

**Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «Мой доктор»** (ООО «Медицинский центр «Мой доктор»), юридический адрес: 241019, г.Брянск, ул.Красноармейская, д.100, зарегистрированное 07.09.2009 Межрайонной инспекцией ФНС № 4 по Брянской области и внесенное 07.09.2009 в ЕГРН, ОГРН 1093254008760, имеющее лицензию от 30.07.2019 ЛО-32-01-001690, выданную бессрочно Департаментом здравоохранения Брянской области (241019, г.Брянск, пер.Осоавиахима, д.3 корп. 1, тел.(4832)74-21-47), далее именуемое «**Исполнитель**», в лице генерального директора Кончиц Натальи Анатольевны, действующей на основании Устава, с одной стороны, и \_\_\_\_\_, являющий(ая)ся законным представителем пациента \_\_\_\_\_, именуемые в дальнейшем «Заказчик» и «Пациент» соответственно, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

## 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказывать Пациенту платные медицинские услуги, а Заказчик обязуется оплатить указанные услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

1.2. Конкретный перечень медицинских услуг, их стоимость и сроки оказания услуг согласованы Сторонами и указаны в Спецификации. Спецификация к Договору подписывается Заказчиком при каждом обращении Пациента за новыми медицинскими услугами.

1.3. Исполнитель оказывает услуги в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность.

1.4. Подписывая настоящий Договор, Заказчик подтверждает, что ему в доступной форме (посредством размещения на официальном сайте Исполнителя [www.mydoctor32.ru](http://www.mydoctor32.ru), а также на информационных стендах (стойках)) была предоставлена информация:

1.4.1. об утвержденном перечне платных медицинских услуг с указанием цен в рублях (Прейскурант);

1.4.2. о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;

1.4.3. о правилах предоставления платных медицинских услуг в ООО «Медицинский центр «Мой доктор»;

1.4.4. о возможности получения медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в медицинских организациях, участвующих в таких программах;

1.4.5. о режиме работы Исполнителя, графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;

1.4.6. об адресах и телефонах органов исполнительной власти РФ в сфере охраны здоровья граждан и защиты прав потребителей.

1.4.7. о наличии в кабинетах системы видеонаблюдения и/или аудиозаписи, направленной на рабочее место медицинского специалиста, и не возражает против осуществляемого видеонаблюдения и /или аудиозаписи при условии соблюдения требований закона об обеспечении режима сохранения персональных данных и режима врачебной тайны. В случае несогласия Заказчика на осуществление видеозаписи происходит блокирование обзора объектива камеры в отдельно взятом кабинете Исполнителя.

**1.5. Заказчик подтверждает, что Исполнитель в письменной форме уведомляет о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, 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 здоровья Пациента.**

## 2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

### 2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательством РФ, в том числе порядками оказания медицинской помощи, и на основе стандартов медицинской помощи (в объеме всего стандарта либо в виде отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи).

2.1.2. Обеспечить Заказчика бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской помощи.

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

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. Соблюдать установленные законодательством РФ требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их предоставления.

2.1.6. Предоставлять Заказчику по его требованию и в доступной для него форме информацию о состоянии здоровья Пациента, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; 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; медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг.

2.1.7. Выдавать листки временной нетрудоспособности и иные медицинские документы согласно нормативным актам

РФ.

2.1.8. По запросу Заказчика выдать документы, необходимые для получения социального налогового вычета на лечение.

#### **2.2. Заказчик обязуется:**

2.2.1. Предоставить Исполнителю достоверную информацию о Пациенте, в том числе о перенесенных заболеваниях, травмах, операциях, наличии хронических заболеваний, об известных ему аллергических реакциях, о принимаемых до начала лечения препаратах, применяемых медицинских изделиях, в т.ч. имплантированных в организм, о наличии беременности и другой информации, необходимой для оказания медицинской помощи.

2.2.2. Строго выполнять все предписания и рекомендации, назначенные специалистами Исполнителя.

