**Приложение**

**к Правилам предоставления платных**

**медицинских услуг населению**

**в ООО «Медицинский центр «Мой доктор»**

**Договор на оказание платных медицинских услуг**

**г.Брянск Дата**

**Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «Мой доктор» (лицензия ЛО-32-01-001227 от 17.05.2016г. выдана бессрочно Департаментом здравоохранения Брянской области)**, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице генерального директора Кончиц Натальи Анатольевны, действующей на основании Устава, с одной стороны и гражданин(-ка) **…………………………………………………………………………**, именуемый(-ая) в дальнейшем **«Потребитель»**, с другой стороны, а вместе именуемые **«Стороны»**, по взаимному добровольному согласию, реализуя предоставленные действующим российским законодательством права, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.**

1.1. Исполнитель оказывает, а Потребитель принимает и оплачивает медицинские услуги в соответствии с ценами, указанными в Прейскуранте, действующем на момент оказания услуги, и порядком, установленным в разделе 3 настоящего Договора.

1.2. Утвержденный Прейскурант доступен для ознакомления на официальном сайте Исполнителя [www.mydoctor32.ru](http://www.mydoctor32.ru), а также на информационных стендах (стойках).

1.3. Услуги оказываются Исполнителем в течение всего срока действия настоящего Договора в часы работы медицинского центра, в соответствии с утвержденным расписанием и записью на прием специалистов, и доводятся до сведения Потребителя.

1.4. Информация о медицинской организации, об осуществляемой ею медицинской деятельности и о врачах, об уровне их образования и квалификации доступна для ознакомления на официальном сайте Исполнителя [www.mydoctor32.ru](http://www.mydoctor32.ru).

1.5. Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу: г. Брянск ул. Красноармейская, д. 100.

1.6. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи через регистратуру по телефону (4832) 30-03-03.

1.7. Платные медицинские услуги оказываются при наличии информированного добровольного согласия пациента или его законного представителя, данного в порядке, установленном законодательством.

**2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.**

2.1. **Исполнитель обязуется:**

2.1.1. предоставить Потребителю медицинские услуги в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного МЗ РФ, либо в виде отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.1.2. использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.

2.1.3. сообщать Потребителю по его требованию сведения о состоянии здоровья, о результатах обследования, диагнозе и прогнозе, методах лечения, их преимуществах и недостатках, связанных с ними рисках, прогнозе медицинского вмешательства.

2.1.4. обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию медицинских услуг силами собственных специалистов и/или сотрудников медицинских учреждений, имеющих с Исполнителем договорные отношения.

2.1.5. вести медицинскую документацию в установленном законом порядке.

2.1.6. предоставлять выписки и копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья Потребителя в порядке, установленном законодательством РФ.

2.1.7. предоставить по требованию Потребителя в устной или письменной форме информацию об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе, о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.2. **Исполнитель вправе:**

2.2.1. по согласованию с Потребителем перенести время оказания услуг.

2.2.2. отказать в оказании медицинских услуг, если Потребитель в момент оказания находится в алкогольном, наркотическом опьянении, а также в случае нарушения Потребителем или сопровождающими его лицами правил, установленных в медицинском центре.

2.2.3. в случае непредвиденного отсутствия назначенного врача, по согласованию с Потребителем, назначить ему другого специалиста.

2.2.4. в случае опоздания Потребителя более чем 15 (пятнадцать) минут по отношению к назначенному времени получения услуги, Исполнитель оставляет за собой право на перенос или отмену срока получения услуги.

2.2.5. при наличии показаний специалистов Исполнителя, при возникновении в ходе лечения осложнений предложить и организовать госпитализацию в специализированное медицинское учреждение.

2.3. **Потребитель обязуется:**

2.3.1. предоставить достоверную медицинскую и иную необходимую Исполнителю информацию, в том числе о наличии у него хронических заболеваний, о возможных аллергических реакциях его организма на лекарственные препараты, о принимаемых до начала лечения препаратах и перенесших заболеваниях, о наличии беременности, и постановке на учет по беременности, предоставив медицинскую документацию, подтверждающую указанную информацию.

2.3.2. строго выполнять все предписания и рекомендации, назначенные специалистами Исполнителя.

2.3.3. соблюдать правила поведения, режим работы и иные, установленные Исполнителем правила.

2.3.4. незамедлительно сообщать о любых отклонениях в состоянии своего здоровья, возникших до или после оказания услуг.

2.3.5. заблаговременно, не позднее, чем за 24 часа информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения медицинской услуги.

2.4. **Потребитель имеет право:**

2.4.1. 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, а также выбирать лиц, которым может быть передана информация о состоянии его здоровья. Для передачи информации третьим лицам Потребитель должен предоставить Исполнителю подлинник доверенности и заполнить заявление установленного образца.

2.4.2. перенести ранее назначенный ему срок оказания медицинской услуги на другое время, уведомив об этом Исполнителя не позднее, чем за 24 часа до ранее назначенного времени.

