, пр. Советский, 58 тел. 7(3842) 36-42-84), именуемое в дальнейшем «ИСПОЛНИТЕЛЬ», в лице генерального директора Байраковой Юлии Вячеславовны, действующего на основании Устава, с одной стороны и гражданин(ка) «фио Заказчика», именуемый в дальнейшем Заказчик (законный представитель), а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор на оказание платных медицинских услуг (далее - Договор) о нижеследующем:

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему Договору Исполнитель оказывает Потребителю медицинские услуги по своему профилю деятельности в соответствии с выданной лицензией согласно Прейскуранту на платные медицинские услуги (далее - Прейскурант), утвержденным в установленном порядке, а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги.

1.2. Получателем медицинской услуги в соответствии с настоящим Договором является Потребитель.

1.3. Медицинские услуги предоставляются в соответствии с порядками медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

1.4. Медицинские услуги предоставляются в следующих объемах:

- в полном объеме стандарта медицинской помощи;

- по просьбе Заказчика в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

1.5. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, перечень которых будет являться Приложением №2 к настоящему Договору.

1.6. Перечень медицинских услуг, оказываемых Заказчику в соответствии с настоящим Договором, определяется в Приложении № 1, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.7. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель ознакомил его с:

- порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, применяемыми при предоставлении платных медицинских услуг;

- информацией о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

- информацией о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи

- ознакомил его с действующим в медицинской организации Прейскурантом на платные медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке.

1.8. Подписав настоящий Договор, Потребитель подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

Срок предоставления медицинских услуг осуществляется периодом на один год с «текущая дата»

1.9. В случае изменения срока и видов оказания медицинских услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.

### 2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН И УЧАСТНИКОВ ДОГОВОРА

2.1. «ИСПОЛНИТЕЛЬ» обязуется:

2.1.1. Оказать Заказчику платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых платных медицинских услуг, согласно Приложения № 1 к настоящему Договору.

2.1.2. Оказать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором, после внесения Заказчиком денежных средств, в порядке, определенном разделом 4 настоящего Договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату.

2.1.3. Предоставить Заказчику достоверную, доступную информацию о предоставляемых услугах.

2.1.4. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.

2.1.5. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством Российской Федерации порядке (амбулаторную карту и т.д.).

2.1.6. Предоставлять в доступной для понимания и восприятия Заказчика форме любые сведения о состоянии своего здоровья, данные промежуточных исследований;

2.1.7. Немедленно извещать Заказчика о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.1.8. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, предупредить об этом Заказчика. Не предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе без согласия Заказчика.

2.1.9. После оказания Услуг выдать Заказчику копии медицинских документов

2.1.10. По заявлению Заказчика составить смету на оказываемые услуги.

2.2. «ЗАКАЗЧИК» обязуется:

2.2.1. Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

2.2.2. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору.

2.2.3. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги по настоящему Договору.

2.2.4. При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику) о любых изменениях самочувствия.

2.2.5. Отказаться на весь период предоставления медицинских услуг по настоящему Договору, от употребления наркотиков и лекарств, их содержащих, психотропных препаратов, алкогольсодержащих напитков.

- 2.2.6. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Исполнителем (медицинским работником) употребление любых лекарственных препаратов, БАДов, лекарственных трав и т. д.
- 2.2.7. Соблюдать график приема медицинских работников, предоставляющих медицинские услуги по настоящему Договору.
- 2.2.7. Соблюдать внутренний режим пребывания в Медицинской организации, (Правила внутреннего распорядка для пациентов), лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

### **3. ЦЕНА И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ**

- 3.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Заказчику, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом, и указана в Приложении № 1 к настоящему Договору.
- 3.2. Стоимость платных медицинских услуг по настоящему Договору определяется по Прейскуранту, действующему на момент заключения настоящего Договора.
- 3.2.1. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора на предоставление дополнительных медицинских услуг, их стоимость определяется по Прейскуранту, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора.
- 3.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, стоимость услуг может быть изменена. Исполнителем с согласия Заказчика с учетом уточненного диагноза, путем подписания дополнительного соглашения, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора. Без согласия Заказчика, Исполнитель не имеет права предоставлять дополнительные платные медицинские услуги по настоящему Договору.
- 3.4. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется до начала их оказания Заказчиком путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет Медицинской организации в размере 100 % от суммы договора, или путем внесения денежных средств Заказчиком в кассу Исполнителя в размере 100% предоплаты, с выдачей Заказчику контрольно-кассового чека, квитанции или иного бланка строгой отчетности, подтверждающих произведенную оплату медицинских услуг.
- 3.5. Возврат денежных средств Заказчику производится в соответствии с кассовой дисциплиной Исполнителя:  
-в случае отказа Заказчика от услуги при условии, если услуга уже оплачена;  
-в случае возникновения форс-мажорных обстоятельств, приведших к невозможности оказания услуги Исполнителем.

### **4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

- 4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.
- 4.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 4.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной и (или) недостоверной информации о своем здоровье.
- 4.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Потребителем и/или Заказчиком условий настоящего Договора.

### **5. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

- 5.1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.
- 5.2. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Заказчика после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Отказ Заказчика от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю. Исполнитель информирует Заказчика о расторжении настоящего Договора по инициативе Заказчика, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

### **6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

- 6.1. Настоящий Договор заключается в 3-х экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй у Заказчика, Потребителя.
- 6.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует до момента исполнения обязательств.
- 6.3. Споры и разногласия решаются путем переговоров между Сторонами.
- 6.5. После исполнения настоящего Договора Исполнителем выдаются Заказчику (законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг.

### **7. ПЕРЕЧЕНЬ РАБОТ (УСЛУГ), СОСТАВЛЯЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ В СООТВЕТСТВИИ С ЛИЦЕНЗИЕЙ**

#### **г. Кемерово, ул. Гагарина, д. 49, помещ. 67:**

- При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):  
при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:  
медицинскому массажу;  
сестринскому делу;  
функциональной диагностике;  
при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:  
педиатрии;  
терапии;  
при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по :  
терапии;  
при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:  
гастроэнтерологии;  
детской кардиологии;  
кардиологии;

мануальной терапии;  
неврологии;  
онкологии;  
пульмонологии;  
ревматологии;  
рефлексотерапии;  
травматологии и ортопедии;  
ультразвуковой диагностике;  
функциональной диагностике;  
эндокринологии

При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по:  
экспертизе временной нетрудоспособности.

**Приложения:**

№ 1 - Перечень оказываемых медицинских услуг

№ 2 - Согласие на обработку персональных данных

**8. АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

**ИСПОЛНИТЕЛЬ**

ООО «Норма»  
Юридический адрес:  
190103, г. Санкт-Петербург, набережная Реки  
Фонтанки, 150а-58  
Адрес структурного подразделения: г. Кемерово,  
Ул. Гагарина д. 49  
тел./факс: 8 (3842) 90-09-35  
ИНН/КПП 7839096987/783901001  
Банковские реквизиты:  
ФИЛИАЛ «ЦЕНТРАЛЬНЫЙ» БАНКА ВТБ (ПАО)  
БИК 044525411  
р/с 40702810225620001927  
к/с 30101810145250000411  
Генеральный директор  
\_\_\_\_\_ /Байракова Юлия Вячеславовна/

**ЗАКАЗЧИК**

ФИО пациента  
ФИО Заказчика  
Адрес Заказчика  
Документ пациента, удостоверяющий личность лица (гражданина РФ),  
не достигшего 14-летнего возраста:  
\_\_\_\_\_  
Телефон пациента  
Паспорт Заказчика: серия, номер, выдан (место выдачи),  
дата выдачи, код подразделения  
Заказчик (законный представитель)  
\_\_\_\_\_ / фио Заказчика /  
текущая\_дата

## Приложение 1

к договору на оказание платных медицинских услуг

\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_  
№\_карточки\_Заказчика                      дата\_создания\_карточки

### ПЕРЕЧЕНЬ ОКАЗЫВАЕМЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

В соответствии с настоящим Договором Исполнитель обязуется оказать Заказчику следующие платные медицинские услуги:

{список\_услуг\_(таблица\_с\_врачом,\_с\_ндс)\_за\_день}

Итого на

сумму: {сумма\_услуг\_за\_день\_физ.\_лицо} ( {сумма\_услуг\_(прописью)\_за\_день\_физ.\_лицо})

Главный врач

\_\_\_\_\_  
фио\_глав\_врача\_клиники

Потребитель (Заказчик)

\_\_\_\_\_  
/\_\_\_\_\_  
Фино/подпись

\_\_\_\_\_  
текущая\_дата

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, правоспособное и дееспособное физическое лицо, в соответствии Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», своей волей и в своем интересе настоящим подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных (персональных данных моего ребенка/иного лица, чьим законным представителем я являюсь), сведений о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии моего здоровья, диагнозе, других сведений, полученных при медицинском обследовании и лечении, и даю обществу с ограниченной ответственностью «НОРМА» (далее - Оператор) (ИНН 7839096987) добровольное согласие на обработку персональных данных и сведений, отнесенных к врачебной тайне (далее совместно, «персональные данные»).

