

**Договор об оказании платных медицинских услуг № Б/Н**

г. Красноярск

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Общество с ограниченной ответственностью «ИКС 5», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», действующее на основании устава, в лице Генерального директора Родигиной Ольги Викторовны с одной стороны, и

\_\_\_\_\_  
*ФИО (пациента или законного представителя)*

в дальнейшем именуемый(-ая) «Потребитель» в случае непосредственного получения медицинской помощи (услуг) по настоящему договору, или «Заказчик» («Законный представитель») в случае заключения договора в интересах третьего лица («Потребителя»), при несовпадении «Заказчика» и «Потребителя» в одном лице, с другой стороны, заключили настоящий Договор на возмездное оказания медицинской помощи (услуг) (далее – Договор) о нижеследующем:

**1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Исполнитель принимает на себя обязательства оказать Потребителю платную медицинскую помощь (услуги), направленную на диагностику имеющегося у Потребителя заболевания(-ий), состояния(-ий) и иные услуги, в соответствии с направлением, выданным лечащим врачом Потребителя, согласно Прайс-листу, а Потребитель обязуется оплатить такие услуги на условиях и в порядке, предусмотренных данным Договором.

1.2. Услуги оказываются исходя из перечня услуг, составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией: оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по рентгенологии; оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по рентгенологии.

1.3. Платная медицинская помощь (услуги) предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (Заказчика), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

1.4. Настоящий договор охватывает оказание платных медицинских услуг непосредственно Заказчику или третьему лицу (потребителю) при несовпадении в одном лице Заказчика и Потребителя.

**2. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГИ (медицинской помощи)**

2.1. Стоимость медицинских услуг (помощи) по договору указывается в Прайс-листе, действующем на дату оказания услуги по соответствующему виду исследования.

2.2. Оплата вносится Потребителем или Плательщиком наличными или безналичным методом на счет Исполнителя.

2.3. Договор считается исполненным надлежащим образом после оплаты Потребителем медицинской услуги и выдачи на руки Потребителю результатов медицинской услуги. Результаты оказанной медицинской услуги предоставляются Потребителю на руки на бумажном носителе/либо путем направления файла на указанную Потребителем электронную почту/либо при оплате стоимости носителя на электронном носителе (CD/DVD, карта памяти), порядок выдачи результатов по каждой услуге предусмотрен в Прайс-листе Исполнителя.

**3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

3.1. Исполнитель обязан:

- оказывать услугу в соответствии с направлением, выданным лечащим врачом Потребителя;
- дать бесплатную консультацию врачу Потребителя по применению программного обеспечения для изучения результатов медицинских услуг по телефону или непосредственно в Рентгенодиагностическом центре Исполнителя по предварительному согласованию даты консультации с сотрудником Исполнителя;
- хранить результаты исследования в течении одного года.

3.2. Исполнитель имеет право:

- не оказывать медицинские услуги Потребителю, находящемуся в алкогольном и/или наркотическом опьянении, а также в случае отсутствия у Потребителя (Заказчика) документа, удостоверяющего его личность.

3.3. Исполнителю запрещается давать рекомендации по дальнейшему прохождению лечения Потребителя.

3.4. Потребитель обязан:

- оригинал направления оставить Исполнителю;
- соблюдать правила и требования техники безопасности, действующие у Исполнителя при оказании услуг;
- содействовать надлежащему исполнению договора и качественному оказанию ему медицинских услуг;
- информировать Исполнителя до начала оказания медицинской помощи (услуги) о перенесенных и сопутствующих заболеваниях, осложнениях и известных ему противопоказаниях, наличии аллергических реакций, установленных имплантатах, кардиостимуляторе, стентах, металлических протезов и иных инородных телах внутри своего организма, о наличии психических заболеваний (шизофрения, панические атаки и пр.), иных заболеваний, препятствующих проведению обследования (эпилепсия и пр.);
- оплатить услуги Исполнителя в сроки и в порядке, предусмотренными настоящим договором и Прайс-листом.

3.5. Потребитель имеет право:

- на получение результата оказанной медицинской услуги на бумажном носителе и/или в виде выдачи на руки CD/DVD, карты памяти, в зависимости от вида исследования;
- на получение копии информации об оказанной медицинской услуге, путем записи на новый материальный носитель, приобретенный за свой счет;
- запрещать, либо давать свое согласие и определять лиц, которым в его интересах могут быть переданы сведения Потребителя о результатах оказанной ему медицинской услуги. При этом такое согласие оформляется в письменном виде отдельным документом.

**4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

4.1. Стороны отвечают за неисполнение или ненадлежащее исполнение взятых на себя обязательств в соответствии с действующим законодательством.

4.2. До обращения в суд по поводу качества оказанных Пациенту медицинских услуг, Стороны могут проводить независимую экспертизу на предмет качества оказанных медицинских услуг, с обязательным уведомлением друг друга о месте, дате и времени проведения такой независимой экспертизы.

**5. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

5.1. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один – для Исполнителя, другой – для Потребителя (Заказчика).

5.2. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до момента исполнения Сторонами своих обязательств.

5.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считается действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон.

5.4. В соответствии со ст. 160 ГК РФ стороны признают равную юридическую силу и собственноручной подписи и факсимильного воспроизведения подписи с помощью средств механического или иного копирования подписи Родигиной О.В., действующей в интересах ООО «ИКС 5», поставленную в Договоре.

**6. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

Исполнитель	Потребитель
ООО «ИКС 5» 660049 г. Красноярск, ул. Капитанская, д. 16-49 ИНН/КПП: 2464159073/246401001 ОГРН: 1222400015903 Р/с: 40702810701500135553 Филиал Точка ПАО Банка «Финансовая Корпорация Открытие» К/с: 30101810845250000999 БИК: 044525999 Контактный телефон: +79135820705	ФИО: _____ Адрес эл.почты: _____ Паспортные данные: _____
Генеральный директор / Родигина О.В.	Подпись: _____

Рекомендаций от сотрудников Исполнителя о прерогативе дальнейшего прохождения лечения не у лечащего врача, а у других специалистов (врачи, которые работают в других медицинских организациях или в той же медицинской организации), в том же и в других медицинских организациях, не получал. Исполнитель информирует Потребителя, что диагноз не может быть установлен только на основании результатов оказанной медицинской услуги (результатов рентгенологических исследований), а результаты рентгенологических исследований не являются диагнозом. Окончательный диагноз устанавливается лечащим врачом Потребителя на основании данных лабораторно-инструментальных, рентгенологических и иных исследований.

Подпись Потребителя: \_\_\_\_\_ Расшифровка подписи: \_\_\_\_\_

**Общество с ограниченной ответственностью «ИКС 5»**

г. Красноярск, ул. Капитанская д.16-49 ИНН 2464159073 ОГРН 1222400015903

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

**Дата рождения:** \_\_\_\_\_

**Проживающий по адресу:** \_\_\_\_\_

**Паспорт: серия и номер** \_\_\_\_\_

**Кем выдан:** \_\_\_\_\_

**Дата выдачи:** \_\_\_\_\_

**Телефон:** \_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями Ст. 9 ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в ООО «ИКС 5» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о результатах исследований, о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне платных медицинских услуг я предоставляю право оператору, передавать вышеперечисленные персональные данные, в медицинскую организацию, по направлению которой я обратился за предоставлением платных услуг. Передача вышеперечисленных персональных данных производится посредством направления результатов исследования на электронный адрес (либо иной информационный ресурс), указанный в направлении на исследование.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор 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) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС, (по договору ДМС, по договору с медицинскими организациями) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией [и территориальным фондом ОМС] с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных и согласия на обработку действуют до его отзыва. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора 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.

Дата: «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_

## Информированное добровольное согласие на проведение рентгенологического исследования

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии с ФЗ № 323 от 21 ноября 2011 года

г. Красноярск

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г

1. Я \_\_\_\_\_

(Фамилия, имя, отчество пациента)/

ФИО пациента, не достигшего 15 лет (лица, признанного недееспособным), или несовершеннолетнего больного наркоманией, не достигшего возраста 16 лет)

и ФИО его законного представителя (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель), дата и год рождения

(пациента) \_\_\_\_\_, получил (а)

все необходимые разъяснения о целях и характере рентгенологического исследования.

2. Я информирован(а) о характере предстоящего исследования, мне разъяснено, что исследование будет проводится с использованием рентгенологического оборудования с ионизирующим типом облучения.

3. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение рентгенологического исследования.

Цель рентгенологического исследования: медико-профилактические, установление медицинского диагноза, оказание медицинских и медико-социальных услуг.

4. Мне разъяснены порядок и содержание диагностического исследования.

5. Я разрешаю врачам использовать информацию о моем здоровье для научных и образовательных целей при условии анонимности.

6. Я даю согласие на предоставление сведений о результатах рентгенологического исследования моему лечащему врачу.

7. Я осведомлен (а) о возможных рисках проведения рентгенологического исследования ООО «ИКС 5» в случае, если не сообщу о наличии нижеперечисленных противопоказаний: беременность, выполнение других рентгенологических исследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная использованием источников ионизирующего излучения.

8. Я ставлю в известность, что не страдаю психологическими и неврологическими расстройствами (ни эпилепсией, ни клаустрофобией и т.д.).

9. Мне сообщена информация о полученной дозе облучения и мерах, которые необходимы, соблюдать, чтобы исключить негативные последствия, и осложнения при проведении рентгенологического исследования.

10. Мне были разъяснены возможные исходы и альтернативы предложенного рентгенологического исследования.

11. Я подтверждаю, что внимательно ознакомился (лась) и все понял (а) по данному документу, имеющему юридическую силу. На все заданные вопросы я получил (а) удовлетворяющие меня ответы.

12. Я подтверждаю, с Договором предоставления медицинских услуг ООО «ИКС 5» на проведение рентгенологического исследования, заключенного в моих интересах ознакомлен, с условиями согласен, положение об отсутствии ответственности Исполнителя за возможные осложнения и нежелательные последствия для здоровья Пациента, наступившие в результате предоставления Пациентом Исполнителю (Лечащему врачу) неполной и/или недостоверной информации о состоянии своего здоровья, пункты Договора мне разъяснены и понятны, правила оказания услуг Исполнителем доведены.

13. Прошу направить результаты моего рентгеновского исследования на электронный адрес (мой/врача) (Я подтверждаю получение со стороны ООО «ИКС 5» разъяснений, что данные передаются по незащищенным каналам связи и это может привести к несанкционированному доступу к моим персональным данным третьих

лиц): \_\_\_\_\_

( эл.почта, подпись)

\_\_\_\_\_  
**Ф.И.О. пациента /законного представителя (полностью собственноручно)**

\_\_\_\_\_  
**Ф.И.О. сотрудника**