**Уведомление о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) медицинской организации**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, уведомлен Исполнителем о том, ООО "НИКАМЕД" в соответствии с п.15

(Фамилия, инициалы Потребителя)

Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 N 1006, уведомляет о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинской организации ООО " НИКАМЕД " (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 потребителя.

С уведомлением ознакомлен(ы) до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

**Потребитель** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись потребителя) (расшифровка подписи)

Договор No\_\_\_\_\_\_\_\_

на оказание платных медицинских услуг

г. Краснодар «\_\_». \_\_\_\_\_\_\_.2022

000 " НИКАМЕД ", ОГРН 1202300049027, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице регистратора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего

на основании доверенности от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ №\_\_ , с одной стороны, и гражданин(ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения

(Ф.И.О. полностью, дата рождения, адрес, телефон Потребителя)

именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. Потребитель поручает и оплачивает, а Исполнитель обязуется оказать платные медицинские услуги, по кодам, согласно действующему прейскуранту Исполнителя \_\_\_\_\_\_\_ **(код услуги)**.

1.2. Перечень и стоимость услуг, предоставляемых Потребителю, указаны в прейскуранте Исполнителя, действующем на дату составления настоящего договора.

1.3. При исполнении настоящего договора стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации и Краснодарского края, регулирующим предоставление гражданам платных медицинских услуг.

1.4. Основанием для предоставления платных медицинских услуг является добровольное желание Потребителя получить медицинские услуги за плату и наличие медицинских показаний.

**2. Условия и порядок оказания услуг**

2.1. Услуги Потребителю оказываются в соответствии с режимом работы Исполнителя, который доводится до сведения Потребителя при заключении договора.

2.2. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг, не предусмотренных пунктом 1.1. настоящего договора, они оформляются отдельным дополнительным соглашением к договору с указанием в нем перечня дополнительно оказываемых услуг и оплачиваются Потребителем согласно прейскуранту.

2.3. В случае, необходимости привлечения третьих лиц для оказания медицинских услуг Потребителю, Исполнитель обязан привлекать третьих лиц, обладающих необходимыми разрешениями на оказание соответствующих медицинских услуг, а также обладающих необходимыми знаниями и квалификацией.

При привлечении третьих лиц для оказания медицинских услуг Потребителю, Исполнитель по требованию Потребителя обязан довести до сведения Потребителя всю необходимую информацию о третьем лице, а также информацию о времени и месте оказания Потребителю данных медицинских услуг.

**3. Порядок расчетов**

3.1 Стоимость оказываемых Потребителю услуг согласно прейскуранту, действующему на момент оказания услуги, составляет **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (цифрами и прописью)** (рублей).

3.2. Оплата Потребителем производится наличным платежом в кассу или по безналичному расчету на счет Исполнителя до предоставления медицинской услуги (предоплата 100%).

3.3. При оплате наличным платежом в кассу Исполнитель обязан выдать Потребителю документы, подтверждающие прием наличных денег (кассовый чек или Второй экземпляр квитанции, являющейся бланком строгой отчетности).

**4. Права и обязанности сторон**

4.1. Исполнитель обязан:

4.1.1. своевременно и качественно оказать Потребителю медицинские услуги в установленный договором срок;

4.1.2. предоставить Потребителю доступную для его понимания достоверную информацию о предоставляемых услугах до подписания договора;

4.1.3. при оказании медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке;

4.1.4. обеспечить Потребителя в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о разрешении (лицензии) на медицинскую деятельность, о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг, их стоимости, условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов;

4.1.5. обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию медицинских услуг силами собственных специалистов или сотрудников медицинских

учреждений, имеющих с Исполнителем договорные отношения;

4.1.6. вести установленную законодательством медицинскую документацию, а также учет видов, объемов и стоимости оказываемых Потребителю услуг;

4.1.7. обеспечить Потребителю непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию Потребителя или его представителя копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья Потребителя;

4.1.8. хранить в тайне информацию, содержащуюся в медицинской документации Потребителя, и предоставлять ее без согласия Потребителя в установленных законом случаях, а также лицам, указанным Потребителем в пункте 5.6. настоящего договора;

4.1.9. предупредить Потребителя в случае, если требуются дополнительно оплачиваемые медицинские услуги, которые Исполнитель не вправе оказывать без согласия Потребителя.

4.2. Исполнитель имеет право:

4.2.1. требовать от Потребителя предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему медицинских услуг;

4.2.2. привлекать для оказания Потребителю медицинских услуг третьих лиц;

4.2.3. в случае возникновения потенциальной угрозы жизни и здоровью Потребителя, а также в иных неотложных ситуациях, действуя в условиях крайней необходимости, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной договором;

При выявлении противопоказаний к оказываемым услугам отказать Потребителю в проведении лечебно-диагностических процедур

4.2.4. в случае невозможности оказания услуги отказаться от исполнения обязательств по договору при условии возврата Потребителю стоимости оплаченной услуги;

4.2.5. требовать от Потребителя полной оплаты оказанных услуг;

4.2.6. при ненадлежащем исполнении Потребителем рекомендаций врача по дальнейшему обследованию или лечению, Исполнитель имеет право в одностороннем порядке расторгнуть настоящий договор.

4.3. Потребитель (Пациент) обязан:

4.3.1. своевременно оплатить стоимость услуги;

4.3.2. предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии здоровья Потребителя, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения;

4.3.3. ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по Договору;

4.3.4. соблюдать в полном объеме правила и условия получения медицинской услуги, установленные Исполнителем, неукоснительно соблюдать рекомендации врачей.

4.3.5. своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Потребителем условий договора, а также о необходимости изменения назначенного Потребителю времени получения медицинской услуги.

4.4. Потребитель (Пациент) имеет право:

4.4.1. в случае отказа Потребителя от получения услуги в любой момент до её оказания, получить оплаченную сумму;

4.4.2. в случае отказа Потребителя от оказания оставшихся услуг на любом этапе при оплате комплексной программы со скидкой, сумма оказанных услуг пересчитывается по стоимости без скидки, и Потребитель получает возврат в размере оставшейся суммы;

4.4.3 получать от Исполнителя полную, доступную для понимания, своевременную информацию о получаемой медицинской услуге; о состоянии своего здоровья, о результатах проводимого лечения, действии лекарственных препаратов и их побочных проявлениях;

4.4.4. отказаться от получения услуги в любой момент до её оказания.

**5. Информация о предоставляемой услуге**

5.1. В соответствии с лицензией на медицинскую деятельность ЛО-23-01-015391 от 24.02.2022 года, выдана министерством здравоохранения Краснодарского края (350020, г. Краснодар, Коммунаров ул., д. 276/1,

Тел. +7 (861) 207-01-07, +7 (861) 207-07-07 (доб.2001) E-mail: mz@krasnodar.ru, www.minzdravkk.ru), Исполнитель оказывает следующие виды медицинской помощи: при осуществлении медицинской деятельности по адресу: 350024, Краснодарский край, г. Краснодар, Прикубанский внутригородской округ, ул. Московская, д.124/1, нежилое помещение №1/2 здания литер А, A1 при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии; терапии; при проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности.

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: педиатрии; терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); аллергологии и иммунологии; гастроэнтерологии; кардиологии; косметологии; онкологии;

оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); ультразвуковой диагностике; хирургии;

эндокринологии.

5.2. В случае, если данный вид медицинской услуги входит в территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, то подписывая данный договор, Потребитель подтверждает, что он уведомлен о возможности получения данного вида медицинской помощи без взимания платы в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в

установленном порядке. Потребитель соглашается на оказание данного вида медицинской услуги на платной основе, а не в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

5.3. Перед оказанием медицинской услуги врач обследует Потребителя и устанавливает отсутствие противопоказаний.

5.4. Началом предоставления медицинской услуги считается первичный осмотр, обследование и сдача анализов, окончанием — выдача врачебного заключения,

результатов анализов и обследований.

5.5. Потребитель дает разрешение на предоставление информации о состоянии своего здоровья, результатах обследования и лечения следующим лицам: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

5.6. Потребитель дает разрешение на предоставление информации о результатах обследования на адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5.7 Потребитель информирован:

5.7.1. О возможных (но не обязательных) осложнениях медицинской услуги, которые могут причинить вред здоровью.

5.7.2. О несовершенстве медицинской науки и практики и невозможности, в связи с этим гарантировать ожидаемые результаты лечения.

5.8. В случае оказания услуги, связанной с медицинским вмешательством, Исполнитель обязан до начала оказания услуги получить информированное добровольное согласие Потребителя или его законного представителя.

5.9. Потребитель подтверждает, что уведомлен Исполнителем о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

**6. Ответственность сторон**

6.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Исполнителем условий договора Потребитель вправе по своему выбору потребовать:

6.1.1. назначения нового срока оказания услуги;

6.1.2. уменьшения стоимости предоставленной услуги;

6.1.3. исполнения услуги другим специалистом;

6.1.4. расторжения договора и возмещения убытков, в том числе понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги, если это необходимо, в других медицинских учреждениях,

6.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

6.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье в соответствии с п.4.3.2. Договора

**7. Срок действия договора, порядок его расторжения**

7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до исполнения обязательств сторонами.

7.2. Условия договора могут быть изменены по соглашению сторон путем оформления в письменной форме дополнений, являющихся неотъемлемой частью договора.

7.3. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

**8. Прочие условия**

8.1. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Потребителем по вопросу качества оказанных услуг, спор между сторонами рассматривается врачебной комиссией (подкомиссией) Исполнителя, в том числе с согласия или по инициативе Потребителя с привлечением сторонних специалистов. Все претензии Стороны оформляют в письменном виде.

При не достижении согласия сторон, споры разрешаются в соответствии с действующим законодательством РФ.

8:2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой стороны.

8.3. Все подписанные приложения к настоящему договору являются его неотъемлемой частью.

Реквизиты и подписи сторон

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель**:**  ООО «НикаМед»  Место оказания услуги: 350024, Краснодарский край, г Краснодар, ул. Московская, д. 124/1  ИНН 2311309282 ОГРН: 1202300049027  Банк получателя КБ «КУБАНЬ КРЕДИТ» ООО г. Краснодар  рас./счет 40702810300280000754  к/с 30101810200000000722  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО полностью, действующей на основании доверенности № от \_\_. \_\_. 20\_\_ г. | Потребитель**:**  **ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО |

СОГЛАСИЕ

пациента на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся(аяся) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт: \_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.,

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО "НИКАМЕД" 1202300049027 (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефон(ы), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским

работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам ДМС. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе договору ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями и другие органы власти и организации, осуществляющие контроль качества оказания мне медицинских услуг с использованием машинных носителей, бумажных носителей информации или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и

обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, за исключением, если иное не предусмотрено действующим

законодательством РФ.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_г и 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 мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон(ы) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Почтовый адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись субъекта персональных данных\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО полностью