2.2.3. Соблюдать правила поведения, режим работы и иные установленные Исполнителем правила.

2.2.4. Незамедлительно сообщать о любых отклонениях в состоянии здоровья Пациента, возникших до или после оказания услуг.

2.2.5. Явиться на прием к медицинскому специалисту в срок согласно предварительной записи. Если обращение впервые, то не позднее, чем за 15 минут до приема, оформить в регистратуре необходимые документы. В случае невозможности явиться на прием заблаговременно информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменения назначенного времени по телефону (4832) 30-03-03, а также иными доступными разрешенными способами.

2.2.6. Оплатить предоставленную Исполнителем медицинскую услугу в сроки и в порядке, которые определены настоящим Договором.

#### **2.3. Исполнитель имеет право:**

2.3.1. Запрашивать у Заказчика информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по Договору.

2.3.2. Получать плату за оказание услуг по настоящему Договору.

2.3.3. По согласованию с Заказчиком перенести время оказания медицинских услуг.

2.3.4. Отказать в оказании медицинских услуг, если Заказчик, Пациент или сопровождающие его лица в момент оказания услуг находятся в алкогольном, наркотическом опьянении, а также в случае нарушения ими правил, установленных в медицинском центре.

2.3.5. В случае непредвиденного отсутствия назначенного врача, по согласованию с Заказчиком, назначить Пациенту другого специалиста.

2.3.6. В случае опоздания Заказчика и Пациента более чем на 15 (пятнадцать) минут по отношению к назначенному времени получения услуги, Исполнитель оставляет за собой право на перенос срока или отмену получения услуги.

2.3.7. В случае возникновения неотложных состояний, угрожающих жизни Пациента, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи. Указанные в настоящем пункте услуги оказываются безвозмездно в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

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

2.3.9. Приостановить исполнение своих обязательств в случае наличия у Заказчика неоплаченной задолженности оказанных услуг и /или отказаться от Договора и потребовать возмещения убытков в судебном порядке.

#### **2.4. Заказчик имеет право:**

2.4.1. Организовать получение Пациентом услуг, предусмотренных настоящим Договором, от Исполнителя.

2.4.2. В доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии здоровья Пациента, 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 здоровья Пациента.

2.4.3. Перенести ранее назначенный срок оказания медицинской услуги Пациенту на другое время, заблаговременно уведомив об этом Исполнителя.

2.4.4. В порядке, установленном законодательством РФ, организовать получение платной медицинской услуги Пациентом 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.

2.4.5. Организовать получение Пациентом определенного Исполнителем перечня медицинских услуг (при наличии такой возможности) на дому.

2.5. Заказчик/Пациент и Исполнитель обладают иными правами и несут иные обязанности, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

### **3. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

3.1. Сроки оказания медицинских услуг по Договору определяются по соглашению Сторон. Заказчик выбирает время приема медицинского специалиста Исполнителя, исходя из предложенного автоматизированной системой записи на прием, либо администратором Исполнителя. Если иное не согласовано Сторонами, срок оказания медицинской услуги определяется как «в день обращения в порядке очереди».

3.2. Предварительным условием получения услуги Пациентом является предоставление Заказчиком на приеме у специалиста Исполнителя информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, данного в порядке, установленном законодательством РФ.

3.3. Исполнитель вправе по своему усмотрению привлекать к оказанию медицинских услуг по настоящему Договору иные медицинские организации (третьи лица), имеющие лицензии на осуществление медицинской деятельности и соответствующие требованиям законодательства Российской Федерации.

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

### **4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ**

4.1. Оплата медицинских услуг производится Заказчиком в полном объеме после оказания услуги Пациенту по Прейскуранту, действующему у Исполнителя на момент оказания медицинских услуг.

