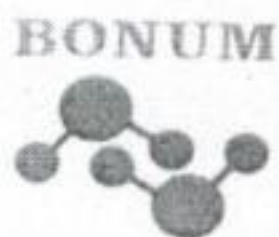


Уведомление Пациента о несоблюдении назначений (рекомендаций) врача при оказании платных медицинских услуг

Уважаемый пациент!

Настоящим уведомляем Вас о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Ознакомлен: _____ / _____ / 10.01.2025
Ознакомлен: _____ / _____ / 10.01.2025
ФИО Представителя (подпись)
0 (подпись)
ФИО Пациента (подпись)



Договор на оказание платных медицинских услуг № от 10.01.2025г.

Общество с ограниченной ответственностью "Бонум-Юг" ИНН: 2311253294, адрес местонахождения и оказания медицинских услуг: 350901, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Восточно-Кругликовская, дом 76, корпус 4, 1 этаж, оф. 1-9 телефон: 7(988)24-22-911, e-mail: bonumclinic@gmail.com, ОГРН: 11823750110124, Свидетельство о постановке на учёт в налоговом органе № 2182375230222 от 12.02.2018 выдано Межрайонной инспекции Федеральной налоговой службы № 4 по Краснодару, Лицензия: Лицензия ЛО-23-01-012939 от 22.11.2018 г., бессрочно, выдана Министерством здравоохранения Краснодарского края адрес: 350000 Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Коммунаров, д. 276/1, тел. 7(861) 992-52-91. Виды работ (услуг) согласно приложению: При оказании первичной, в том числе помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному диагностике. Лицензия Исполнителя находится на информационном стенде в холле медицинского центра, а также на сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу: <https://bonum23.com> именуемый в дальнейшем Исполнитель, с одной стороны и

_____ дата рождения 00.01.1900
паспорт серия _____ номер _____ кем выдан 00.01.1900, код подразделения _____, зарегистрирован(а) по адресу: _____ телефон _____, именуемый(ая) в дальнейшем Заказчик, заказывающий и оплачивающий услуги за Пациента.

_____ дата рождения 00.01.1900
паспорт серия 0 номер 0 выдан 0 00.01.1900, код подразделения 0, зарегистрирован(ая) по адресу: 0, телефон 0, именуемый(ая) в дальнейшем Пациент, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1. Исполнитель обязуется оказывать Заказчику/Пациенту, медицинские услуги, а Заказчик/Пациент обязуется оплатить медицинские услуги по цене, в сроки и на условиях, установленных настоящим договором.
- 1.2. Оказание медицинских услуг будет осуществляться в соответствии с конкретным перечнем платных медицинских услуг, предоставляемых Заказчику/Пациенту, стоимостью запланированных и исполнению платных медицинских услуг и сроками предоставления платных медицинских услуг, оформленных в виде Дополнительных соглашений, являющихся неотъемлемой частью настоящего договора.
- 1.3. При оказании медицинских услуг Исполнителем будут применяться стандарты медицинской помощи и порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 №323-ФЗ (последняя редакция) и иными нормативно-правовыми актами в сфере здравоохранения (постановления правительства РФ, приказы Министерства здравоохранения РФ).
- 1.4. Подписывая настоящий договор, Заказчик/Пациент подтверждает, что ему в доступной форме была разъяснена информация: о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

- 2.1. Заказчик/Пациент оплачивает медицинские услуги Исполнителю по тарифам, действующим у Исполнителя на дату подписания Дополнительного соглашения на оказание медицинских услуг. Оплата может осуществляться наличным платежом в кассу Исполнителя, либо в безналичном порядке на расчетный счет или терминал Исполнителя. Услуги НДС не облагаются по п. 2 статьи 346.11 НК РФ.
- 2.2. Заказчик/Пациент обязан оплатить медицинские услуги выполненные исполнителем в полном объеме после их принятия Заказчиком/Пациентом. С согласия Заказчика/Пациента работа может быть оплачена им при заключении договора в полном размере или путем выдачи аванса.
- 2.3. Датой оплаты считается дата поступления денежных средств в кассу/на расчетный счет Исполнителя.
- 2.4. Кассовый чек, выданный Исполнителем Заказчику/Пациенту, является неотъемлемой частью настоящего договора.

3. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

- 3.1. Исполнитель оказывает медицинские услуги в соответствии с условиями, соответствующими установленным требованиям.
- 3.2. Медицинские услуги оказываются в сроки: с 10.01.2025 по 31.12.2025г.

4. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН

- 4.1. Права и обязанности Исполнителя: Исполнитель обязан:
 - 4.1.1. Обеспечить оказание качественной и безопасной медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации;
 - 4.1.2. Обеспечить соблюдение стандартов и порядков оказания медицинской помощи;
 - 4.1.3. Выдать необходимые рекомендации по подготовке Пациента к получению медицинской помощи;
 - 4.1.4. Выдать Заказчику/Пациенту документ, подтверждающий прием денежных средств от Заказчика/Пациента (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности установленного образца);
 - 4.1.5. Предоставить квалифицированную, качественную медицинскую услугу Заказчику/Пациенту, в соответствии с утвержденными требованиями медицинского технологического стандарта;
 - 4.1.6. Выдать по окончании оказания медицинской услуги Заказчику/Пациенту документы, содержащие информацию о результатах оказанных услуг;
 - 4.1.7. В случае возникновения неотложных состояний у Пациента, Исполнитель вправе осуществлять действия в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе, принимать решение о медицинском вмешательстве в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно;
 - 4.1.8. Предоставить Заказчику/Пациенту бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемых услугах;
 - 4.1.9. Предоставить Заказчику/Пациенту в доступной форме полную информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи;
 - 4.1.10. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются дополнительные медицинские услуги по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
 - 4.1.11. Права Исполнителя:
При оказании платных медицинских услуг Исполнитель пользуется правами в соответствии с действующим законодательством.
- 4.2. Права и обязанности Заказчика/Пациента:
Заказчик/Пациент обязан:
 - 4.2.1. В соответствии с настоящим договором оплатить стоимость оказанных Исполнителем медицинских услуг.
 - 4.2.2. Выполнять требования, от которых зависит качественное предоставление медицинской помощи (подготовка в соответствии с требованиями и рекомендациями лечащего врача Исполнителя). В ходе оказания услуг выполнять все медицинские указания, рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения, своевременно информировать лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья (самочувствии);
 - 4.2.3. Информировать лечащего врача Исполнителя до оказания медицинской услуги: о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания услуг. В противном случае весь риск связанных с этим последствий несет Заказчик/Пациент.
 - 4.2.4. Письменно подтвердить, что ознакомлен с информацией, касающейся особенностей данной медицинской услуги и условиями ее предоставления, то есть подтвердить свое «Добровольное информированное согласие» на оказание услуги. «Добровольное информированное согласие» Заказчика/Пациента является неотъемлемой частью настоящего договора. В случае отказа Заказчика/Пациента от подтверждения добровольного информированного согласия на оказание услуги, Исполнитель вправе отказаться от оказания услуг в одностороннем порядке.
 - 4.2.5. Соблюдать правила внутреннего распорядка и правила поведения Пациента в медицинской организации в соответствии с лечебно-охранительным режимом.**Заказчик/Пациент имеет право:**
 - 4.2.6. На качественную и безопасную медицинскую помощь, а также соблюдение иных прав, предусмотренных действующим законодательством.
 - 4.2.7. На предоставление Исполнителем предварительного расчета стоимости медицинских услуг (сметы).
 - 4.2.8. Заказчик/Пациент вправе отказаться от исполнения договора о выполнении работ (оказании услуг) в любое время при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

- 5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.
- 5.2. В случае нарушения Исполнителем сроков оказания услуг, либо оказания Заказчику/Пациенту медицинской услуги ненадлежащего качества, Заказчик/Пациент вправе по своему выбору потребовать от Исполнителя: безвозмездного устранения недостатков, выявленных при оказании медицинской услуги, соответствующего уменьшения цены за оказанные медицинские услуги и

соответствии с действующим законодательством; возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков при оказании медицинской услуги своими силами или третьими лицами; привлечь Исполнителя к иным мерам ответственности в соответствии с действующим законодательством. Требования Заказчика/Пациента не подлежат удовлетворению, если Исполнитель докажет, что нарушение сроков выполнения работы (оказания услуги) произошло вследствие непреодолимой силы или по вине потребителя.

