

ДОГОВОР №

на оказание платных медицинских услуг

г. Северодвинск

_____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Оптик-Центр» (Свидетельство серия 29 № 000665899 от 16.07.2003 г., выданное Межрайонной ИФНС России № 9 по Архангельской области и НАО, лицензия № ЛО41–01152–29/00380813 от 25.09.2015 г. выданная Министерством здравоохранения Архангельской области на осуществление медицинской деятельности (оказание услуг по первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по офтальмологии), в лице директора Волбушко Сергея Владимировича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель» с одной стороны, и гражданин (ка) _____, проживающий (ая) по адресу: _____

документ, удостоверяющий личность: _____,

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель берет на себя обязательство оказать Пациенту следующие медицинские услуги:

♦ _____
(далее - Услуги), отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Пациент обязуется оплатить их в порядке и размере, установленных настоящим Договором.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Пациент обязуется:

- 2.1.1. Оплатить медицинские услуги в размере и порядке, указанным в п. 3 настоящего Договора;
- 2.1.2. Сообщить врачу полные сведения о своем здоровье (анамнез);
- 2.1.3. Выполнять все указания врача при выполнении Исполнителем медицинских услуг;
- 2.1.4. Соблюдать график приема врачей-специалистов;
- 2.1.5. Выполнять назначения и рекомендации, данные Исполнителем;
- 2.1.6. Подписать в соответствии с законодательством Информированное согласие (Приложение № 2) договора.

2.2. Пациент имеет право:

- 2.2.1. Требовать от Исполнителя предоставления сведений о наличии лицензии и сертификата, расчета стоимости оказываемых услуг;
- 2.2.2. Получать от Исполнителя информацию о предоставляемых медицинских услугах в соответствии с законами и иными нормативными актами;
- 2.2.3. Получать медицинские услуги, соответствующие обязательным требованиям медицинских стандартов и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи;
- 2.2.4. Отказаться от получения Услуги (до момента начала ее оказания) и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания Услуги. При нарушении сроков оказания Услуги или выявлении недостатков оказанной Услуги потребовать возврата или частичного возврата денег. (гл III Закона РФ от 07.02.1992г №2300-I «О защите прав потребителей»).
- 2.2.5. Получать медицинские документы (их копии) или выписки из них. При подаче заявления, а также при личном получении медицинских документов необходимо предъявить документ, удостоверяющий личность пациента. Выдача медицинских документов (их копий) и выписок из них осуществляется лично пациенту или его законному представителю и может предоставляться без согласия гражданина только по основаниям, предусмотренным законодательством РФ, третьим лицам в установленном законодательством РФ порядке. Срок выдачи документов составляет 5 рабочих дней.

2.3. Исполнитель обязуется:

- 2.3.1. Оказать качественные медицинские услуги в соответствии с установленными медицинскими технологиями в день осуществления оплаты
- 2.3.2. Использовать в процессе лечения только лицензированные, запатентованные способы, рекомендованные российской и общемировой медицинской практикой;
- 2.3.3. В случае невыполнения взятых обязательств возместить Пациенту стоимость лечения.
- 2.3.4. Обеспечить Пациента информацией, согласно законодательства РФ. Предоставить Пациенту сведения о характере оказываемых медицинских услуг, в том числе о возможных неблагоприятных последствиях, о требованиях обеспечивающих качественное оказание медицинских услуг, а также о возможных последствиях несоблюдения данных требований, об обстоятельствах зависящих от Пациента которые могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги.

2.4. Исполнитель имеет право:

- 2.4.1. В одностороннем порядке прекратить или приостановить выполнение своих обязательств по настоящему Договору в случае выявления противопоказаний или при неисполнении Пациентом требований врача и условий настоящего договора;
- 2.4.2. В случае возникновения неотложных состояний Исполнитель имеет право самостоятельно определять объем исследований и оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных настоящим Договором.

3. Цена и порядок оплаты услуг

3.1. Стоимость Услуги устанавливается действующим Прейскурантом цен на медицинские услуги (далее — Прейскурант), утвержденным в установленном порядке, размещенным на информационных стендах в салонах "Мода-оптик" и на официальном сайте медицинской организации <https://moda-optic.ru/>, и составляет: _____ (_____) рублей 00 копеек), НДС не облагается на основании положений п.1 ст. 145 НК РФ.

3.2. Оплата Услуг осуществляется Пациентом в порядке 100-процентной предоплаты до получения Услуги путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя.

3.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Пациента с учетом уточненного диагноза, данные изменения к Договору должны быть произведены в простой письменной форме и подписаны обеими сторонами Договора.

4. Ответственность сторон

4.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязанностей по договору Исполнитель несет ответственность в размере реального ущерба, причиненного Пациенту таким неисполнением.

4.2. В случае причинения вреда здоровью или жизни Пациента по вине Исполнителя он несет ответственность в соответствии с законодательством

4.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора.

4.4. Пациент предупрежден, что он несет ответственность за несоблюдение рекомендаций врача-офтальмолога и оптометриста, а также правил адаптации к средствам коррекции, которое может привести к ухудшению здоровья, снижению эффективности оказанных медицинских услуг и затягиванию сроков лечения.

5. Прочие условия

- 5.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, стороны будут по возможности решать путем ведения переговоров. При невозможности достижения согласия спор подлежит передаче на рассмотрение суда в соответствии с законодательством РФ.
- 5.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами.
- 5.3. Настоящий Договор признается заключенным с момента оплаты его Пациентом.
- 5.4. Сроком окончания Договора признается время окончания оказания медицинской услуги.
- 5.5. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе любой из сторон с обязательным предварительным уведомлением другой стороны.
- 5.6. Подписывая настоящий Договор, Пациент подтверждает, что ознакомился с Прейскурантом, с наименованием предоставляемых услуг и их стоимостью.
- 5.7. Исполнитель имеет право вносить изменения в Прейскурант, информируя об этом Пациента путем размещения новой редакции на сайте Исполнителя и на информационных стендах в салонах "Мода-оптик".
- 5.8. Настоящий договор составлен в количестве экземпляров, соответствующем количеству сторон, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

6. Адреса и реквизиты сторон

Исполнитель

Общество с ограниченной ответственностью «Оптик-Центр»
164500, г. Северодвинск, ул. Ломоносова, д. 73
office@moda-optic.ru
телефон/факс (8 8184) 52-96-33
ИНН 2902045814 КПП 290201001
ОГРН 1032901007853
ОКВЭД 86.22
Р/счет 40702810204000000113
Архангельское отделение № 8637 ОАО «Сбербанк России»
Кор/счет 301018110100000000601
БИК 041117601
Директор ООО «Оптик-Центр»
_____ С.В. Волбушко

М.П.

Пациент

Ф.И.О.:
Дата рождения:
СНИЛС:
Адрес проживания:
Документ, удостоверяющий личность:

Пациент (Законный представитель пациента) при подписании настоящего договора ознакомлен с перечнем предоставляемых услуг, лицензией, стоимостью и порядком их предоставления, уведомлен о профессиональном образовании и квалификации медицинского работника, а также о том, что после оказания медицинской услуги для него могут наступить возможные негативные последствия (возможные осложнения, дискомфорт во время и после лечения и пр.). Пациент также информирован о возможности получения медицинских услуг, являющихся предметом настоящего договора, бесплатно, при наличии показаний - в учреждении здравоохранения по месту жительства

Приложение № 2
к договору оказания

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ (ИДС) ПАЦИЕНТА

Я, Пациент, в рамках договора об оказании платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в ООО «Оптик-Центр», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

- ♦ Я, получив полную информацию о местонахождении учреждения (его гос. регистрации), режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах, о квалификации и сертификации специалистов, даю согласие на оказание мне услуг и ответственен (а) за их оплату.
- ♦ Мне разъяснено и я осознал (а), что проводимое лечение (диагностика) мне не гарантирует положительный результат и я согласен (на) с тем, что используемая технология медицинской услуги не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ООО «Оптик-Центр» не несет ответственности за их возникновение.
- ♦ Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен (на) исполнять назначения и рекомендации врача ООО «Оптик-Центр».
- ♦ Я понимаю, что должен сообщить врачу обо всех имеющихся у меня и известных мне проблемах со здоровьем: аллергических реакциях и других.
- ♦ Я понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций, а также сокрытие информации о моем здоровье может способствовать некачественному оказанию медицинской услуги.
- ♦ Я утверждаю, что получил полную информацию о характере выбранной мной услуги: медицинской технологии ее оказания, особенностях взаимодействия с организмом, возможных результатах ее применения.

- Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 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), в том числе после смерти:
- ♦ Я ознакомлен(а) с положениями статей 29–32 Закона № 2300-1 «О защите прав потребителей», в том числе с правом на отказ от исполнения договора, правом на уменьшение цены при обнаружении недостатков, правом на составление твердой сметы по моему требованию. Я понимаю, что могу получить аналогичную медицинскую помощь бесплатно в рамках программы ОМС, о чем проинформирован(а) отдельно.

(ФИО (при наличии) гражданина, контактный телефон)

- ♦ Я ознакомлен со всеми пунктами настоящего документа и согласен с ними.
- ♦ Беседу провел: врач-офтальмолог / медицинский оптик-оптометрист:

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я,

паспорт серия _____ № _____ выдан « _____ » _____ г. _____,

(кем выдан)

зарегистрированный по адресу

даю ООО «Оптик-Центр» ОГРН 1032901007853, ИНН 2902045814), зарегистрированному по адресу: 164500 Архангельская обл., г. Северодвинск, ул. Ломоносова, д. 73 (далее – оператор) согласие на обработку своих персональных данных.

В лице представителя субъекта персональных данных (заполняется в случае получения согласия от представителя субъекта персональных данных)

,

паспорт серия _____ № _____ выдан « _____ » _____ г. _____,

проживающий по адресу

действующий от имени субъекта персональных данных на основании

(реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя)

Цель обработки персональных данных:

- оформление заказа на очки;
- сохранение результатов проверки зрения и параметров рецепта;
- заказ у поставщиков очковых, контактных линз по индивидуальному рецепту;
- изготовление (ремонт) очков;
- обеспечение гарантийных обязательств, обслуживания или возврата товара;
- информирование о готовности заказа;
- предоставление справок для налоговых вычетов;
- информирование о товарах и услугах оптики;

(указать иные цели при наличии)

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие:

- фамилия, имя, отчество;
- год, месяц, дата и место рождения;
- контактные номера телефонов;
- свидетельство о гражданстве (при необходимости);
- реквизиты документа, удостоверяющего личность;
- идентификационный номер налогоплательщика;
- адрес фактического места проживания и регистрации по месту жительства и (или) по месту пребывания;
- почтовый и электронный адреса.
- сведения о состоянии здоровья (наличие глазных патологий: катаракты, глаукомы, макулярной дегенерации и других заболеваний глаз; наследственная отягощенность по глазным заболеваниям; перенесенные глазные операции; травмы органа зрения; наличие общих хронических патологий: сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, артериальная гипертензия, заболевания сердечно-сосудистой системы; аллергологический анамнез; прием медикаментов);
- оптометрические данные и данные диагностических исследований (острота зрения, авторефрактометрия, тонометрия, биомикроскопия, результаты осмотра глазного дна).

(указать иные категории персональных данных, в случае их обработки)

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

Сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, обновление, исполнение, блокирование, уничтожение, обезличивание предоставляемых мной персональных данных.

Обработка вышеуказанных персональных данных будет осуществляться путем смешанной (автоматизированной и не автоматизированной) обработки персональных данных.

Наименование или фамилия, имя, отчество и адрес лица, осуществляющего обработку персональных данных по поручению оператора, если обработка будет поручена такому лицу: ИП Волбушко Сергей Владимирович, юридический адрес: 164502, Архангельская обл., г. Северодвинск, пр-кт Победы, д.80, кв.23.

Срок, в течение которого действует согласие субъекта персональных данных, а также способ его отзыва, если иное не установлено федеральным законом:

Настоящее согласие на обработку персональных данных действует в течение 50 (Пятидесяти) лет (то есть до окончания срока хранения медицинской карты) с момента его представления оператору и может быть отозвано мной в любое время путем подачи оператору заявления в простой письменной форме.

Персональные данные субъекта подлежат хранению в течение сроков, установленных законодательством Российской Федерации. Персональные данные уничтожаются: по достижению целей обработки персональных данных; при ликвидации или реорганизации оператора; на основании письменного обращения субъекта персональных данных с требованием о прекращении обработки его персональных данных (оператор прекратит обработку таких персональных данных в течение 3 (Трех) рабочих дней, о чем будет направлено письменное уведомление субъекту персональных данных в течение 10 (Десяти) рабочих дней.

_____ / _____ /

« _____ » _____ 20 _____ г.