**ДОГОВОР №**

**на оказание платных медицинских услуг (далее - Договор)**

Санкт-Петербург 00.00.0000г.

Общество с ограниченной ответственностью «Кабинет семейного здоровья «Ваш доктор» (далее – Исполнитель) в лице генерального директора Копосовой Т.А., действующего на основании Устава, с одной стороны, и **Имя Отчество Фамилия** (далее – Заказчик), с другой стороны, совместно именуемые Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. Предмет Договора**

1.1. Исполнитель оказывает платные медицинские услуги Заказчику по своему профилю деятельности согласно действующему Прейскуранту и лицензии № Л041-01148-78/00312724, выданной 20.03.2017г. Комитетом по здравоохранению г. Санкт-Петербурга, находящимся по адресу: 191023, Санкт-Петербург г, ул. Малая Садовая, д. 1, тел. (812) 635-55-64, размещенных также на информационных стендах Исполнителя и на сайте www.k-vashdoctor.ru.

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя, указан в лицензии на осуществление медицинской деятельности Исполнителя, которая является неотъемлемой частью настоящего договора.

1.2. Перечень и стоимость платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором, определяются в соответствии с приложениями к настоящему Договору.

1.3. Если иное не согласовано Сторонами, медицинские услуги предоставляются в день обращения за медицинской помощью.

**2. Обязанности сторон**

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Предоставить платные медицинские услуги Заказчику, заключившему настоящий Договор.

2.1.2. Установить конкретные виды и объем оказываемых медицинских услуг.

2.1.3. Ознакомить Заказчика с Прейскурантом предоставляемых медицинских услуг по настоящему Договору.

2.1.4. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для оказания медицинской помощи в рамках выполнения обязательств по настоящему Договору.

2.1.5. Вести всю необходимую медицинскую документацию.

2.1.6. Вести учет видов, объемов, стоимости медицинских услуг, оказанных Заказчику, а также денежных средств, поступивших от Заказчика.

2.1.7. Представлять по требованию Заказчика всю необходимую документацию, касающуюся предмета настоящего Договора.

2.2. Заказчик обязуется:

2.2.1. Своевременно производить необходимые расчеты с Исполнителем за оказанные медицинские услуги.

2.2.2. Соблюдать медицинские предписания, лечебно-охранительный режим и Правила внутреннего распорядка.

2.2.3. Своевременно извещать медицинский персонал Исполнителя, оказывающий медицинскую помощь, о наличии у Заказчика противопоказаний, аллергий, хронических заболеваний.

2.2.4. Перед получением медицинских услуг ознакомиться с Прейскурантом.

**3. Стоимость услуг и порядок расчетов**

3.1. Оплата оказываемых услуг производится на основании действующего Прейскуранта в день предоставления медицинской услуги или на условиях предоплаты, если иное не согласовано Сторонами.

3.2. Исполнитель имеет право в одностороннем порядке пересматривать цены на медицинские услуги, оказываемые в рамках настоящего Договора, и вводить дополнительные услуги. Измененный Прейскурант размещается на стойке и на сайте Исполнителя, при разночтении преимущество имеет Прейскурант, находящийся на стойке Исполнителя. При предоплате конкретных услуг изменение стоимости таких услуг может быть только по согласованию Сторон по Договору.

3.3. Настоящим Заказчик подтверждает, что ознакомился с Прейскурантом Исполнителя.

**4. Порядок оказания услуг**

4.1. Исполнитель осуществляет прием Заказчика после оформления амбулаторной карты, согласия Заказчика на обработку персональных данных, информированного согласия Заказчика на оказание медицинских услуг и при предъявлении Заказчиком документа, удостоверяющего личность.

4.2. Исполнитель предоставляет медицинские услуги Заказчику в соответствии с действующим законодательством РФ и правилами внутреннего распорядка Исполнителя.

4.3. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения РФ. Настоящим Заказчик выражает просьбу и согласен с тем, что специалисты Исполнителя, при наличии медицинских показаний, вправе оказывать объем услуг, превышающий вышеуказанные стандарты.

4.4. Исполнитель не обеспечивает Заказчика бесплатными лекарственными препаратами. Исполнитель не несет ответственность за эффективность и качество лекарственных средств, предоставленных Заказчиком.

4.5. В случае нарушения Заказчиком медицинских предписаний и лечебно-охранительного режима, Правил внутреннего распорядка Исполнителя, отказа Заказчика от подписания согласия на обработку персональных данных, согласия Заказчика на медицинское вмешательство, Исполнитель вправе отказать такому Заказчику в предоставлении медицинских услуг.