2.4.3. в порядке, установленном законодательством РФ, получить платную медицинскую услугу на анонимной основе, за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ. При этом в силу ст. 168 ГК РФ такой договор будет признан недействительным в случае возникновения конфликта по поводу качества медицинской помощи.

2.4.4. получить платную медицинскую услугу как на территории Исполнителя, так и на дому.

**3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

3.1. Оплата медицинских услуг производится Потребителем в полном объеме после оказания услуги. Оплата может производиться также до начала оказания услуги, если окончательно установлены объем и стоимость услуги. Оплата услуг Исполнителя производится Потребителем всеми способами, не запрещенными законодательством.

3.2. Оказанная Потребителю услуга может быть оплачена любым третьим лицом, в том числе юридическим лицом – работодателем Потребителя или за счет иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования, на основании перечней и стоимости медицинских услуг, установленных такими договорами.

3.3. Потребителю выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек или бланк строгой отчетности установленного образца).

3.3. В случае отказа Потребителя от услуги в ходе её оказания, ранее оплаченная стоимость возвращается Потребителю за вычетом фактически понесенных Исполнителем расходов.

3.4. Возврат денежных средств Потребителю производится по его письменному заявлению с указанием причин обращения за возвратом уплаченного, при предъявлении Потребителем паспорта и документа, подтверждающего оплату услуги Исполнителя.

3.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни, при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие услуги оказываются без взимания платы.

3.6. Без согласия Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные платные медицинские услуги.

**4. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

4.1. Потребитель в соответствии ФЗ №152 от 27.07.06 г. "О персональных данных", подтверждает свое согласие на обработку своих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), СНИЛС в ПФ РФ, данные о состоянии своего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, 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.

4.2.Потребитель предоставляет право осуществлять все действия (операции), совершаемые с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Заказчик вправе обрабатывать персональные данные Потребителя посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных по договорам.

4.3. Передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе родственникам, должностным лицам допускается только с письменного согласия Потребителя или законного представителя. **Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Потребителя или его законного представителя допускается только в случаях, предусмотренных законодательством РФ.**

4.4. Потребитель оставляет за собой право отозвать свое согласие посредством составления письменного заявления, которое может быть направлено в адрес Исполнителя по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо представлено лично под расписку уполномоченному сотруднику Исполнителя. В случае получения письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Исполнитель обязуется прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной до этого медицинской помощи.

4.5. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1. Стороны несут ответственность за исполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора.

5.2. В случае предоставления медицинских услуг ненадлежащего объема и качества, либо в ненадлежащий срок Исполнитель несет ответственность в соответствии с законодательством РФ Потребитель имеет право требовать возмещения ущерба, причиненного по вине Исполнителя в соответствии с действующим законодательством.

5.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также вследствие нарушения Потребителем своих обязанностей, предусмотренных п.п. 2.3.1.; 2.3.2; 2.3.4.

5.4. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, разрешаются Сторонами путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

**6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

6.1. Стороны допускают использование факсимильного воспроизведения подписи уполномоченного представителя Исполнителя в соответствии со ст. 160 ГК РФ.

6.2. Подписание Договора Потребителем является подтверждением того, что Потребитель до момента его заключения был ознакомлен с «Правилами об оказании платных медицинских услуг».

6.3. Потребитель дает согласие на получение любой информации, в том числе рекламного и информационного содержания от Исполнителя, на адрес электронной почты, указанный в Договоре. Информация, направляемая на указанный Потребителем адрес электронной почты, считается надлежащим образом направленной Исполнителем непосредственно Потребителю.

6.4. Потребитель дает согласие на получение СМС рассылок рекламного и информационного содержания от Исполнителя на номер мобильного телефона, указанный в Договоре.

6.5. Исполнитель берет на себя обязательства **немедленно прекратить СМС рассылку** по первому же требованию Потребителя.

6.6. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются законодательством РФ.

**7.ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

7.1.Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует бессрочно.

7.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а при отсутствии согласия в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

7.3. Настоящий Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

7.4. В случае если оплата медицинских услуг произведена юридическим лицом – работодателем Потребителя или за счет иных средств на основании договоров, в том числе договоров ДМС, договор составляется в 3- х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

**8. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель | Потребитель |
| ООО «Медицинский центр «Мой доктор» | Ф.И.О. |
| 241019, г. Брянск,ул Красноармейская д.100 | Адрес проживания: |
| ОГРН 1093254008760  ИНН 3250512536  КПП 325701001 | моб. Телефон  адрес электронной почты: |
| Генеральный директор  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Кончиц Н.А.  М.П. | Паспортные данные: Серия № кем выдан  Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Согласие на обработку моих персональных данных подтверждаю  Согласие на получение любой информации, в том числе рекламного и  информационного содержания от Исполнителя на адрес электронной почты подтверждаю  Согласие на получение СМС рассылок рекламного и информационного содержания от Исполнителя на номер мобильного телефона, указанный в Договоре подтверждаю  Я информирован о возможности получения мною бесплатно медицинской помощи в медицинских учреждениях, работающих в системе ОМС  Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |