

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

1. Я, _____ проживающий(ая) по адресу _____, паспорт серия _____, номер _____, дата выдачи _____, наименование выдавшего органа _____ (или его законный представитель _____), даю свое согласие ООО «Секреты долголетия» (ИНН 5321118028, ОГРН 1075321004197, 173009, Новгородская область, Великий Новгород, б-р Старорусский, д. 3.) на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку персональных данных, включая: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.
2. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие: фамилия; имя; отчество; пол; дата и место рождения; номер и серию основного документа, удостоверяющего личность; сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе; адрес регистрации, контактный(е) телефон(ы), адрес(а) электронной почты, гражданство, сведения о близких родственниках, СНИЛС, ИНН, место работы, номер и серия полиса ДМС, аудиозаписи телефонных разговоров, фото-видео изображение лица, сведения о приобретенных товарах и оказанных услугах, данные о состоянии здоровья, заболеваниях и случаях обращения за медицинской помощью.
3. ООО «Секреты долголетия» обрабатывает персональные мои данные в целях: исполнения условий договора, оказания медицинской помощи, предоставления установленной законодательством отчетности, обеспечение соблюдения законодательства в области здравоохранения, законодательства о противодействии терроризму; информирования о медицинских услугах; контролирование количества и качества выполняемой работы.
4. Настоящим я признаю и подтверждаю, что в случае необходимости предоставления персональных данных для достижения указанных выше целей третьему лицу, а равно как при привлечении третьих лиц к оказанию услуг, ООО «Секреты долголетия» вправе в необходимом объеме раскрывать для совершения вышеуказанных действий персональные данные таким третьим лицам, их агентам и иным уполномоченным ими лицам, а также представлять таким лицам соответствующие документы, содержащие такую информацию. Также признаю и подтверждаю, что настоящее согласие считается данным мной любым третьим лицам, указанным выше, и любые такие третьи лица имеют право на обработку персональных данных на основании настоящего согласия.
5. Настоящим даю согласие на отправку мне от ООО «Секреты долголетия» документов/данных, содержащих сведения о моих персональных данных по электронной почте: _____.
6. Настоящим даю согласие на передачу моих персональных данных в ЕГИСЗ РФ (Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения РФ) в соответствии с требованиями действующего законодательства и правилами работы системы ЕГИСЗ.
7. Настоящее согласие дано добровольно и действует со дня его подписания до достижения цели обработки данных, либо на срок хранения первичных медицинских документов (двадцать пять лет), либо до дня отзыва
8. Данное согласие на обработку персональных данных может быть отозвано в любой момент на основании моего письменного заявления. 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 мне до этого медицинской помощи (лечения).

(подпись, Ф.И.О. гражданина/его законного представителя)

Согласие получено « ____ » _____ Г.

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОСЛЕДСТВИЯХ НЕСОБЛЮДЕНИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ УСЛУГУ

Я, _____ (или его законный представитель _____), уведомлен до заключения договора на предоставление платных медицинских услуг о том, что несоблюдение назначений, предписаний и рекомендаций медицинского работника, оказывающего мне медицинские услуги, направленные на достижение и сохранение результатов лечения, включая соблюдение назначенного режима лечения; соблюдение дат и времени приёмов, соблюдение режима распорядка дня, питания, приёма лекарственных средств, соблюдение иных ограничений, обеспечивающих эффективность проводимых медицинских мероприятий, а также несвоевременное уведомление мною об имеющихся заболеваниях и/или патологиях, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Настоящим уведомлен и согласен, что сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг в связи с загруженностью ООО «Секреты долголетия» могут достигать до 4 месяцев.