- 4.2. Основанием для оплаты медицинских услуг является подписанная Заказчиком Спецификация в соответствии с п. 1.2 Договора.
- 4.3. Оплата может производиться также до начала оказания услуги, если окончательно установлены объем и стоимость услуги. Оплата услуг Исполнителя производится Заказчиком всеми способами, не запрещенными законодательством.
- 4.4. Оказанная Пациенту услуга может быть оплачена любым третьим лицом, в том числе юридическим лицом – работодателем Заказчика 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.
- 4.5. Стоимость услуг указана в Прейскуранте, размещенном на официальном сайте Исполнителя [www.mydoctor32.ru](http://www.mydoctor32.ru), а также на информационных стендах (стойках). Информацию о стоимости услуг можно также получить по телефону (4832) 30-03-03, в часы работы Исполнителя. Исполнитель вправе изменять стоимость услуг, размещая данную информацию в Прейскуранте. Заказчик соглашается с этим правом и признает для себя указанный порядок надлежащим способом доведения информации о стоимости услуг.
- 4.6. Заказчик понимает и соглашается с тем, что изменение стоимости услуг в течение срока действия Договора может повлечь увеличение стоимости оказываемых услуг.
- 4.7. В случае отказа от услуги в ходе её оказания Пациенту ранее оплаченная стоимость возвращается Заказчику за вычетом фактически понесенных Исполнителем расходов.
- 4.8. Возврат денежных средств Заказчику производится по его письменному заявлению с указанием причин обращения за возвратом уплаченного, при предъявлении Заказчиком паспорта и документа, подтверждающего оплату услуги Исполнителя.

#### **5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

- 5.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует бессрочно. Договор может быть досрочно расторгнут в одностороннем порядке по соглашению Сторон или по инициативе одной из Сторон, в порядке и по основаниям, предусмотренным законодательством РФ.
- 5.2. В случае отказа Заказчика от получения медицинских услуг Пациентом после заключения Договора Договор расторгается.
- 5.3. Действие Договора может быть приостановлено в связи с обстоятельствами, не зависящими от воли Сторон, таких как пожар, наводнение, землетрясение и другие стихийные бедствия, забастовки, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон. В период приостановления Исполнитель не оказывает Пациенту услуги по настоящему Договору.
- 5.4. В случае расторжения Договора Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.
- 5.5. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными, если они совершены в письменной форме.

#### **6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

- 6.1. Стороны берут взаимные обязательства по соблюдению конфиденциальности в отношении информации, полученной при выполнении Договора. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по Договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой Стороны либо по основаниям, предусмотренным законодательством РФ.
- 6.2. Конфиденциальной по настоящему Договору признается информация о содержании Договора в части, раскрывающей индивидуальные сведения о Заказчике и/или Пациенте, персональные данные Заказчика и/или Пациента и сведения, составляющие врачебную тайну.
- 6.3. Исполнитель обязуется принимать необходимые меры режима безопасности персональных данных.
- 6.4. В целях выполнения обязательств по Договору Стороны обязуются обеспечивать правомерную взаимную передачу персональных данных.
- 6.5. Убытки и расходы, понесенные вследствие нарушения Сторонами конфиденциальности, возмещаются в соответствии с законодательством РФ.
- 6.6. Заказчик дает Исполнителю согласие на обработку персональных данных, в объеме и способами, указанными в статьях 3, 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей выполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

#### **7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

- 7.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством РФ.
- 7.2. Вред, причиненный жизни и здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством РФ.
- 7.3. За нарушение установленных настоящим Договором сроков оплаты медицинских услуг Исполнитель вправе требовать с Заказчика выплаты неустойки в размере 1% за каждый день просрочки от стоимости услуги, не оплаченной Заказчиком.
- 7.4. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, и другие стихийные бедствия, забастовки, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

#### **8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

- 8.1. 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.