5.3. За нарушение установленных настоящим договором сроков предоставления услуг Исполнитель несет ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение обязательств или за ненадлежащее исполнение обязательств, если докажет, что неисполнение обязательств или их ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

5.5. Все споры, возникшие между сторонами, разрешаются в рамках действующего законодательства.

5.6. Заказчик/Пациент обязан оплатить оказанные ему услуги в сроки и в порядке, которые указаны в договоре возмездного оказания услуг. В случае невозможности исполнения, возникшей по вине Заказчика/Пациента, услуги подлежат оплате в полном объеме, если иное не предусмотрено законом или договором возмездного оказания услуг. В случае, когда невозможность исполнения возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, Заказчик/Пациент возмещает исполнителю фактически понесенные им расходы, если иное не предусмотрено законом или договором возмездного оказания услуг.

6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

- 6.1. При необходимости изменения в договор вносятся по соглашению сторон и оформляются отдельным соглашением.
- 6.2. В случае отказа Заказчика/Пациента после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается.
- 6.3. Исполнитель информирует Заказчика/Пациента о расторжении договора по инициативе Заказчика/Пациента, при этом Заказчик/Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7. ИНЫЕ УСЛОВИЯ, ОПРЕДЕЛЯЕМЫЕ ПО СОГЛАШЕНИЮ СТОРОН

- 7.1. Подписывая настоящий договор, Заказчик/Пациент подтверждает, что ему было разъяснено право на получение медицинских услуг Исполнителя, входящих в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Краснодарском крае в текущем году, на безвозмездной основе. Также был разъяснен порядок оказания таких услуг, условия получения услуг Заказчиком/Пациентом. Подписывая настоящий договор, Заказчик/Пациент подтверждает свое согласие на отказ от получения медицинской услуги (если она включена в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Краснодарском крае в текущем году) на безвозмездной основе. Подписывая настоящий договор, Заказчик/Пациент подтверждает, что перед оказанием услуг ему была предоставлена исчерпывающая информация об Исполнителе и осуществляемой им медицинской деятельности, о медработниках Исполнителя об уровне их профессиональной квалификации. Заказчик/Пациент подтверждает, что перед оказанием услуг ему была предоставлена исчерпывающая информация о платных оказываемых услугах предоставляемых Исполнителем, полный перечень которых указывается в прайс-листе Исполнителя с которым Заказчик/Пациент ознакомился.
- 7.2. Заказчик/Пациент дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.
- 7.3. Договор вступает в силу с момента его подписания.
- 7.4. Споры и разногласия решаются в порядке, предусмотренном действующим законодательством.
- 7.5. Договор составлен в 3-х экземплярах (в случае, когда Заказчик и Пациент являются одним лицом – в 2-х экземплярах) имеющих одинаковую юридическую силу: по одному для каждой из сторон.

ПОДПИСИ СТОРОН

Заказчик _____ / _____
Фамилия Имя Отчество Заказчика _____ подпись _____

Пациент _____ / _____
Фамилия Имя Отчество Пациента _____ подпись _____

Исполнитель: 0 _____
_____ М.П. _____
подпись _____

Приложение №1 к Договору оказания медицинских
услуг № от 10.01.2025г.

Согласие Пациента на обработку персональных данных

Я,

паспорт серия _____ номер _____, кем выдан 00.01.1900, код подразделения _____, зарегистрирован(а) по адресу: _____, телефон _____

* Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан.

Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

0,

дата рождения 00.01.1900.

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку персональных данных.

Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных:

Общество с ограниченной ответственностью "Бонум-Юг", Юридический адрес: 350901, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Восточно-Кругликовская, дом 76, корпус 4, 1 этаж, оф. 1-9

Цель обработки персональных данных: оказание медицинских услуг и осуществление иных, связанных с этим мероприятий. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация. Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача) в порядке, установленном законодательством РФ, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, иные действия. Общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных: внесение персональных данных в электронную базу данных, включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС), обмен (прием и передача) моими персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи. Срок, в течение которого действует согласие: настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме. Порядок отзыва согласия: отзыв согласия осуществляется путем подачи субъектом персональных данных соответствующего письменного заявления оператору, получившему согласие.

Представитель _____ / _____
Фамилия Имя Отчество Представителя _____ подпись _____

Пациент _____ / _____
Фамилия Имя Отчество Пациента _____ подпись _____

Оператор: 0 _____
_____ М.П. _____
подпись _____

10.01.2025г.