_____ (подпись, Ф.И.О. гражданина/его законного представителя)

УВЕДОМЛЕНИЕ О ВОЗМОЖНОСТИ ПОЛУЧЕНИЯ БЕСПЛАТНЫХ УСЛУГ

Я, _____ (или его законный представитель _____) уведомлен о том, что ООО «Секреты долголетия» не входит в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования. Я уведомлен, что могу получить соответствующие виды и объёмы медпомощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Имея возможность ознакомиться с преимуществами и недостатками предложенных вариантов лечения, я, при осознанно делаю альтернативный выбор в пользу платных медицинских услуг, оказываемых на иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и (или) целевыми программами, в соответствии с калькуляцией, предложенной ООО «Секреты долголетия»

_____ (подпись, Ф.И.О. гражданина/его законного представителя)

ДОГОВОР НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № _____

г. Великий Новгород

« _____ » _____ 20 _____ г.

ООО «Секреты долголетия», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Титаренко Светланы Викторовны, действующей по Доверенности №1/01 от 01.01.2023г. (лицензия Л041-01073-53/00319012 от 12.02.2018, выдана бессрочно Министерством здравоохранения Новгородской области на осуществление медицинской деятельности. Перечень предоставляемых работ (услуг): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу, сестринскому делу; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии: при оказании первичной специализированной медицинской помощи медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), детской хирургии, кардиологии, неврологии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), сердечно-сосудистой хирургии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности) с одной стороны, и _____

_____ далее Заказчик/Потребитель («Пациент») или его законный представитель _____, с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор (далее «Договор») о нижеследующем:

1. Предмет, цель и срок действия договора. Перечень, стоимость, сроки и порядок оплаты медицинских услуг. Условия и сроки ожидания предоставления медицинских услуг

1.1. «Исполнитель» обязуется по желанию и с согласия Заказчика/Потребителя («Пациента»), руководствуясь медицинскими показаниями, предоставлять «Пациенту» медицинские услуги по диагностике, лечению имеющегося заболевания(ний), состояния(ний), консультированию, а также иные услуги, направленные на достижение цели договора, а «Пациент» обязуется своевременно оплачивать

предоставляемые медицинские услуги согласно действующего Прейскуранта в установленном порядке.

1.2. Цель договора – диагностика состояния Потребителя /«Пациента» в виде определения диагноза, выбора мероприятий по лечению Потребителя /«Пациента» и (или) контроля за осуществлением этих мероприятий.

1.3. Основанием для предоставления медицинских услуг «Исполнителем» является обращение Заказчика / Потребителя («Пациента») и наличие медицинских показаний. Подписание Договора Заказчиком / Потребителем («Пациентом») свидетельствует о его добровольном согласии на получение медицинских услуг и на медицинское вмешательство.

1.4. Перечень и стоимость медицинских услуг (далее Прейскурант), предоставляемых «Исполнителем» Потребителю /«Пациенту» в рамках действия Договора, определяется из объёмов лечения на момент фактического оказания медицинских услуг.

Ознакомление с Прейскурантом возможно непосредственно по адресу предоставления услуг «Исполнителя», а также на официальном интернет-сайте «Исполнителя» по адресу <https://sekretydolgoletiya.ru>. Конкретные виды медицинских услуг указываются в сметах на оказание платных медицинских услуг к Договору на основании обращений Заказчика (законного представителя)/ Потребителя («Пациента»). Каждая смета является неотъемлемой частью настоящего договора. Смета составляется при каждом обращении.

Услуги оказываются по адресу: Великий Новгород, б-р Старорусский, д. 3 в дни и часы работы «Исполнителя», которые устанавливаются «Исполнителем» и доводятся до сведения Заказчика/Потребителя («Пациента»).

1.5. Прейскурант является неотъемлемой частью Договора, как если бы позиции Прейскуранта были бы включены в текст Договора. Подписывая Договор Заказчик/ Потребитель («Пациент») подтверждает, что он ознакомился с Прейскурантом, с наименованием предоставляемых «Исполнителем» медицинских услуг, а также их стоимостью. Заказчик/ Потребитель («Пациент») также подтверждает, что при каждом следующем обращении к «Исполнителю», в его обязанность перед предоставлением ему медицинских услуг входит предварительное ознакомление с актуальным Прейскурантом.

1.6. Если в процессе исполнения Договора потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных Договором, то оформляется дополнительное соглашение к Договору.

1.7. Расчёты за предоставленные медицинские услуги проводятся Заказчиком/Потребителем («Пациентом») в полном объёме после их предоставления в срок, не превышающий 1 (один) календарный день. Оплата услуг производится путём перечисления суммы, указанной в дополнительном соглашении к Договору, наличными или безналичными денежными средствами путём внесения их в кассу «Исполнителя» или путём перечисления их на расчётный счет. Датой платежа и моментом исполнения обязанности Заказчика/Потребителя («Пациента») оплатить медицинские услуги считается дата поступления денежных средств на расчётный счёт или в кассу «Исполнителя».

1.8. Заказчик/Потребитель («Пациент») может внести денежные средства на лицевой счёт в качестве аванса. Аванс, может быть израсходован Заказчиком/Потребителем («Пациентом») для оплаты любых видов медицинских услуг, назначенных по медицинским показаниям специалистами «Исполнителя».

1.9. Условиями предоставления медицинских услуг являются соблюдение действующего законодательства РФ в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учётом стандартов медицинской помощи, либо по желанию Заказчика / Потребителя («Пациента») в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе превышающих объёмы клинических рекомендаций и выполняемых стандартов медицинской помощи.

1.10. Сроки ожидания начала предоставления медицинских услуг, а также сроки непосредственного предоставления медицинских услуг определяются датой и временем обращения Заказчика / Потребителя («Пациента») к «Исполнителю» в соответствии со ст. 190 ГК РФ, являются приблизительными, поскольку зависят от загруженности Исполнителя, состояния здоровья Потребителя /«Пациента», выявления/не выявления в рамках диагностических процедур противопоказаний к проведению той или иной медицинской манипуляции, графика работы «Исполнителя» и медицинских работников.

1.11. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя/«Пациента», такие медицинские услуги предоставляются без взимания платы.

1.12. Предоставление услуг по Договору происходит в порядке предварительной записи Заказчика / Потребителя («Пациента») на приём. Предварительная запись на приём осуществляется через регистратуру «Исполнителя» посредством телефонной или иной связи. Телефон регистратуры: +7(8162)965096, +7(8162)769402. В особых случаях, включая получение экстренной неотложной помощи, услуги предоставляются «Пациенту» без предварительной записи и/или вне установленной очереди.

1.13. Плановый приём специалиста может быть перенесён по причине обращения к «Исполнителю» гражданина с заболеваниями или состояниями, потенциально представляющими угрозу для его жизни.

2. Обязательства сторон

2.1. «Исполнитель» обязан:

2.1.1. Провести лечение Потребителя/«Пациента» в соответствии с предварительным диагнозом, в соответствии с клиническими рекомендациями (и/или стандартами лечения), исходя из специфики конкретного случая.

2.1.2. Предоставлять Потребителю/«Пациенту» по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии его здоровья, 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 медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие;

- в процессе оказания медицинской помощи по настоящему Договору информировать Потребителя (Заказчика) о предстоящих основных или дополнительных лечебно-профилактических и прочих процедурах и их стоимости, необходимых медикаментозных препаратах и расходных материалах и их стоимости. Разъяснить Потребителю (Заказчику) специфику имеющегося у Потребителя (Пациента) заболевания, виды и условия режима, которые необходимо соблюдать как до, так и после лечения. Предупредить Потребителя об имеющихся у него кроме основного сопутствующих заболеваниях, которые могут каким-либо образом повлиять на результаты лечения. Предупредить о возможных осложнениях во время лечения и после него. Настоящим поставить в известность Потребителя (Заказчика) о том, что лечение может быть многоэтапным;

- вести необходимую медицинскую документацию и выдавать Потребителю (Заказчику) медицинские документы установленного образца. Разъяснить о порядке подготовке к лечению о необходимости сдать анализы, пройти консультации специалистов.