- 8.2. Во всем, что не предусмотрено Договором, Стороны будут руководствоваться законодательством РФ.
- 8.3. Настоящий Договор составлен в 2 экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.
- 8.4. В случае если оплата медицинских услуг произведена юридическим лицом – работодателем Заказчика или за счет иных средств на основании договоров, в том числе договоров ДМС, договор составляется в 3 экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.
- 8.5. Исполнитель оставляет за собой право изменять или дополнять условия Договора. Изменения и дополнения к Договору действительны, если они совершены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами.
- 8.6. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а при отсутствии согласия в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

#### 9. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

ООО «Медицинский центр «Мой доктор»	<b>Ф.И.О. Заказчика</b> <b>Ф.И.О. Пациента</b>	
241019, г. Брянск, ул. Красноармейская д.100 ОГРН 1093254008760 ИНН 3250512536 КПП 325701001	Адрес места жительства Телефон Заказчика Электронная почта Заказчика	
Генеральный директор _____ Кончиц Н.А. М.П.	Я подтверждаю, что все указанные данные верны, подтверждаю, что указанный выше номер является моим номером телефона, выделенным мне оператором сотовой связи, и несу ответственность за достоверность предоставленных мной данных.	Подпись Заказчика

#### СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА на получение информации по смс, мессенджерам, электронной почте, настройку доступа в Личный кабинет пациента

Я, \_\_\_\_\_, подтверждаю согласие на получение информации о результатах исследований, информационных уведомлений, сообщений рекламного содержания от ООО «Медицинский центр «Мой доктор», на настройку доступа в Личный кабинет пациента на сайте <https://mydoctor32.infoclinica.ru/login>. С условиями Пользовательского соглашения, Политикой конфиденциальности ознакомлен (а).

Подпись законного представителя \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_

## СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, \_\_\_\_\_, проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_, паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_, код подразделения \_\_\_\_\_, представляющий интересы пациента \_\_\_\_\_, свидетельство о рождении (паспорт) серия \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_ в соответствии

со ст. 9-10 Федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, даю согласие на обработку персональных данных, в т.ч. согласие на обработку персональных данных, связанных с функционированием системы видеонаблюдения и/или аудиозаписи, Обществу с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «Мой доктор» (далее – Оператор), юридический адрес: 241019, г.Брянск, ул.Красноармейская, д.100, а именно: сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение Оператором персональных данных представляемого (Пациента), включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, реквизиты свидетельства о рождении, данные о состоянии здоровья, заболеваний, случаях обращения за медицинской помощью, биометрические данные (рост, вес и другие), а также реквизиты документа, удостоверяющего личность меня, как законного представителя, реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего мои полномочия, как законного представителя, мой контактный телефон, мой адрес электронной почты, а также право на осуществление видеосъемки в пределах месторасположения Оператора, для получения платных медицинских услуг, в медико-профилактических целях, в целях установления диагноза, с целью направления информации, в том числе передачи соответствующей информации, следующим лицам:

- медицинским работникам, т.е. лицам, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну;
- должностным лицам Оператора, привлекаемым к исполнению указанных действий, для использования персональных данных в интересах обследования и лечения, решения вопроса по контролю качества оказанной помощи; для внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных медицинских данных, в том числе по договорам ДМС;
- иным лицам, осуществляющим обработку персональных данных по поручению Оператора, если обработка будет поручена третьим лицам.

Обработка персональных данных может осуществляться с использованием средств автоматизации или без использования таких средств. Предоставляю Оператору право использовать персональные данные представляемого (в том числе медицинскую документацию) для проведения экспертизы качества оказанной медицинской услуги независимыми специалистами, привлеченными к проведению экспертизы в соответствии с действующим законодательством РФ. Я уведомлен(а) о том, что срок хранения видеозаписей составляет 35 суток, а срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты).

Мне разъяснено и понятно, что вышеперечисленный перечень лиц не является исчерпывающим, я не возражаю на передачу персональных данных, в т.ч. третьим лицам, в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации и в целях, не противоречащим целям медицинской организации.

Настоящее согласие действует бессрочно. 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 до этого медицинской помощи.

Подпись законного представителя \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_