Я подтверждаю свое согласие с тем, что обработка моих персональных данных и сведений, отнесенных к врачебной тайне, осуществляется в целях заключения, сопровождения и исполнения договора на оказание платных медицинских услуг, медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских (включая медицинскую помощь, оказываемую с применением телемедицинских технологий – далее, «телемедицинские услуги») и медико-социальных услуг, оказания, ведения учета и систематизации оказанных услуг.

Я даю согласие на обработку следующих персональных данных: Ф.И.О., пол и дата рождения, адрес места жительства, паспортные данные, семейное положение, состав семьи, социальное положение, образование, профессия, место работы, контактный(е) телефон(ы), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), в том числе даю согласие на обработку специальной категории персональных данных (данные о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении) — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских, включая телемедицинские, услуг.

В целях улучшения качества обслуживания, проведения статистических исследований и маркетинговых программ, настоящим также даю свое согласие на получение информации об услугах ООО «НОРМА» в виде sms-сообщений, по e-mail (электронной почте), push-уведомлений и телефону на указанный мною ниже номер телефона и адрес электронной почты. Я уведомлен о том, что я вправе в любое время отозвать свое согласие на получение указанной информации путем направления электронного письма на адрес: clinic@normocard.ru.

Я подтверждаю, что указанный мной номер мобильного телефона в настоящем согласии, является достоверным и принадлежит мне на основании договора об оказании услуг связи (абонента) и/или имею законное право давать согласие в отношении указанного номера мобильного телефона, а адрес электронной почты – зарегистрирован на мое имя и принадлежит мне (используется мной).

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых Оператором способов обработки:

- 1) получение, ввод, сбор, систематизация, предоставление, накопление персональных данных Оператором, а также у третьих лиц;
- 2) хранение, удаление персональных данных (в электронном виде и на бумажном носителе);
- 3) уточнение (обновление, изменение, изучение, анализ) персональных данных;
- 4) использование персональных данных в связи с оказываемыми услугами;
- 5) передача персональных данных субъекта в порядке, предусмотренном законодательством РФ, по внутренней сети ООО «НОРМА», а также по защищенным каналам связи иным лицам, осуществляющим обработку персональных данных по поручению Оператора, если обработка будет поручена таким лицам, включая трансграничную, если пользование телемедицинскими услугами осуществляется за пределами территории РФ.
- 6) уничтожение.

Оператор также вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов). Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договорам страхования на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями.

Настоящее согласие действует в течение 25 (двадцати пяти) лет с даты его выдачи и может быть отозвано путем подачи мною соответствующего письменного заявления в ООО «НОРМА» по адресу: 650004, г. Кемерово, ул. Гагарина, д. 49, помещ. 67.

Я уведомлен о том, что я вправе в любое время отозвать свое согласие на обработку персональных данных путем подачи письменного заявления Оператору в порядке, указанном выше, а также получить доступ к своим персональным данным при личном обращении к Оператору на основании письменного запроса.

Я подтверждаю, что ознакомлен со следующими своими правами:

- 1) на получение сведений об Операторе, о месте его нахождения, о наличии у Оператора персональных данных, относящихся к моим персональным данным, а также на ознакомление с такими персональными данными;
- 2) требовать от Оператора уточнения своих персональных данных, их блокирования или уничтожения в случае, если персональные данные являются неполными, устаревшими, неточными, незаконно полученными или не являются необходимыми для заявленной цели обработки, а также принимать предусмотренные законом меры по защите своих прав;
- 3) на получение при обращении к Оператору с запросом информации, касающейся обработки своих персональных данных.

Я ознакомлен с тем, что имею право на получение при обращении с письменным запросом информации, касающейся обработки персональных данных, в том числе содержащей:

- 1) подтверждение факта обработки персональных данных Оператором, а также цель обработки;
- 2) способы обработки персональных данных, применяемые Оператором;
- 3) сведения о лицах, которые имеют доступ к персональным данным или которым может быть предоставлен такой доступ;

- 4) перечень обрабатываемых персональных данных и источник их получения;
- 5) сроки обработки персональных данных, в том числе сроки их хранения;
- 6) сведения о том, какие последствия может повлечь за собой обработка персональных данных.

**ПОТРЕБИТЕЛЬ (ЗАКАЗЧИК)**

ФИО: \_\_\_\_\_

ФИО Потребителя (Заказчика)

Адрес: \_\_\_\_\_

адрес пациента

Телефон: \_\_\_\_\_

моб телефон Потребителя (Заказчика) / дом телефон Потребителя (Заказчика)

Паспорт Потребителя (Заказчика) \_\_\_\_\_

Серия, номер, выдан (место выдачи, дата выдачи), (код подразделения)

Потребитель (Заказчик)

\_\_\_\_\_ / фио /

\_\_\_\_\_

(текущая дата)