2.1.3. Поручить предоставление платных медицинских услуг специалисту «Исполнителя», который обязан обеспечить качественные методы лечения Потребителя/«Пациента» в соответствии с медицинскими показателями.

2.1.3. Нести ответственность согласно законодательству РФ в случае неисполнения или некачественного исполнения своих обязательств при наличии своей вины.

2.1.4. Соблюдать неразглашение факта обращения за медицинской помощью (врачебную тайну), состояния здоровья «Пациента» и иных конфиденциальных сведений, полученных «Исполнителем» при предоставлении медицинских услуг, включая фотоснимки, кроме случаев, предусмотренных законодательством РФ, или письменного согласия «Пациента».

2.2. Заказчик / Потребитель («Пациент») обязан:

2.2.1. Произвести оплату медицинских услуг после их предоставления «Исполнителем» по расценкам Прейскуранта, с которым он ознакомился на информационном(ой) стенде (стойке) или на официальном интернет-сайте «Исполнителя» перед заключением Договора.

2.2.2. Предоставлять «Исполнителю» всю имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, требуемую для оказания медицинской помощи (в том числе, но не ограничиваясь, о перенесённых хирургических вмешательствах, травмах, хронических и наследственных заболеваниях, аллергии, склонности к образованию келоидных рубцов и т.д.). В случае несообщения указанной выше информации Исполнитель не может гарантировать предоставления качественных услуг. В данном случае все риски некачественного предоставления услуг относятся на сторону Потребителя (Заказчика).

2.2.3. Ознакомиться со всеми противопоказаниями к конкретной медицинской услуге и подтвердить их отсутствие.

2.2.4. Своевременно информировать специалиста «Исполнителя» об изменении состояния своего здоровья, возникающих сложностях, побочных эффектах и т.п. в процессе предоставления медицинской помощи и после её завершения.

2.2.5. В период предоставления медицинских услуг и в период реабилитации неукоснительно соблюдать режим лечения (в том числе определённый на период его временной нетрудоспособности), назначения, предписания, указания и рекомендации специалистов, а также являться на процедуры в установленном и согласованное с «Исполнителем» время в целях недопущения снижения качества оказываемой платной медицинской услуги, а также соблюдать правила внутреннего распорядка Исполнителя.

2.2.6. Соблюдать режим работы «Исполнителя» и правила поведения пациента в медицинских организациях, с которыми он ознакомился непосредственно по адресу предоставления услуг

«Исполнителя» или на официальном интернет-сайте «Исполнителя» перед заключением Договора.

2.3. Заказчик/ Потребитель («Пациент») уведомлен и соглашается с тем, что:

2.3.1. Платные медицинские услуги могут предоставляться ему в объёме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объёме, превышающем объём выполняемого стандарта медицинской помощи. Дополнительные консультации или медицинские вмешательства предоставляются «Исполнителем» за отдельную плату.

2.3.2. До заключения Договора «Исполнитель» в письменной форме уведомил о том, что несоблюдение всех назначений, предписаний, указаний и рекомендаций «Исполнителя» могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья «Пациента».

2.3.3. Так как результат предоставления медицинской услуги носит нематериальный характер и выражается в достижении определённого состояния, и так как действия биологических законов и процессов, затрагиваемых при медицинском вмешательстве, не подвластны ни абсолютному контролю, ни воле со стороны человека, то «Исполнитель», по независящим как от него, так и от «Пациента» причинам, не может гарантировать только лишь положительный результат предоставленной медицинской услуги. Даже при надлежащем выполнении обеими сторонами своих обязательств по договору, результат предоставления медицинской услуги не является на 100 % прогнозируемым и может выражаться как в восстановлении, улучшении, так и в отсутствии каких-либо изменений и даже в ухудшении патологических процессов.

2.3.4. Если к моменту окончания предоставления медицинских услуг, указанных в Договоре, он не предъявляет претензий к «Исполнителю» по объёму, услуга считается предоставленной в полном объёме.

2.3.5. До заключения Договора ему была предоставлена в доступной форме информация 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 гражданам медицинской помощи, а также информация о медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- клинические рекомендации, стандарты и порядки оказания медицинской помощи;
- информацию о медицинском работнике, предоставляющем медицинскую услугу (его образовании и квалификации);
- информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- платные медицинские услуги могут оказываться в полном объёме стандарта медицинской помощи либо по просьбе Заказчика/Потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объёме, превышающем объём выполняемого стандарта медицинской помощи;
- другие сведения, относящиеся к предмету Договора.

2.4. Потребитель («Пациент») удостоверяет, что на момент заключения Договора:

2.4.1. Ему не был поставлен диагноз «наркомания» по результатам медицинского освидетельствования. В случае постановки диагноза «наркомания» «Пациент» обязан уведомить об этом «Исполнителя».

2.4.2. Он не признан судом недееспособным вследствие психического расстройства и над ним не установлена опека, равно как и то, что он и не ограничен судом в дееспособности вследствие наличия психического расстройства или пристрастия к азартным играм, злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами и над ним не установлено попечительство.

2.4.3. В случае изменений в части пункта 2.4. Договора, Потребитель («Пациент») обязан уведомить об этом «Исполнителя».

3. Ответственность сторон за невыполнение условий договора. Форс-мажорные обстоятельства

3.1. «Исполнитель» не несёт ответственности по Договору перед «Пациентом»:

3.2. В случае возникновения осложнений по вине «Пациента», а именно: невыполнение назначений, предписаний или рекомендаций лечащего врача, несвоевременное сообщение о возникших нарушениях и отклонениях в состоянии здоровья, возникновения у «Пациента» осложнений по причине его неявки в указанный срок на осмотр после предоставления медицинской услуги, а также в случае выявления «Пациентом» побочных эффектов после процедуры.

3.3. В случае преднамеренного или непреднамеренного предоставления «Пациентом» неверной информации, необходимой для принятия решения о лечении, невыполнения «Пациентом» назначений, предписаний/рекомендаций «Исполнителя», нарушения графиков осмотров и методики последующего лечения, «Исполнитель» не несёт ответственности за конечный результат лечения.

3.4. Ни одна из сторон не будет нести ответственность за полное или частичное неисполнение любой из своих обязанностей по Договору, если неисполнение будет являться последствием таких форс-мажорных

обстоятельств, как наводнение, пожар, землетрясение, и других стихийных бедствий, решения законодательных и исполнительных органов, забастовки и иные социальные волнения, война или военные действия, возникшие после заключения договора и препятствующие исполнению Договора. Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на невыполнение обязательств в срок, установленный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

3.5. «Сторона», для которой создавалась невозможность исполнения обязательств по Договору, обязана с момента возникновения таковых, в письменной форме уведомить другую «Сторону» о наступлении, предполагаемом сроке действия или прекращении форс-мажорных обстоятельств.

3.6. Неуведомление или несвоевременное уведомление лишает «Сторону» права ссылаться на любые форс-мажорные обстоятельства как на основание, освобождающее от ответственности за неисполнение обязательства.

3.7. Если невозможность полного или частичного исполнения одной из «Сторон» обязательств по Договору из-за форс-мажорных обстоятельств будет существовать свыше двух месяцев, другая «Сторона» имеет право расторгнуть Договор полностью или частично без обязанности по возмещению возможных убытков.

3.8. До подписания настоящего договора Исполнителем разъяснено Потребителю (Заказчику) положения части 2 статьи 328 ГК РФ, а именно: если предусмотренное договором исполнение обязательства произведено не в полном объеме, сторона, на которой лежит встречное исполнение, вправе приостановить исполнение своего обязательства или отказаться от исполнения в части, соответствующей непредоставленному исполнению.

