

**ДОГОВОР  
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

**УВЕДОМЛЕНИЕ**

Пос. ВНИССОК, Одинцовский район

(дата визита)

До заключения договора на предоставление платных медицинских (стоматологических) услуг с ООО «БЭБИ ПЛЮС», ОГРН 1135032012390, заказчик подтверждает, что уведомлен исполнителем о том, что в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника), предоставляющего услугу, в том числе режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно влиять на состояние здоровья потребителя.

(подпись потребителя (заказчика))

**Общество с ограниченной ответственностью «Бэби плюс»**, именуемое в дальнейшем Исполнитель, действующее на основании Лицензии ЛО-50-01-008376 от 19 января 2017 г., выданной Министерством здравоохранения по Московской области, именуемая в дальнейшем «Лицензия», в лице Генерального директора Глуценко С.С., действующей на основании Устава, с одной стороны и

**{фио пациента}**

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

**1.1** По настоящему договору Исполнитель обязуется оказать Заказчику платных медицинских услуг в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, а Заказчик добровольно соглашается на оказание ему данных услуг, обязуется выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие их качественное предоставление, включая сообщение необходимых для этого сведений, а также оплатить оказанные услуги.

**1.2.** Перечень работ (услуг) составляющих медицинскую деятельность Исполнителя, указан в Лицензии номер ЛО-50-01-008376 от 19 января 2017 г., выданной Министерством здравоохранения по Московской области, срок действия: бессрочно. Перечень услуг, составляющих медицинскую деятельность: При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги); при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), медицинскому массажу, сестринскому делу в косметологии, сестринскому делу в педиатрии, физиотерапии, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), аллергологии и иммунологии, детской кардиологии, детской хирургии, детской эндокринологии, косметологии, мануальной терапии, неврологии, нефрологии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, профпатологии, рефлексотерапии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, хирургии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым), медицинским осмотрам (предсменным, послесменным); при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе профессиональной пригодности. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги); при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу, при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: общей врачебной практике (семейной медицине), терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: гастроэнтерологии, Дерматовенерологии, диетологии, кардиологии, психиатрии, психиатрии-наркологии, физиотерапии, эндокринологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию на медицинских противопоказаниях К управлению транспортным средством, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; при проведении экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности.

**1.3.** Заказчик ознакомлен с перечнем работ (услуг) составляющих медицинскую деятельность Исполнителя до момента заключения настоящего Договора.

**1.4** Сроки ожидания предоставления медицинских услуг: в соответствии с Нормативами МинЗдрава РФ.

**2. Стоимость услуг и порядок расчетов**

**2.1** Стоимость услуг, закреплена в перечне платных медицинских услуг с указанием цен (Прейскурант), утвержденном Исполнителем и действующим на момент подписания настоящего Договора и формируется Планом лечения. Заказчик ознакомлен с действующим Прейскурантом до момента заключения настоящего Договора.

**2.2** Оплата услуги осуществляется в полном объеме в день оказания услуги, планом лечения может быть установлен иной порядок расчетов.

**2.3** Оплата медицинских услуг осуществляется в валюте Российской Федерации (рубль) путем перечисления денежных средств на расчетный счет исполнителя банка или посредством платежного терминала либо иным, не запрещенным законом способом.

**2.4** При вызове специалистов на дом услуги такси до места назначения и обратно оплачиваются дополнительно, согласно прейскуранту службы такси.

**3. Права и обязанности Исполнителя**

**3.1** Своевременно и качественно оказывать услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

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

**3.3** В своей деятельности по оказанию медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.

**3.4** Провести собеседование и осмотр Заказчика для установления предварительного диагноза, объема необходимого лечения, отразить результаты обследования в медицинской карте Заказчика, согласовать план лечения за подписью Заказчика. Бесплатно выдать документы (копии документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг: сведения о результатах обследований, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях в течении 5 рабочих дней.

**3.5** Проинформировать Заказчика о результатах обследования, разъяснить ему, учитывая отсутствие у него специальных знаний, все особенности, свойства, характеристиках сделанных диетологических рекомендаций, возможных противопоказаниях.

**3.6** Оказывать услуги Заказчику, используя качественные методы, соответствующие стандартам оказания медицинских услуг.

**3.7** При необходимости проведения специализированных видов лечения Исполнитель поручает проведение их соответствующим специалистам.

**3.8** Учитывать пожелания Заказчика при выборе специалистов, оказывающих медицинские услуги.

**3.9** В случае непредвиденного отсутствия назначенного лечащего врача, Исполнитель вправе назначить другого врача для проведения лечения.

**3.10** Исполнитель вправе расторгнуть настоящий договор в одностороннем порядке в случае возникновения обстоятельств, на которых настаивает Заказчик, не предусмотренных выбранным вариантом лечения, если это, по мнению Исполнителя, приведет к снижению качества оказываемых услуг. При этом Заказчик обязан оплатить фактически оказанные Исполнителем к моменту расторжения настоящего договора услуги.

**4. Права и обязанности Заказчика**

**4.1** Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг, перечнем работ (услуг) составляющих медицинскую деятельность Исполнителя, указанных в пункте 1.2 настоящего Договора, до начала оказания услуг, предусмотренных настоящим Договором.

**4.2** Подписывая настоящий договор, Заказчик, соглашается с тем, что все услуги ему будут оказаны в соответствии с названными порядками и условиями.

**4.3** Заказчик соглашается с тем, что получил полную и достоверную информацию о предполагаемой услуге.

**4.4** В случае согласия с выбранными вариантами лечения подписать письменное уведомление (добровольное информированное согласие).

**4.5** Сообщить врачу достоверные сведения о состоянии своего здоровья, необходимые для правильной постановки диагноза и выбора плана лечения. Объем сведений определяется врачом.

**4.6** Выполнять все указания лечащего врача; своевременно, в согласованное с врачом время, являться на прием и др.

**4.7** При невозможности явиться на лечение в оговоренное время, не позднее, чем за 24 часа до его наступления сообщить Исполнителю и согласовать другое время. В случае опоздания пациента более чем на 10 (десять) минут по отношению к назначенному Заказчику времени получения услуги, Клиника оставляет за собой право на перенос оказания услуги.

**5. Порядок изменения оговоренного объема работ**

**5.1** При необходимости проведения дополнительных исследований, процедур или в случае изменения диагноза, если это не вызвано некачественными действиями Исполнителя для достижения цели настоящего Договора, Исполнитель информирует Заказчика об этом и предлагает оплатить названные дополнительные действия по правилам настоящего договора.

**5.2** В случае согласия Заказчика и внесения им дополнительной платы, Исполнитель продолжает оказывать услугу, оговоренную настоящим Договором.

**5.3** В случае несогласия Заказчика на проведение дополнительных медицинских услуг, в случае, указанном в п. 5.1 настоящего Договора, Исполнитель не несет ответственности за результаты обследования и достоверность диагноза. Заказчик обязуется подписать отказ от медицинского вмешательства. При этом плата, внесенная в соответствии с п. 2.2 Настоящего Договора не возвращается.

**5.4** При отсутствии у Исполнителя технических возможностей качественно исполнить свои обязательства, он вправе направить Заказчика в иную специализированную медицинскую организацию.

**6. Ответственность сторон**

**6.1** Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком за качество выполненных услуг в соответствии с действующим законодательством.

**6.2** Исполнитель не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Заказчиком условий настоящего Договора, также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

**6.3** Исполнитель не несет ответственности в случае возникновения осложнений по вине Заказчика.

**6.4** Исполнитель также не несет ответственности в случае возникновения аллергии или непереносимости препаратов, разрешенных к применению, если Заказчик не уведомил исполнителя о наличии аллергии или непереносимости препаратов.

**6.5** Исполнитель не может нести ответственность в случае прекращения лечения (не явки в назначенное время) по инициативе Заказчика.

#### **7. Конфиденциальность**

**7.1** Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

**7.2** Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Заказчика за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания, и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении. Субъект персональных данных принимает решение о предоставлении его персональных данных и дает согласие на их обработку, своей волей и в собственном интересе. Согласие на обработку персональных данных должно быть конкретным, информированным и осознанным; может быть дано субъектом персональных данных или его представителем в любой позволяющей подтвердить факт его получения форме.

**7.3** При получении согласия на обработку персональных данных от субъектов персональных данных, их легитимность проверяется Исполнителем.

#### **8. Рассмотрение споров и расторжение договора.**

**8.1** В случае возникновения разногласий по вопросу качества и полноты проведенного лечения, спор между сторонами рассматривается Врачебной комиссией. При несогласии Заказчика с выводами Врачебной комиссии исполнителя о качестве и полноте проведенного лечения, Заказчик обращается в независимую экспертную комиссию для получения заключения о качестве и полноте проведенного лечения.

**8.2** Все споры, вытекающие из настоящего Договора, разрешаются сторонами путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

**8.3** Настоящий договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством.

**8.4** Все изменения и дополнения к настоящему договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если совершены в письменной форме.

**8.5** Договор расторгается в случае отказа Заказчика после заключения договора от получения медицинских услуг. При этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

#### **9. Подписи сторон**

Общество с ограниченной ответственностью «Бэби плюс»,  
зарегистрировано Межрайонной ИФНС России № 46 по г. Москве,  
свидетельство о регистрации ОГРН 1135032012390,  
место нахождения Московская область, г.Одинцово,  
пос. ВНИИССОК, ул. Михаила Кутузова, д. 5а, помещение 1  
Лицензия ЛО-50-01-008376 от 19 января 2017 г.,  
выдана Министерством здравоохранения Московской области  
Адрес места нахождения и телефон лицензирующего органа выдавшего  
лицензию,  
указаны на официальном сайте Министерства здравоохранения  
Московской области

Генеральный директор  
\_\_\_\_\_ Глущенко С.С.

С договором ознакомлен. Согласен

ФИО: {фио\_пациента}

Паспорт: {паспорт\_пациента}

Адрес: {адрес\_пациента}

Телефон: {моб.\_телефон\_пациента}

Заказчик: \_\_\_\_\_ {фио\_пациента\_(сокращенное)}

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА  
ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, нижеподписавшийся (аяся) \_\_\_\_\_ {фио\_пациента} \_\_\_\_\_  
 Адрес {адрес\_пациента} \_\_\_\_\_  
 {моб\_телефон\_пациента} \_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" подтверждаю свое согласие ООО «БЭБИ ПЛЮС» на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета при условии сохранения врачебной тайны. В процессе оказания мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам ООО «БЭБИ ПЛЮС» передавать мои персональные данные (персональные данные представляемого мной лица), в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам ООО «БЭБИ ПЛЮС» в интересах моего обследования, лечения и внутреннего учета. Предоставляю ООО «БЭБИ ПЛЮС» право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

ООО «БЭБИ ПЛЮС» вправе осуществлять обработку персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Я также даю/не даю (ненужное зачеркнуть) ООО «БЭБИ ПЛЮС» свое согласие на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи путем звонков, пересылки мне SMS-сообщений (на указанный мной номер мобильного телефона), писем по указанному мной адресу электронной почты. Результаты исследований ВИЧ, сифилис, вирусные гепатиты В, С по электронной почте не направляются.

Подпись  
 {фио\_пациента (сокращенное)} \_\_\_\_\_

Утверждено приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2021 года N 1051н

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, \_\_\_\_\_ {фио\_пациента} \_\_\_\_\_ {дата\_рождения\_пациента} \_\_\_\_\_  
 зарегистрированный {адрес\_пациента} \_\_\_\_\_  
 (адрес регистрации гражданина (указывается в случае проживания не по месту регистрации))

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в [Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи](https://docs.cntd.ru/document/902345725#6500IL) (<https://docs.cntd.ru/document/902345725#6500IL>), утвержденный [приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н](https://docs.cntd.ru/document/902345725#64U0IK) (<https://docs.cntd.ru/document/902345725#64U0IK>) (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО Бэби плюс

Медицинским работником (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) в доступной для меня 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](https://docs.cntd.ru/document/902345725#6500IL) (<https://docs.cntd.ru/document/902345725#6500IL>), или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных [частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"](https://docs.cntd.ru/document/902312609#8P60LT) (<https://docs.cntd.ru/document/902312609#8P60LT>).

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с [пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"](https://docs.cntd.ru/document/902312609#A9U0NU) (<https://docs.cntd.ru/document/902312609#A9U0NU>) может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)  
 (подпись)  
 (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)  
 (подпись)  
 (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

Подпись  
 {фио\_пациента (сокращенное)} \_\_\_\_\_  
 {текущая\_дата} \_\_\_\_\_

Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный N 24082.

**Типовая форма  
 информированного добровольного согласия  
 на формирование листа нетрудоспособности в форме электронного документа и обработку персональных данных**

Медицинская

организация ООО «Бэби плюс»  
 Я, {фио\_пациента} зарегистрированный по адресу: {адрес\_пациента}  
 {паспорт\_пациента}

в соответствии с требованиями Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях осуществления обязательного социального страхования подтверждаю свое согласие на формирование листа нетрудоспособности в форме электронного документа, а также на обработку ( )моих, ( )лица, законным представителем которого являюсь, персональных данных, необходимых для оформления листа нетрудоспособности в форме электронного документа, в том числе СНИЛС, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, извлечение, использование, передачу, распространение, предоставление, доступ, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Медицинская организация вправе обрабатывать и передавать для обработки другим участникам информационного взаимодействия – страхователю, Фонду социального страхования Российской Федерации, учреждению медико-социальной экспертизы и другим медицинским организациям ( )мои, ( )лица, законным представителем которого являюсь, персональные данные, необходимые для оформления листа нетрудоспособности в форме электронного документа, в том числе СНИЛС, посредством внесения их в электронную базу данных с использованием машинных носителей информации, по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Настоящее согласие дано мной « \_\_\_\_\_ » года и действует бессрочно.

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

В случае получения письменного заявления от отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных медицинская организация обязана: а) прекратить их обработку; б) по истечении указанного выше срока хранения моих персональных данных (двадцать пять лет) уничтожить (стереть) все мои персональные данные из баз данных автоматизированной информационной системы медицинской организации, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

(подпись гражданина, его законного представителя)