

ДОГОВОР № _____ на оказание платных медицинских услуг

Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-77-01-001531 от 25 октября 2021 года,
выданной Департаментом Здравоохранения г. Москвы

(Общество с ограниченной ответственностью «АЙ КЬЮ ПЛАСТИК», ОГРН:
1197746479050) (зарегистрировано в государственной инспекцией ФНС России № 46 по г. Москве 30.07.2019
г.) Адрес места нахождения: г. Москва, ул. Часовая, д.20, стр. 1, пом. 85 тел. (495) 161-01-10 г. Москва

«___» _____ 20__ г.

ООО «АЙ КЬЮ ПЛАСТИК» именуемое в дальнейшем «Клиника», в лице Генерального директора
Пикунковой Ирины Александровны, действующий на основании Устава, с одной стороны и _____
_____, именуемый (-ая) в дальнейшем «Пациент (Заказчик)», а в случае,
если Пациентом является несовершеннолетний или недееспособный гражданин, также «Заказчик», с
другой стороны, на основании Правил предоставления медицинскими организациями платных услуг (утв.
Постановлением правительства РФ от 04.10.2012г № 1006) заключили настоящий Договор (далее по тексту
также - Договор) о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. Клиника обязуется оказать Пациенту (Заказчику) медицинские услуги согласно «Перечню услуг и
ценам на лабораторные исследования», действующему на момент оказания в ООО «Ай Кью Пластик», а
Пациент (Заказчик) обязуется добровольно оплатить указанные услуги (далее также – «услуги» или
«медицинские услуги»).

1.2. Перечень услуг и цены на лабораторные исследования является официально утвержденным
документом Клиника и предусматривает конкретный перечень медицинских услуг, стоимость услуг и
сроки их оказания, и находится в Клинике в месте, доступном для ознакомления с ним Пациентом
(Заказчика).

1.3. Клиника вправе привлечь для оказания услуг и лабораторных исследований, согласно договору
№2611/2021/ЛАБ от 26.11.2021, Частное учреждение здравоохранения «Клиническая больница «РЖД-
Медицина» имени Н.А. Семашко, лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-77-01-
020732 от 17 ноября 2020 года, выданной Департаментом Здравоохранения г. Москвы или других третьих
лиц.

1.4. Клиника не участвует в реализации программ государственных гарантий бесплатного оказания
гражданам медицинской помощи. Пациент (Заказчик) проинформирован что, являясь гражданином РФ,
имеет право на бесплатную медицинскую помощь согласно ч.1 ст. 41 Конституции РФ и может
реализовать это право через программу государственных гарантий и территориальную программу
государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Права и обязанности Исполнителя:

2.1.1. Клиника обязана оказать Пациенту качественные и безопасные медицинские услуги в соответствии с
действующими стандартами и порядками оказания медицинской помощи на территории Российской
Федерации и условиями настоящего Договора с привлечением квалифицированного медицинского
персонала.

2.2. Права и обязанности Потребителя (заказчика):

Соблюдать условия настоящего Договора.

2.2.1. Своевременно произвести оплату за Услуги в порядке и сроки, предусмотренные настоящим
Договором.

2.2.2. Выполнять все рекомендации и требования медицинского персонала Клиника, обеспечивающие
качественное оказание услуг.

2.2.3. До выполнения медицинской услуги Клиникой, сообщить все сведения о наличии у него других
заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, а также другую
информацию, влияющую на результат оказания медицинской услуги.

2.2.4. При обращении в Клинику за предоставлением медицинских услуг Пациент (Заказчик) дает
добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство и согласие на обработку
персональных данных.

2.2.5. Заключением настоящего договора Пациент (Заказчик) выражает свое согласие на информирование
его о рекламных акциях Клиники, а также на получение иной информации о Клинике и оказываемых ею
услугах посредством направления Клиникой сообщений на номер мобильного телефона и/или адрес
электронной почты Пациента (Заказчика), указанные в Адресах и реквизитах сторон.

3. Стоимость услуг и порядок расчетов

3.1 Расчет за медицинские услуги производится до подписания Договора в порядке 100% оплаты в
наличной или безналичной форме в российских рублях.

4. Порядок, условия и сроки оказания услуг

4.1. Взятие биологического материала у Пациента (Заказчика) для оказания услуг по проведению
лабораторных исследований осуществляется с использованием емкостей и расходных материалов
Клиники.

4.2. Сроки оказания медицинских услуг предусмотрены действующим на момент заключения Договора, а
также сроками, указанными в Прейскуранте и «Перечне услуг и цен на лабораторные исследования». Срок

оказания услуг не включает в себя день взятия или получения биоматериала.

4.3. Клиника передает Пациенту (Заказчику) медицинские заключения и результаты лабораторных исследований в Клинике. При наличии у Пациента (Заказчика) электронной почты результаты лабораторных исследований доводятся до Пациента (Заказчика) по электронной почте, указанной в Договоре с последующей передачей оригинала результата лабораторного исследования в Клинике. При оформлении результатов медицинских услуг и данных лабораторных исследований биологического материала Пациента (Заказчика) Клиника вправе использовать факсимильное воспроизведение подписи врача с помощью средств механического или иного копирования, электронной подписи либо иного аналога собственноручной подписи.

6. Ответственность Сторон и порядок разрешения споров

6.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору в соответствии с действующим законодательством.

6.2. Клиника не несет ответственности за качество оказанной медицинской услуги, если до оказания медицинской услуги Пациент (Заказчик) не исполнил указания Клиники (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу) по информированию Пациента о перенесенных им (Пациентом) заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, наличии аллергических реакций, противопоказаний и/или не соблюдал рекомендации по подготовке к проведению лабораторных исследований биологического материала и рекомендации по лечению, если оказание медицинской услуги ненадлежащего качества и/или причиненный вред явились следствием отсутствия у Клиники такой информации и/или несоблюдения указанных рекомендаций.

7. Дополнительные положения

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания обеими Сторонами.

7.2. Стороны договорились, что при подписании Договора Клиника вправе использовать факсимильное воспроизведение подписи уполномоченного на заключение Договора лица с помощью средств механического или иного копирования, электронной подписи либо иного аналога собственноручной подписи.

7.3. Расторжение Договора, а также все изменения и дополнения к настоящему Договору должны быть совершены в письменной форме в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации и настоящим Договором. Настоящий Договор составлен на русском языке в двух экземплярах, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

7.4. Все уведомления и сообщения в рамках Договора должны направляться Сторонами друг другу в письменной форме.

7.5. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим Договором, Стороны будут руководствоваться действующим законодательством Российской Федерации.

Подписи сторон:

Клиника:

ООО «АЙ КЬЮ ПЛАСТИК»

Адрес: ул. Часовая, д.20, стр.1, пом.85, г. Москва, 125315

ИНН 7743310439, КПП 774301001

Р/с: 40702810910000928582

Банк: АО "Тинькофф Банк" г Москва

БИК: 044525974

Корр./с: 30101810145250000974

Тел.: +7 (495) 161-01-10, e-mail: info@iqplastique.ru

Генеральный директор _____ И.А. Пикунова

Пациент (Заказчик):

Ф.И.О.: _____

Адрес: _____

Паспорт: _____ выдан: _____

Тел. e-mail: _____

_____ (Подпись / ФИО Пациента)

Согласие на обработку персональных данных.

г. Москва, «___» _____ 20__ г.
Я, _____ Дата рождения: _____
адрес места жительства: _____
Паспорт серия _____ № _____
(в лице законного представителя: , ,

ФИО адрес, номер основного док-та, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного док-та и выдавшем органе, реквизиты доверенности или иного док-та, подтверждающего полномочия представителя), в соответствии со статьями 9, 10, 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и статьей 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», добровольно подтверждаю свое согласие на обработку Обществом с ограниченной ответственностью «АЙ КЬЮ ПЛАСТИК», ИНН: 7743310439, ОГРН: 1197746479050, место нахождения: г. Москва, ул. Часовая, д.20, стр. 1, пом. 85 (далее «Оператор»), моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, адрес электронной почты, реквизиты паспорта (иного документа, удостоверяющего личность), реквизиты полиса добровольного медицинского страхования (ДМС); специальных и биометрических данных, включающих: данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, фотографии, рентгенологические снимки, снимки МРТ – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг и иная информация, полученная при моем обследовании и лечении при условии, что обработка данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью, обязанным хранить врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне (Пациенту) медицинской помощи я, в интересах обследования и лечения, предоставляю право медицинским работникам Оператора передавать мои (Пациента) персональные данные (в том числе специальные и биометрические), должностным лицам и медицинским работникам Оператора, осуществляющим обработку персональных данных в силу своих должностных обязанностей, медицинским работникам иных медицинских организаций, с которыми Оператором заключен договор на оказание сопутствующих медицинских услуг в моих (Пациента) интересах, а также страховым компаниям в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты.