4. Порядок изменения и расторжения договора

4.1. Договор изменяется и расторгается по правилам ГК РФ. Договор можно изменить и расторгнуть по соглашению «Сторон» или по требованию одной из «Сторон» в соответствии с действующим законодательством, а также в судебном порядке с обязательным предварительным уведомлением о расторжении Договора.

4.2. Неявку Потребителя («Пациента») на приём без предупреждения не позднее, чем за 24 часа до времени приёма «Стороны» могут рассматривать как односторонний отказ «Пациента» от исполнения договора в части конкретного приёма.

4.3. Заказчик/Потребитель («Пациент») в соответствии со ст. 32 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», а также п. 29 Постановления Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг...» вправе в любое время расторгнуть Договор, оплатив практически предоставленные услуги и возместить «Исполнителю» фактически понесённые им расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору и возникшие вследствие расторжения данного Договора. Заказчик/ Потребитель («Пациент») освобождается от выполнения условий данного пункта Договора в случае, если докажет, что его исполнение было невозможно ввиду форс-мажорных обстоятельств.

4.4. «Исполнитель» в соответствии со ст. 36 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения договора с «Пациентом» в случае, если «Исполнитель» уведомил «Пациента» об обстоятельствах, зависящих от него и способных снизить качество предоставленной медицинской услуги, но «Пациент» такие обстоятельства не устранил.

4.5. «Исполнитель» имеет право расторгнуть Договор в одностороннем досудебном порядке, уведомив об этом Заказчика/ Потребителя («Пациента»), потребовать оплаты фактически предоставленных «Исполнителем» к моменту расторжения Договора услуг в случае, если предоставление «Исполнителем» согласованных «Сторонами» услуг может вызвать неблагоприятные последствия для Потребителя («Пациента»), а также в случаях, когда:

4.5.1. «Пациент» не подписал информированное добровольное согласие на медицинские услуги

4.5.2. Специалист «Исполнителя» выявил у «Пациента» противопоказания к предоставлению медицинских услуг

4.5.3. Специалист «Исполнителя» не имеет возможности предоставить необходимые «Пациенту» медицинские услуги

4.5.4. «Пациент» был уведомлен о необходимости дополнительных исследований и консультаций, а также о том, что его отказ приведёт к невозможности качественного предоставления услуги, однако не изменил своего решения относительно данных назначений, предписаний, указаний и рекомендаций

4.5.5. «Пациент» не выполнил назначения, предписания, указания и рекомендации специалистов «Исполнителя».

4.5.6. «Пациент» несвоевременно сообщил о возникших нарушениях и отклонениях в состоянии здоровья либо у «Пациента» возникли осложнения по причине его неявки в указанный срок на осмотр после предоставления медицинской услуги.

4.6. «Исполнитель» вправе без предварительного согласования с Заказчиком/Потребителем

(«Пациентом») в одностороннем порядке вносить изменения в следующие документы, являющиеся неотъемлемой частью Договора: Прейскурант, Правила поведения пациентов в медицинской организации. Подобные изменения вступают в силу с момента введения их в действие «Исполнителем».

4.7. Заказчик/Потребитель («Пациент») согласен, что он обязан сам отслеживать все изменения в вышеуказанных документах и подтверждает, что при следующих обращениях к «Исполнителю» он обязан до предоставления ему медицинских услуг ознакомиться с актуальными версиями этих документов и быть согласным с ними.

4.8. «Исполнитель» имеет право приостановить оказание услуг по Договору в случае возникновения задолженности по оплате предоставленных медицинских услуг по Договору на срок, превышающий 1 (один) календарный день.

4.9. «Исполнитель» имеет право заменить врача, который проводит лечение на любого другого, квалификация которого позволит продолжить и закончить весь курс назначенного Потребителю/«Пациенту» лечения.

5. Порядок направления и рассмотрения обращений

5.1. При возникновении разногласий между «Исполнителем» и Заказчиком/ Потребителем («Пациентом») по вопросам исполнения Договора «Стороны» будут стремиться разрешить сложившуюся ситуацию путём переговоров.