4.6. В случае отказа от предоставления медицинской помощи в соответствии с п. 4.5. настоящего Договора Исполнитель вправе удержать понесенные расходы из оплаченной стоимости медицинской услуги.

4.7. По письменному согласию Заказчика информация, составляющая врачебную тайну Заказчика, может быть передана третьим лицам.

4.8. Сторонами может быть согласован отдельный перечень услуг, оказываемых Заказчику, с указанием конкретных объемов, стоимости и сроков оказания услуг.

4.9. Заказчик предупрежден и согласен с тем, что при предоставлении платных медицинских услуг по настоящему Договору, может возникнуть необходимость оказания дополнительных платных медицинских услуг для обеспечения безопасности и надлежащего качества намеченных медицинских услуг. Перечень таких дополнительных услуг согласовывается с Заказчиком и указывается в дополнительном плане лечения и дополнительном соглашении.

4.10. Исполнитель имеет право привлекать третьих лиц для исполнения обязательств по настоящему Договору.

4.11. Сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг не должны превышать 14 рабочих дней со дня обращения Заказчика к Исполнителю.

**5. Ответственность сторон**

5.1. Исполнитель несет ответственность за качество предоставляемых медицинских услуг в рамках настоящего Договора и выбор методов лечения в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. Исполнитель не несет ответственности за причиненный вред здоровью Заказчика или ненаступление выздоровления Заказчика в случае, если вышеуказанные события произошли в результате нарушения Заказчиком медицинских предписаний и рекомендаций.

5.3. Даже при надлежащем выполнении обеими сторонами своих обязательств, по Договору, применении самых результативных и зарекомендовавших успешных достижений современной медицинской науки, результат оказания медицинской услуги не может 100% прогнозируемым и может выражаться в восстановлении, улучшении, так и в отсутствии каких-либо изменений, даже в ухудшении патологических процессов.

5.4. При наличии задолженности по оплате Исполнитель вправе приостановить дальнейшее оказание услуг до даты погашения задолженности.

**6. Срок действия, изменение и прекращение договора**

6.1. Договор вступает в силу со дня его подписания и действует бессрочно.

6.2. Настоящий Договор может быть изменен либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленному в виде письменного дополнительного соглашения и подписанного Сторонами Договора.

6.3. Настоящий Договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке:

- при письменном уведомлении другой Стороны об этом намерении за 15 (пятнадцать) календарных дней до предполагаемой даты расторжения;

- в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по настоящему Договору;

- в других случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.

6.4. Заказчик обязан оплатить Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

**7. Согласие на обработку персональных данных Заказчика (далее – Согласие)**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество — полностью)

проживающий(ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(место регистрации)

паспорт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (серия и номер) (дата и название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие оператору персональных данных ООО «Кабинет семейного здоровья «Ваш доктор» (далее – Исполнитель), юридический адрес: 193149, г. Санкт-Петербург, ул. Русановская, д.17, к. 1, пом. 6-Н. Фактический адрес: , на обработку в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг моих персональных данных, включающих:

- фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, адрес регистрации, контактный (е) телефон(ы), адрес электронной почты, возраст;

- реквизиты паспорта или иного документа, удостоверяющего личность;

- место работы, занимаемая должность.

- страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (при необходимости их использования при оформлении документации);

- данные о состоянии моего здоровья, диагнозе заболевания, о факте обращения за медицинской помощью.

Я, предоставляю право работникам Исполнителя, юридический адрес: 193149, Санкт-Петербург, ул. Русановская, д. 17, к.1, литера А, пом. 6-Н, и организации, осуществляющей лабораторную диагностику, ООО «ИНВИТРО» (юридический адрес: 196105, г. Санкт-Петербург, ул. Благодатная, д. 18, литера А), на обработку моих персональных данных в рамках действующего законодательства РФ, а именно: совершение любых действий (операций) или совокупности действий (операций) с моими персональными данными с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (за исключением распространения) обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) моих персональных данных. Исполнитель вправе обрабатывать мои персональные данные, в том числе посредством внесения их в медицинские карты, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных, внесения их в электронную базу данных.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку действия настоящего Договора на оказание медицинских услуг.

Я оставляю за собой право отозвать свое Согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Исполнителя по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Исполнителю.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего Согласия на обработку персональных данных Исполнитель обязан прекратить их обработку (за исключением блокирования и хранения) в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Настоящее Согласие дано мной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество — полностью)

**8. Особые условия**

8.1. Исполнитель не участвует в реализации программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

8.2. Настоящим Заказчик подтверждает, что он проинформирован о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в других медицинских учреждениях, участвующих в реализации указанных программ.

**9. Уведомления и сообщения**

9.1. Все уведомления и сообщения, направленные Сторонами в связи с исполнением настоящего Договора, должны быть сделаны в письменной форме.

9.2. Стороны обязуются незамедлительно извещать друг друга обо всех изменениях своих реквизитов.

9.3. Заказчик подтверждает, что до заключения Договора на оказание платных медицинских услуг он уведомлен о том, что несоблюдение указаний и рекомендаций 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 его здоровья.

**10. Прочие условия**

10.1. Все приложения, дополнения, протоколы и иные изменения к настоящему Договору являются его неотъемлемой частью и имеют юридическую силу, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями Сторон.

10.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

10.3. Все, что не урегулировано настоящим Договором определяется в соответствии с законодательством РФ.

10.4. В соответствии с п.2 ст.160 Гражданского кодекса РФ при подписании настоящего Договора и приложений к нему со стороны Исполнителя может быть использовано факсимильное воспроизведение подписи.

**11. Конфиденциальность**

11.1. Стороны берут на себя обязательства по соблюдению конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении условий настоящего Договора.

11.2. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по настоящему Договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой Стороны либо в случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.

11.3. Информация, составляющая врачебную тайну, не может быть передана третьим лицам.

**12. Дистанционная передача информации**

12.1. Заказчик вправе дать согласие на передачу ему информации по электронной почте, голосовыми сообщениями по телефонной связи, текстовыми смс-сообщениями, а также с использованием систем мгновенного обмена сообщениями.

12.2. Предоставлением адреса электронной почты Заказчик дает согласие Исполнителю пересылать информацию, включая обработку и пересылку по электронной почте результатов лабораторной диагностики.

12.3. За исключением особо оговоренных случаев, Исполнитель не пересылает по электронной почте результаты исследований на инфекционную группу, гистологических и цитологических исследований. Заказчик имеет право самостоятельно получить результаты таких исследований непосредственно у Исполнителя.

12.4. Исполнитель вправе обезличивать информацию при условии ссылки на номер амбулаторной медицинской карты. При получении обезличенной информации Заказчик обязуется самостоятельно проверить соответствие указанного номера номеру своей амбулаторной медицинской карты и при обнаружении несоответствия незамедлительно сообщить Исполнителю.

12.5. Исполнитель вправе самостоятельно определять формат и размер передаваемой информации.

12.6. Заказчик предупрежден о возможных рисках, существующих при отправке информации, при которых Исполнитель не несет ответственности, в том числе:

- о возможности доступа третьих лиц к направляемой информации в процессе и/или в результате ее пересылки (в том числе, но не исключительно, несанкционированного доступа к оконечному оборудованию пользователя, прямой или случайной передачи пароля, незаконных действий третьих лиц);

- неполучения информации по различным причинам, не зависящим от отправителя (электронная почта переполнена, заблокирована или недоступна, настройки и правила обработки сообщений электронной почты на почтовом сервере не позволяют принимать сообщения интернет-домена отправителя, технические и другие причины);

- повреждений файлов.

12.7. Дистанционная передача информации является правом, а не обязанностью Исполнителя. Исполнитель вправе приостановить или прекратить дистанционную передачу информации.

Я даю согласие на получение информации о специальных предложениях и акциях

Я даю согласие на получение информации в связи с напоминанием о записи

Я даю согласие на опрос по качеству обслуживания

**13. Адреса и реквизиты сторон:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:****ООО "Кабинет семейного здоровья «Ваш доктор"**Юридический адрес: 193149, г. Санкт-Петербург, ул. Русановская, д. 17, корп. 1 пом. 6-Н.ИНН 7811215183 КПП 781101001ОГРН 1157847238141Фактический адрес: телефон: +7 (812) 6403660р/с 4070281003230000512 филиал «Санкт-Петербургский» АО «АЛЬФА-БАНК» к/с 30101810600000000786 БИК 044030786 | **Заказчик:****ФИО:** **Дата рождения:** **Паспорт**:  **серия №** **Выдан:** **Дата выдачи:** **Адрес:** **Телефон:** **e-mail:**  |

**Подписи сторон:**

**Исполнитель: Заказчик:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **/ФИО**/

МП