Настоящим согласием я предоставляю Оператору право в соответствии с п.3 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими (Пациента) персональными данными (в том числе специальные и биометрические), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Оператор в том числе 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, а также путем передачи персональных данных (в том числе информацию, содержащую сведения о врачебной тайне), по телефону на номер, указанный платильщиком медицинских услуг (Заказчиком), с целью согласования оказания мне (Пациенту) объема медицинских услуг в случаях, предусмотренных договором (в случае если медицинские услуги оказываются в рамках такого договора). Осуществлять информационное сопровождение клиента путем телефонной связи, СМС-сообщений, электронной почты.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по указанному выше договору на обмен (прием и передачу) персональными данными со страховыми компаниями и иными организациями, раскрытие информации которым определено федеральным законодательством, с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи в рамках Договоров на оплату медицинских услуг в отношении меня (Пациента), заключенных Оператором с юридическими и физическими лицами (далее – Заказчик), я, в интересах обследования и лечения, предоставляю право работникам Оператора в течение срока оказания медицинских услуг (срок прикрепления) по договору передавать мои (Пациента) персональные данные Заказчику необходимые для реализации таких договоров, а также сведения, включающие в себя результаты проведения медицинского осмотра (профилактического, периодического, предварительного).

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 25 (двадцать пять) лет. Передача персональных данных (в том числе специальных и биометрических) лицам помимо страховой медицинской организации и лиц, оказывающих медицинские услуги, в иных целях, помимо цели оказания медицинских услуг, может осуществляться только с моего письменного согласия, включая фотографии, сделанные до начала курса и после его окончания. Настоящее согласие дано в дату его подписания 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 роспись представителю Оператора. При этом я осознаю, что отзыв согласия на обработку персональных данных является односторонним отказом от договора оказания платных медицинских услуг, в связи с невозможностью Оператора в дальнейшем вести медицинскую документацию.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан:

- а) прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной до этого медицинской услуги;
- б) по истечении указанного выше срока хранения персональных данных (двадцать пять лет) уничтожить (стереть) все персональные данные, удалив их из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, а также уничтожить все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

Настоящим подтверждаю свое согласие на обработку Оператором моего контактного телефона, адреса электронной почты и почтового адреса, с целью информирования меня о предстоящем посещении врача, сроках оказания услуг, предоставлении иных, связанных с исполнением договора на оказание медицинских услуг, сведений, в том числе результатов медицинского исследования, анализов, иную медицинскую документацию, путем предоставления соответствующей информации с помощью электронной почты, смс-информирования, почтовой рассылки (я уведомлен, что информация будет направлена по незащищенным каналам связи, в связи с чем, Оператор не может нести ответственность за несанкционированное попадание сведений к третьим лицам).

Субъект персональных данных (законный представитель)

_____/ _____
ФИО подпись

Приложение
к Договору об оказании платных медицинских услуг
№ 10001269 от «___» _____ 20__ г.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА
МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, _____ Дата рождения: _____

в лице законного представителя (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица признанного недееспособным (Ф.И.О. представителя) (данный раздел бланка заполняется только законным представителем лиц, не достигших возраста 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения, или недееспособных граждан)

зарегистрированный по адресу _____
в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (статья 20), добровольно обращаюсь в ООО «АЙ КБЮ ПЛАСТИК» (далее – Исполнитель) и даю информированное добровольное согласие на весь срок оказания мне медицинской помощи на следующие виды медицинских вмешательств согласно приказам Министерства здравоохранения Российской Федерации № 1177н от 20.12.2012 (до 01.03.2022), № 1051 от 12.11.2021 (с 01.03.2022) и № 390н от 23.04.2012:

1. опроса, в том числе выявление жалоб, сбора анамнеза;
2. осмотра, в том числе пальпации, перкуссии, аускультации, риноскопии, фарингоскопии, непрямой ларингоскопии, вагинального исследования (для женщин), ректального исследования;
3. антропометрического исследования;
4. термометрии;
5. тонометрии;
6. не инвазивных исследований органов зрения и зрительных функций;
7. не инвазивных исследований органов слуха и слуховых функций;
8. исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);
9. лабораторных методов обследования, в том числе клинических, биохимических, бактериологических, вирусологических, иммунологических;
10. функциональных методов обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных);
11. рентгенологических методов обследования, в том числе флюорографии (для лиц старше 15 лет) и рентгенографии, ультразвукового исследования, доплерографических исследований;
12. введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно;
13. медицинского массажа;
14. лечебной физкультуры.

Работники Исполнителя в доступной форме уведомили меня об осуществляемой им медицинской деятельности, о режиме работы Исполнителя, о видах, качестве и об условиях предоставления мне медицинской помощи, уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении мне платных медицинских услуг, о перечне платных медицинских услуг Исполнителя, их стоимости, об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты.

Я информирован и понимаю свою обязанность полного информирования лечащего врача обо всех мне известных случаях возникновения аллергии, перенесенных ранее заболеваниях, как острых так и хронических, травмах, операциях, а также о принимаемых лекарственных средствах и биоактивных добавках, непереносимости лекарственных препаратов и ее проявлениях, сообщать правдивые сведения о наследственности, а также употреблении алкоголя, наркотических и токсических средствах, курении, высказывать все жалобы. Я даю разрешение проводить все необходимые лечебные мероприятия на усмотрение лечащего врача и использовать любого иного медицинского работника из персонала Исполнителя, участие которого в моем лечении будет необходимо для получения наилучшего результата диагностики и лечения.

Я полностью понимаю важность выполнения рекомендаций медицинских работников в отношении подготовки к медицинским вмешательствам, режима, питания, лечения для достижения ожидаемых результатов оказания медицинской помощи, а также то, что их нарушение может привести к снижению достоверности диагностики и к снижению результата лечения.

Я самостоятельно использую свое право на выбор платного оказания услуг при получении медицинской помощи на добровольной основе, в рамках договора оказания платных медицинских услуг. Я уведомлен(а) о возможности получения медицинской помощи в рамках ОМС по месту прикрепления. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также в любое время я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона № 323-ФЗ.

Я подтверждаю, что мне разъяснена вся информация, изложенная мне медицинским работником _____ (должность, Ф.И.О. медицинского работника). В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинского вмешательства, его последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Я информирован (информирована) о характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения.

В соответствии с частью 4 статьи 22 Федерального закона № 323-ФЗ я разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания членам моей семьи, законным представителям, гражданам:

_____ (указать Ф.И.О., год рождения, контактная информация, по желанию – степень родства)

Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с проведением процедуры, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю решение о согласии на медицинское вмешательство.

Подписывая настоящее согласие, подтверждаю наличие у меня установленной законодательством способности приобретать и осуществлять гражданские права, создавать гражданские обязанности и исполнять их (гражданская дееспособность). Подтверждаю, что не лишен дееспособности ни полностью, ни частично.

« ____ » _____ 20__ г.

_____ (подпись и Ф.И.О. пациента)

_____ (контактный телефон Пациента)

Расписался в моем присутствии:

Врач (Ф.И.О.) _____

подпись _____

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в
Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают
информированное добровольное согласие для получения первичной
медико-санитарной помощи**

Я, являясь Пациентом (Заказчиком), 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, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «Ай Кью Пластик», **Медицинским работником** _____
(указываются должность, Ф.И.О. 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, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”. Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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 (ненужное зачеркнуть)

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

Медицинский работник

Пациент (Заказчик)

_____/_____/_____/_____/_____
(подпись) (расшифровка подписи) (подпись) (расшифровка подписи)

Я, являясь Пациентом (Заказчиком), подтверждаю, что фамилия, имя, отчество, место жительства, паспортные данные, номер телефона и адрес электронной почты, указанные мной в Договоре, достоверны, принадлежат Пациенту (Заказчику) и не содержат ошибок.

Пациент (Заказчик) _____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)