5.2. При невозможности устранения разногласий между «Сторонами» Заказчик/ Потребитель («Пациент»), или его представитель, действующий на основании доверенности, имеет право направить письменную претензию в адрес «Исполнителя» заказным почтовым отправлением, передачей лично под расписку уполномоченному представителю «Исполнителя» или на электронную почту «Исполнителя» в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью «Пациента» или его представителя, действующего на основании доверенности.

5.3. На основании претензии «Исполнитель» в течение 10 (десяти) дней доводит до сведения «Пациента» или его представителя, действующего на основании доверенности, ответ на претензию, в котором оповещает «Пациента» о дате проведения врачебной комиссии. Врачебная комиссия с учётом результатов протокола врачебного консилиума выносит обоснованное решение на претензию не позднее 20 (двадцати) дней с момента проведения. Решение врачебной комиссии оформляется протоколом, на основании которого ответственное лицо «Исполнителя» за работу с обращениями граждан оформляет письменный ответ на претензию и доводит его до сведения «Пациента» или его представителя, действующего на основании доверенности. В случае несогласия с ответом, «Пациент» вправе оспорить его в суде.

5.4. «Пациент» также имеет право обратиться с исковым заявлением в суд в порядке, установленном законодательством РФ, без соблюдения досудебного урегулирования разногласий.

6. Порядок и условия выдачи документов

6.1. Порядок и условия выдачи медицинских документов (копий медицинских документов) определяются приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них».

6.2. «Исполнитель» по обращению Заказчика/ Потребителя («Пациент») без взимания дополнительной платы выдает следующие документы, подтверждающие фактические расходы на оказанные медицинские услуги: копия Договора с дополнительными соглашениями к нему, документ об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы по установленной форме.

6.3. Законным представителям несовершеннолетних пациентов, достигших возраста 15 лет (больных наркоманией несовершеннолетних в возрасте старше 16 лет), в соответствии со ст.22 ФЗ N271 от 31.07.2020 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" предоставляется право на доступ к информации о состоянии здоровья несовершеннолетних пациентов (до достижения ими совершеннолетия).

6.4. Амбулаторная карта «Пациента» и информированное согласие на проведение медицинских манипуляций хранятся у Исполнителя. Заказчик/Потребитель («Пациент») (или его законный представитель) дает свое согласие на ведение «Исполнителем» медицинской документации в электронном виде.

7. Прочие условия

7.1. Заказчик/ Потребитель («Пациент») проинформирован, что в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 29.03.2019 г. N 357 "О внесении изменений в требования к антитеррористической защищенности объектов (территорий) Министерства здравоохранения РФ и объектов (территорий), относящихся к сфере деятельности Министерства здравоохранения РФ" в помещениях «Исполнителя» (кроме врачебных кабинетов) в антитеррористических целях проводится видеонаблюдение, а телефонные разговоры записываются. В целях обеспечения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, а также безопасности прав пациентов при оказании

медицинских услуг в помещениях «Исполнителя» ведется аудиозапись, телефонные разговоры записываются.

7.3. «Исполнитель» гарантирует, что видео- и аудиозаписи, сделанные на территории «Исполнителя», не подлежат разглашению, размещению, использованию и передачи третьим лицам.

8. Заключительные положения

8.1. Договор составлен по количеству лиц в одинаковых экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу для каждой из «Сторон».

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

8.3. «Стороны» признают юридическую силу Договора и дополнительных соглашений, согласий к нему, подписанных с помощью факсимильного воспроизведения подписи черного, синего или фиолетового цвета посредством механического или иного копирования, а также усиленной квалифицированной электронной подписи.

8.4. «Стороны» пришли к соглашению, что при заключении Договора, все ранее заключённые договоры и приложения к ним признаются недействительными.

8.5. «Стороны» могут согласовать иные обязательства, чем те, которые предусмотрены Договором, в отдельных документах. Положения, установленные Договором или дополнительными соглашениями к нему, имеют приоритет над отдельными документами в случае противоречия между ними.

8.6. Все изменения и дополнения к Договору, требующие взаимного согласия «Сторон», будут действительны только в случае, если они совершены в письменной форме и подписаны «Сторонами».

8.7. Подписание Договора свидетельствует о том, что Заказчик/ Потребитель («Пациент») ознакомлен и согласен с условиями Договора, в том числе с информированным добровольным согласием на медицинское вмешательство, согласием на обработку персональных данных, согласием на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, а также со следующими отдельными документами, являющимися неотъемлемой частью Договора: Прейскурантом и Правилами поведения пациентов в медицинской организации.

8.8. Подписывая настоящий договор, Заказчик/Потребитель («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.

9. Адреса, реквизиты и подписи сторон

9.1. «Исполнитель»: ООО «Секреты долголетия», ИНН 5321118028, КПП 532101001, ОГРН 1075321004197, ОКПО 98693756. Адрес: 173009, Новгородская область, г Великий Новгород, б-р Старорусский, д. 3.т./факс +7(8162)769-402, 96-50-96, email: vnovgorod@dolgolet.org, официальный сайт: <https://sekretydolgoletiya.ru>

Исполнитель: _____ (Главный врач Титаренко С.В.)

9.2. Заказчик/Потребитель («Пациент») _____ Дата рождения: _____

СНИЛС: _____ Паспорт (серия, номер) _____ (кем и когда выдан) _____

Свидетельство о рождении: _____ Адрес регистрации/места жительства: _____

_____ Телефон _____ Эл. почта: _____

Пациент: _____ (Подпись)

9.3. Законный представитель _____ Дата рождения: _____

СНИЛС: _____ Паспорт (серия, номер) _____ (кем и когда выдан) _____

_____ Адрес регистрации/места жительства: _____ Телефон: _____

_____ Эл. почта: _____

Законный представитель: _____ (Подпись)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____, далее Заказчик / Потребитель («Пациент»), проживающий(ая) по адресу _____, паспорт серия _____, номер _____ дата выдачи _____, наименование выдавшего органа _____ (или его законный представитель _____) даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. № 390н, для получения первичной медико-санитарной помощи у ООО «Секреты долголетия».

Медицинским работником в доступной форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Я даю информированное добровольное согласие на то, что в процессе медицинского вмешательства может возникнуть необходимость изменения плана лечения из-за возникшей клинической необходимости, а также на получение иных медицинских услуг, предусмотренных прейскурантом ООО «Секреты долголетия».

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств действует в отношении работ и услуг, которые указываются в дополнительном соглашении к договору на предоставление платных медицинских услуг.

(подпись, Ф.И.О. гражданина/его законного представителя)

(подпись, медицинский сотрудник)

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п.5 ч.5 ст. 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 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, в том числе после смерти:

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

Дополнительное соглашение
к Договору на предоставление платных медицинских услуг № _____

Заказчик/Потребитель (Пациент): _____, телефон: _____, эл. почта: _____

Законный представитель: _____, телефон: _____, эл. почта: _____

Исполнитель: ООО "Секреты долголетия" (ИНН 5321118028, ОГРН 1075321004197, лицензия ЛО-53-01-001201, адрес: 173015, РФ, Новгородская область, Великий Новгород, Старорусский бульвар, 3)

Медицинский работник: _____

СМЕТА НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Код услуги	Наименование услуги	Цена, руб.	Кол.	Срок исполнения	Сумма, руб.

Стоимость оказанных услуг, итого: _____ (*прописью*).

Согласен на получение вышеперечисленных медицинских вмешательств/услуг/работ.

Замечаний к услугам и предоставленным Исполнителем лекарственным препаратам, средствам, материалам не имеется.

Заказчик/Потребитель (Пациент) _____ или его/её законный представитель _____

Дата: