

Оказание платных медицинских услуг осуществляется только при наличии предварительно заключенного и подписанного Договора между Исполнителем и Потребителем (Пациентом) (за исключением неотложной помощи). Основания:

- Постановление Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»: договор оказания платных медицинских услуг заключается между Потребителем (Пациентом) и Исполнителем в письменной форме;
- Условия лицензирования клиники: платные медицинские услуги разрешаются только при наличии договора.

Потребитель предупрежден о том, что в помещениях клиники с целью контроля качества и безопасности медицинской деятельности ведется видеонаблюдение и аудиофиксация.

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

№ _____

г. Королев

_____ г.

Несовершеннолетний Потребитель (Пациент) _____ (ФИО)

_____ г.р., документ _____

в лице действующего от его имени Официального представителя
Ф.И.О.

_____ года рождения, паспорт серия _____ № _____ выдан _____ года, именуемый
в дальнейшем «Потребитель»,

Адрес места жительства, иные адреса и телефоны, на которые Исполнитель может направлять ответы на письменные обращения, содержание персональные данные и медицинскую тайну Потребителя _____, Телефон: _____ e-mail: _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с одной стороны и **Общество с ограниченной ответственностью Научно-исследовательский медицинский центр "Медика Менте" (ООО НИМЦ «Медика Менте»)**, адрес места нахождения юридического лица: 141070, РФ, Московская область, г. Королев, ул. Циолковского, д.7, адреса мест осуществления медицинской деятельности: 141070, РФ, Московская область, г. Королев, ул. Циолковского, д.7; 141070, Московская область, г. Королев, ул. Циолковского, д. 7, 2 этаж; 141070, Московская область, г. Королев, ул. 50-летия ВЛКСМ, д. 2а, пом. I, адрес сайта в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» www.medmente.ru, свидетельство о присвоении ОГРН 1195081003 зарегистрировано 07.02.2019 г. в Межрайонной ИФНС России №2 по Московской области ИНН 5018198350 в лице Генерального директора Никитского Михаила Николаевича, действующего на основании Устава и Лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01162-50/00351825 от 09.07.2020 г. выдана Министерством здравоохранения Московской области (143407, РФ, Московская область, г. Красногорск-7, бульвар Строителей, д.1, тел. +7(498)602-03-01), сроком действия «бессрочно», ссылка на сведения, содержащиеся в электронных реестрах лицензий: www.medmente.ru, www.roszdravnadzor.gov.ru **141070, Московская область, г. Королев, ул. 50-летия ВЛКСМ, д. 2а, пом. I** выполняемые работы, оказываемые услуги: 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); сестринскому делу; сестринскому делу в

педиатрии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); 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; дерматовенерологии; детской кардиологии; детской урологии-андрологии; детской хирургии; детской эндокринологии; косметологии; неврологии; нефрологии; онкологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; пластической хирургии; психиатрии; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; эндоскопии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: аллергологии и иммунологии; нефрологии; онкологии; офтальмологии; При оказании паллиативной медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях по: онкологии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; **141070, Московская область, г. Королев, ул. Циолковского, д. 7, 2 этаж** выполняемые работы, оказываемые услуги: При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; вакцинации (проведению профилактических прививок); рентгенологии; стоматологии; стоматологии профилактической; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: общей врачебной практике (семейной медицине); терапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: детской урологии-андрологии; колопроктологии; ортодонтии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; пластической хирургии; пульмонологии; рентгенологии; стоматологии детской; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; эндокринологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: детской урологии-андрологии; детской хирургии; урологии; челюстно-лицевой хирургии; **141070, Московская область, г. Королёв, ул. Циолковского, д. 7** выполняемые работы, оказываемые услуги: При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; медицинскому массажу; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; физиотерапии; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; 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; анестезиологии и реаниматологии; гастроэнтерологии; дерматовенерологии; детской кардиологии; детской хирургии; детской эндокринологии; кардиологии; косметологии; лечебной физкультуре; мануальной терапии; неврологии; нефрологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; профпатологии; психиатрии; психиатрии-наркологии; психотерапии; ревматологии; рефлексотерапии; сердечно-сосудистой хирургии; спортивной медицине; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по:

оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации); трансфузиологии; При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); анестезиологии и реаниматологии; детской урологии-андрологии; детской хирургии; клинической лабораторной диагностике; лабораторной диагностике; оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации); пластической хирургии; сердечно-сосудистой хирургии; травматологии и ортопедии; хирургии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе профессиональной пригодности; При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым); При проведении медицинских освидетельствований организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием, именуемое в дальнейшем «Исполнитель» с другой стороны, далее совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется, при наличии медицинских показаний и организационно-технических возможностей, оказать платные медицинские услуги Потребителю в объеме **амбулаторно-поликлинической медицинской помощи** в соответствии с перечнем видов медицинской деятельности, разрешенных лицензией, по наименованию, стоимости и в сроки, указанные в Акте в Приложении №1 к настоящему Договору, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора, которое составляется обязательно письменно и которое может изменяться по согласованию Сторон и по медицинским показаниям, а Потребитель – принять и оплатить оказанные услуги по Прейскуранту Исполнителя, размещенному на официальном сайте Исполнителя в сети интернет по адресу: www.medmente.ru, в сроки и на условиях, установленных настоящим Договором и приложениями к нему.

1.2. Настоящий Договор обеспечивает реализацию прав Потребителя на получение платных медицинских услуг в ООО НИМЦ «Медика Менте» в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Федеральным законом Российской Федерации от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», с соблюдением порядков и стандартов оказания медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Исполнитель в соответствии с законодательством Российской Федерации несет ответственность за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и /или здоровью при оказании медицинских услуг Потребителю.

1.3. Если иное не согласовано Сторонами, срок оказания услуги определяет Потребитель, используя систему электронной записи на прием через сайт Исполнителя в сети интернет по адресу: www.medmente.ru либо через обращение к администраторам Исполнителя.

1.4. Платные медицинские услуги предоставляются при обязательном наличии Информированного добровольного согласия Потребитель (Приложение №2 к настоящему Договору), данного им в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

1.5. Исполнитель уведомляет Потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) специалиста, оказывающего услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество медицинской помощи, отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

1.6. Исполнитель информирует Потребителя о возможности получения медицинской помощи без взимания платы в рамках государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. Исполнитель в соответствии с пунктом 1.1. настоящего Договора оказывает платные медицинские услуги в помещениях Исполнителя, расположенных по адресам: **141070, Московская область, г. Королёв, ул. Циолковского, д. 7; 141070, Московская область, г. Королев, ул. Циолковского, д. 7, 2 этаж; 141070, Московская область, г. Королев, ул. 50-летия ВЛКСМ, д. 2а, пом. I.**

2.2. Основанием для предоставления платных медицинских услуг является личное обращение и добровольное желание Потребителя получить медицинские услуги за плату, наличие медицинских показаний и возможностей Исполнителя для оказания медицинских услуг.

2.3. Предварительным условием получения услуги является дача Потребителем на приеме у специалиста Исполнителя информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

2.4. При привлечении Исполнителем к оказанию медицинских услуг третьих лиц Исполнитель доводит до сведения Потребителя место и время оказания ему медицинской услуги.

2.5. Учитывая желание Потребителя достичь наилучшего результата при получении услуг и личную заинтересованность Потребителя в части сохранения физического здоровья, Потребитель предоставляет достоверные сведения о состоянии своего здоровья. В случае одновременного прохождения Потребителем медицинских процедур, лечения в другом медицинском учреждении, Потребитель обязан сообщить о виде и характере таких процедур специалистам Исполнителя. Если Потребитель не сообщил о прохождении других процедур, то Исполнитель не несет ответственности за неблагоприятные последствия, которые могут возникнуть в связи с несовместимостью медицинских процедур. В случае несоблюдения рекомендаций специалистов Исполнителя (нарушение режима и рекомендаций), повлекшее за собой неблагоприятные последствия для Потребителя, Исполнитель не несет гражданско-правовую ответственность за наступление таких последствий. В случае невозможности подписания со стороны Потребителя данного документа, Заключение подписывается доверенным лицом Потребителя на основании доверенности, оформленной нотариально, в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

2.6. Срок оказания медицинской услуги определяется датой и временем обращения Потребителя к Исполнителю в соответствии со статьей 190 Гражданского кодекса Российской Федерации.

2.7. Сроки оказания услуг могут быть скорректированы после консультации и осмотра врачом по согласованию с Потребителем, с внесением информации в медицинскую карту Потребителя.

2.8. После консультации и обследования Потребителя письменно составляется План лечения в медицинской карте с указанием видов услуг, перечня и согласовывается с Исполнителем. В случае длительного лечения, предполагающего этапность, ориентировочные сроки фиксируются в Плане лечения в медицинской карте и согласовываются с Исполнителем. Согласие Потребителя на оказание дополнительных услуг за плату в связи с изменением Плана лечения, изменения количества и видов медицинских услуг в соответствии с индивидуальными рекомендациями медицинских специалистов

Исполнителя, пожеланиями Потребителя оформляется в письменной форме в виде Дополнительного соглашения к настоящему Договору.

2.9. Подписывая настоящий Договор, Потребитель подтверждает, что до его заключения лично ознакомился с Прейскурантом Исполнителя, с правилами, порядками, условиями, формами оказания медицинских услуг и их оплаты, размещенных на сайте Исполнителя в сети интернет по адресу: www.medmente.ru и на информационных стендах Исполнителя и обязуется соблюдать их требования.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Оказывать платные медицинские услуги в соответствии с требованиями, установленными законодательством Российской Федерации, а также условиями настоящего Договора.

3.1.2. Ознакомить Потребителя в письменном виде с подробной информацией о предоставляемых медицинских услугах по Плану лечения, перечнем, стоимостью, сроками оказания услуг до начала их оказания.

3.1.3. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

3.1.4. Назначить для проведения обследования и лечения медицинского специалиста (далее - «врача»), соответствующего квалификационным требованиям к медицинским специалистам, предъявляемым законодательством Российской Федерации.

3.1.5. Назначить в оговоренное с Потребителем время обследование Потребителя;

3.1.6. Определить комплекс лечебных мероприятий, необходимый для достижения положительных результатов лечения, обязательный для полного выполнения Сторонами в определенные врачом сроки.

3.1.7. Отразить результаты обследования (предварительный диагноз) и согласованные с Потребителем медицинские услуги, План лечения в медицинской карте.

3.1.8. Определить и сообщить Потребителю ориентировочные сроки выполнения выбранных и согласованных с Потребителем медицинских услуг, при этом любое изменение Плана лечения (согласно записям в медицинской карте Потребителя), влечет за собой изменение сроков и стоимости лечения.

3.1.9. В соответствии с предварительным диагнозом, внесенными в медицинскую карту Потребителя, согласованным Планом лечения, осуществить лечение Потребителя в соответствии с условиями настоящего Договора;

3.1.10. Использовать методы диагностики, профилактики и лечения с соблюдением предъявляемых к ним требований.

3.1.11. Обеспечить соблюдение действующих санитарных норм и правил, санитарно-эпидемиологических и санитарно-противоэпидемических мероприятий при подготовке к приему и во время лечения.

3.1.12. Обеспечить наиболее безболезненные и рациональные методы лечения в соответствии с медицинскими показаниями. В зависимости от состояния Потребителя и наличия медицинских показаний, по согласованию с лечащим врачом или консилиумом врачей, использовать по возможности самые современные и наименее инвазивные методы диагностики и лечения;

3.1.13. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача обеспечить лечение другим специалистом (при наличии физической возможности).

3.1.14. Предоставить по письменному мотивированному запросу Потребителя копии медицинских документов о состоянии здоровья в течение 10 (Десяти) дней с момента получения запроса от

Потребителя или его законного представителя, при условии предоставления подлинников документов, подтверждающих полномочия.

3.2. Потребитель обязан:

3.2.1. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, в том числе: сообщать информацию о своем здоровье, выполнять устные и письменные рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения о своем состоянии здоровья, соблюдать режим лечения, график визитов для проведения диагностики, лечения и плановых осмотров, выполнять условия гарантии на о вещественные результаты оказанных медицинских услуг.

3.2.2. Подписывать информированные добровольные согласия на оказание медицинских услуг до начала их оказания, планы лечения, акты приемки-сдачи оказанных услуг и иные документы и Приложения к настоящему Договору. В случае отказа от подписания документов Потребитель обязан предоставить письменные пояснения причины такого отказа.

3.2.3. Прибывать в срок за 15 минут до назначенного времени приема к врачу и уведомлять Исполнителя за 24 часа об отмене назначенного врачом визита вне зависимости от причины отмены.

3.2.4. Во время действия настоящего Договора уведомлять Исполнителя об использовании лекарственных препаратов, назначенных самостоятельно или специалистами других лечебных учреждений, уведомлять о фактах получения медицинских услуг в других медицинских организациях, последствия которых могут повлиять на результаты уже оказанных по Договору услуг или повлечь за собой изменения в плане лечения и сроках оказания услуг (за исключением получения экстренной медицинской помощи).

3.2.5. В случае изменения состояния здоровья, связанного, с точки зрения Потребителя, с проведенными Исполнителем медицинскими вмешательствами, немедленно сообщить об этом лечащему врачу или администратору Исполнителя по телефону и прибыть на прием к Исполнителю в разумные сроки согласно полученным врачебным рекомендациям.

3.2.6. При отказе от продолжения лечения Потребитель обязан подписать отказ от медицинского вмешательства и расторгнуть Договор, оплатив оказанные услуги и все фактически понесенные Исполнителем затраты по Договору.

3.2.7. Указать актуальный адрес электронной почты на бланке добровольного информированного согласия для получения результатов лабораторной диагностики на указанную почту.

3.2.8. Получать результаты по лабораторной диагностике лично при предъявлении документа, удостоверяющего личность или указать в бланке добровольного информированного согласия ФИО лицо, которое может получить результаты.

3.2.9. Заявлять об обнаружении недостатков (жалобах) при принятии выполненной услуги, ее отдельного этапа или в ходе ее исполнения, сообщать о них лечащему врачу для обязательного внесения соответствующей записи в медицинскую карту, в противном случае услуга считается выполненной надлежащим образом. При невозможности обнаружить недостаток при принятии выполненной услуги, в течение гарантийного срока Потребитель вправе предъявлять требования, связанные с ее недостатками.

3.2.10. При появлении боли, дискомфорта и других жалоб в период оказания медицинских услуг и в течение гарантийного срока, немедленно извещать лечащего врача или дежурного администратора с обязательным внесением записей в медицинскую карту, либо посетить клинику для оказания помощи. В противном случае оказанные услуги считаются надлежаще выполненными Исполнителем.

3.2.11. В случае невозможности явки на лечение, консультацию и/или профилактический осмотр в назначенное лечащим врачом время, предупредить об этом врача не менее чем за сутки.

3.2.12. При невозможности выполнения Исполнителем своих обязательств по Договору, возникших по вине Потребителя или расторжения настоящего Договора по инициативе Потребителя, оплатить

фактически оказанные услуги, в том числе стоимость израсходованных материалов и прочие понесенные расходы Исполнителя в полном объеме.

3.2.13. При возникновении сомнений в достоверности предоставляемых результатах лабораторных или иных методов диагностики, которые не выполнялись Исполнителем, или он по договору не является фактическим исполнителем данных услуг, претензии по качеству проведения указанных медицинских услуг направлять непосредственно фактическому исполнителю данных услуг.

3.2.14. Потребитель не возражает против проведения видеонаблюдения в помещении Исполнителя (за исключением туалетных комнат), которое может проводиться Исполнителем в целях обеспечения безопасности посетителей (пациентов) и сотрудников, а также в целях улучшения качества обслуживания.

3.2.15. Оплатить оказанные Исполнителем услуги по Договору в соответствии с Прейскурантом на момент оказания услуги.

3.2.16. Заботиться о своем здоровье, принимать все возможные меры для сохранения положительного результата лечения.

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. По рекомендации лечащих врачей привлекать для осмотра и консультаций смежных специалистов из других медицинских организаций, а также направлять Потребителя в другие медицинские организации на необходимые консультации, дообследования и/или лечение, которые не производятся у Исполнителя, с последующей дополнительной оплатой Потребителем оказанных медицинских услуг. При этом Потребитель может самостоятельно вносить денежные средства за оказанную медицинскую услугу непосредственно в организацию, выполняющую данную услугу. Указанные направления на дополнительные обследования могут быть произведены исключительно с согласия Потребителя.

3.3.2. Направить Потребителя (с его согласия) к другому специалисту соответствующего профиля в случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема, или перенести дату и время оказания услуг.

3.3.3. Отсрочить или отменить оказание услуги (в том числе в день назначения) в случае обнаружения у Потребителя медицинских противопоказаний, препятствующих безопасному оказанию услуг, а также в случае опоздания Потребителя на прием к назначенному времени.

3.3.4. С согласия и по просьбе (письменной) Потребителя вправе допустить по медицинским показаниям отступление от первоначального плана, объема и стоимости лечения.

3.3.5. Исполнитель вправе отказать в оказании услуги при наличии у Потребителя медицинских противопоказаний, а равно если это лечение не соответствует требованиям технологий, не соответствует действующим стандартам, а равно может вызвать нежелательные последствия.

3.3.6. Изменять стоимость услуг, размещая данную информацию в Прейскуранте на официальном сайте Исполнителя в сети интернет по адресу: www.medmente.ru и на информационных стендах Исполнителя.

3.4. Потребитель имеет право:

3.4.1. Получать информацию о состоянии здоровья, о результатах оказания медицинских услуг, о действии лекарственных препаратов и их побочных проявлениях, об исходах и прогнозах медицинских вмешательств, иную информацию о платных медицинских услугах в соответствии с требованиями Правил оказания медицинскими организациями платных медицинских услуг.

3.4.2. Предоставить Исполнителю подписанное Согласие на обработку персональных данных (Приложение №3 к настоящему Договору).

3.4.3. На выбор лечащего врача с учетом получения согласия врача осуществлять лечение Потребителя по нормам статьи 70 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан».

3.4.4. На проведение по просьбе Потребителя заседания врачебной комиссии и консультаций других специалистов Исполнителя по вопросам, связанным с качеством предоставления услуг.

3.4.5. Получать выписки или копии из медицинской документации в сроки, установленные законодательством Российской Федерации.

3.4.6. На дачу отказа в письменном виде от медицинского вмешательства.

3.4.7. На сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии своего здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при обследовании и лечении.

4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

4.1. Потребитель обязан оплатить оказанную(ые) Исполнителем услугу (и) в порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором, с учетом положений статей 16.1 и 37 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 г. №2300-1ФЗ "О защите прав потребителей". Потребителю выдается документ, подтверждающий произведенную оплату: контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности.

4.2. Потребитель производит оплату медицинских услуг по Акту в соответствии с Прейскурантом Исполнителя на день оказания услуг одним из следующих способов: наличными денежными средствами в кассу, безналичным перечислением денежных средств на расчетный счет, с использованием платежного терминала Исполнителя и банковских карт.

4.3. Оплата услуг Исполнителя по настоящему Договору производится Потребителем по Акту Исполнителя в полном объеме 100% при заключении Договора с Исполнителем в день получения услуги.

Если по результатам приема медицинский специалист Исполнителя направляет Потребителя с его согласия на процедуру, которая может быть оказана сразу после приема, а Потребителю удобно ее получить до оплаты, информация о данной услуге вносится в медицинскую карту Потребителя и выдается Акт с указанием проведенной процедуры, который подлежит оплате в день получения услуги.

4.4. Исполнитель вправе изменять стоимость услуг, размещая данную информацию в Прейскуранте на официальном сайте Исполнителя в сети интернет по адресу: www.medmente.ru и на информационных стендах Исполнителя. Потребитель соглашается с этим правом Исполнителя и признает для себя указанный порядок надлежащим способом доведения информации о стоимости услуг.

4.5. Услуги оказываются Исполнителем с использованием собственного медицинского оборудования, изделий медицинского назначения, лекарственных средств. Исполнитель полностью отвечает за их надлежащее качество при оказании услуг Потребителям.

4.6. При досрочном расторжении Договора делается перерасчет за фактически оказанные услуги и возврат остатка ранее внесенного аванса Потребителю наличными или на расчетный счет в банке в срок до 10 рабочих дней включительно.

4.7. В случае если Потребитель проходит лечение у Исполнителя в соответствии с полисом добровольного медицинского страхования, в соответствии с направлением от страховой компании, ему известно и понятно, что оплату за такие услуги производит страховая организация, выдавшая данное направление на лечение у Исполнителя. В случае отказа данной страховой организации от оплаты лечения Потребителя в рамках полиса добровольного медицинского страхования, после фактически оказанных медицинским услуг Исполнителем Потребителю, обязанность по оплате услуг возлагается на Потребителя в соответствии с выставленным Актом Исполнителя.

4.8. По окончании оказания услуг по настоящему Договору, Потребитель подписывает Заключение и Акт по Договору на оказание медицинских услуг, предоставленный Исполнителем. В Акте указывается объем и стоимость оказанных медицинских услуг. В Заключении даются рекомендации и назначения по дальнейшему лечению Потребителя.

4.9. Исполнитель оставляет за собой право направить Потребителю Акт выполненных работ по Договору заказным письмом по адресу, указанному в настоящем Договоре, с описью вложения и уведомлением о вручении.

4.10. Датой получения документов, указанных в п. 4.8. настоящего Договора, является 5 (Пятый) день с момента сдачи в отделение почтовой связи, в случае направления посредством почтовой связи, или дата вручения Потребителю или его представителю.

4.11. В течение 3 (Трех) дней с даты получения документов, указанных в п. 4.8., Потребитель обязан их подписать и направить Исполнителю, либо направить в адрес Исполнителя мотивированный отказ от приемки оказанных медицинских услуг. Основаниями отказа в приемке являются несоответствие оказанных медицинских услуг порядку оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, действующим на территории Российской Федерации, а также условиям настоящего Договора и приложений к нему, подтвержденные документально.

4.12. По истечении 5 (пяти) дней с момента получения Акта по месту оказания услуги или уведомлении письмом при отсутствии подписанного Заключения и Акта или мотивированного отказа Потребителя, Заключение и Акт считается подписанным, а медицинские услуги - оказанными надлежащим образом и в установленные настоящим Договором сроки.

4.13. В случае возврата документов, указанных в п. 4.10., в связи с невручением адресату, Заключение по Договору считается подписанным в связи с добросовестным исполнением Исполнителем обязательств по направлению документов по адресу, указанному Потребителем в Договоре.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

5.2. Оплата медицинских услуг Потребителем путем перевода средств на счет третьего лица, не освобождает Исполнителя от обязанности осуществить возврат уплаченной Потребителем суммы как при отказе от исполнения Договора, так и при оказании услуг ненадлежащего качества.

5.3. В случае отказа Потребителем после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом Потребитель оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

5.4. При возникновении претензии по качеству оказанной медицинской услуги Потребитель подает ее в письменной форме на почтовый адрес Исполнителя или адрес электронной почты Исполнителя, указанные в разделе настоящего Договора «Реквизиты Сторон». В претензии должны содержаться сведения, достаточные для идентификации Потребителя (Ф.И.О, дата предоставления медицинской услуги и ее вид), а также суть претензии и контактные данные для оперативной связи с Потребителем (телефон, почтовый адрес, адрес электронной почты).

5.5. В случае поступления претензии от Потребителя Исполнитель направляет ему ответ в отношении заявленных требований в сроки, установленные для удовлетворения требований Потребителя Законом Российской Федерации от 07.02.1992 г. №2300-1ФЗ «О защите прав потребителей», а при их отсутствии – в 10-ти (Десяти) дневный срок со дня получения претензии. Ответ направляется по адресу электронной почты, указанному Потребителем в претензии, а при его отсутствии – заказным письмом с уведомлением о вручении либо иным способом, который позволяет зафиксировать факт направления ответа и его получения Потребителем.

5.6. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение (ненадлежащее исполнение) обязательств по Договору, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) является чрезвычайное и непредотвратимое обстоятельство (непреодолимая сила: стихийные бедствия, военные действия, эпидемии, запретительные меры органов государственной власти и т.п).

6. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

6.1. При возникновении споров Стороны будут стремиться разрешить сложившуюся ситуацию путем переговоров.

6.2. Обращения (жалобы, претензии) Потребитель может направить на почтовые адреса Исполнителя: 141070, Московская область, г. Королёв, ул. Циолковского, д. 7; 141070, Московская область, г. Королев, ул. 50-летия ВЛКСМ, д. 2а, пом. I. или адрес электронной почты Исполнителя, указанные в разделе настоящего Договора «Реквизиты Сторон», или лично путем обращения к администраторам медицинского центра.

6.3. Срок устранения признанных Исполнителем недостатков оказанных услуг устанавливается настоящим Договором равным 45 дням. В случае, если во время устранения недостатков станет очевидным, что они не будут устранены в определенный Договором срок, Стороны могут заключить соглашение о новом сроке устранения недостатков.

6.4. При не достижении согласия Сторон, споры разрешаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. Территориальная подсудность споров определяется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.5. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Потребителем по вопросу качества оказанных услуг, спор между сторонами рассматривается Врачебной комиссией Исполнителя, в том числе с привлечением сторонних специалистов. Все претензии Стороны оформляют в письменном виде.

6.6. Понимая субъективность оценки результатов медицинских услуг, Стороны договорились проводить оценку результатов не ранее сроков, указанных в Информированном согласии на оказание платных медицинских услуг, путем оценки результатов на совместном заседании Потребителем и Врачебной комиссии Исполнителя.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1. Содержание, сроки и объем лечения согласовываются Сторонами устно и письменно.

7.2. Оригиналы всех медицинских исследований, проведенных в организации Исполнителя, являются собственностью Исполнителя и Потребителю не выдаются. По письменному требованию Потребителя ему может предоставляться их копия или выписка.

7.3. Потребитель, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», (выбрать)

дает,

не дает

свое согласие на обработку персоналом Исполнителя своих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, гражданство, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны и адреса электронной почты, реквизиты полиса ДМС, данные о состоянии своего здоровья и иные персональные данные в медико-профилактических целях, для установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, в целях уведомления об услугах и акциях Исполнителя по почте, электронной почте и сотовой связи посредством телефонных звонков и СМС, сбора статистической информации, контроля качества лечения. Потребитель уведомлен о необходимости

медицинского фото- и видеопотоколирования этапов оказания платных медицинских услуг. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения Договора. В процессе оказания медицинской помощи Потребитель дает право Исполнителю передавать свои персональные данные, фотографии и сведения, составляющие врачебную тайну, третьим лицам в интересах своего обследования и лечения.

Настоящее согласие действует бессрочно и может быть отозвано Потребителем в письменном виде.

7.4. Исполнитель не вправе отказывать Потребителю в заключении, исполнении, изменении или расторжении Договора, в связи с отказом Потребителя предоставить персональные данные, за исключением случаев, если обязанность предоставления таких данных предусмотрена законодательством Российской Федерации или непосредственно связана с исполнением Договора.

7.5. Подписывая данный Договор, Потребитель подтверждает, что делает это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения, в том числе по программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

7.6. Заключение договора добровольного медицинского страхования и оплата медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с указанным договором, осуществляются в соответствии с Гражданским кодексом РФ и Законом РФ "Об организации страхового дела в Российской Федерации". В случае лечения Потребителя по договору добровольного медицинского страхования все услуги, относящиеся к страховому случаю (подтверждается страховым полисом и направлением от страховой компании), оплачиваются страховой компанией. Прочие оказанные платные медицинские услуги, на которые не распространяется действие страхового полиса ДМС, оплачиваются Потребителем в соответствии с условиями настоящего Договора.

7.7. Исполнителем после исполнения Договора об оказании платных медицинских услуг выдаются Потребителю (законному представителю) копии медицинских документов, выписки из медицинских документов, отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях. Указанная информация предоставляется бесплатно, в сроки, установленные нормативными правовыми актами Минздрава России.

7.8. Полная информация об условиях гарантии, сроках службы о вещественных результатах услуг Исполнителя содержится в «Положении о гарантиях» на официальном сайте Исполнителя по адресу: www.medmente.ru и на информационных стендах Исполнителя.

7.9. Подписывая настоящий Договор, Потребитель наделяет Исполнителя правом, при необходимости, провести оценку качества, оказанных Потребителю медицинских услуг, разрешая при этом передачу врачам, проводящим оценку качества, персональных данных и информации о состоянии своего здоровья, содержащейся в медицинской карте с условием сохранения ими персональных данных и медицинской тайны.

В процессе оказания медицинской помощи Потребитель дает право Исполнителю передавать свои персональные данные, фотографии и сведения, составляющие врачебную тайну, третьим лицам в интересах своего обследования и лечения.

7.10. Для целей оказания медицинских услуг Исполнителю предоставляется право осуществлять обмен (прием и передачу) персональных данных с иными медицинскими организациями, органами государственной и муниципальной власти, а также в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Настоящее согласие действует бессрочно и может быть отозвано Потребителем в письменном виде - заказным письмом.

7.11. Все приложения и дополнительные соглашения, указанные в настоящем Договоре и созданные Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются Сторонами как неотъемлемые составные части настоящего Договора.

7.12. Подписывая данный Договор, Потребитель подтверждает, что делает это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения, ознакомлен и согласен с правилами поведения пациентов в клинике Исполнителя, с Правилами оказания медицинских услуг, их перечнем и стоимостью.

7.13. Изменения условий настоящего Договора возможны только путем составления Дополнительного соглашения и его подписания всеми сторонами Договора.

7.14. В случае, если при оказании услуг потребуются предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя. Оказание дополнительных платных услуг оформляется в виде дополнительного соглашения к настоящему Договору либо в виде нового Договора с указанием конкретных медицинских услуг и их стоимости.

7.15. Стороны согласовали подписание настоящего Договора Исполнителем при помощи факсимильного воспроизведения подписи в соответствии с пунктом 2 статьи 160 Гражданского кодекса Российской Федерации.

7.16. Потребитель заверяет и гарантирует, что в установленном законом порядке обладает всеми необходимыми правами и полномочиями по заключению настоящего Договора, а в случае нарушения указанных заверений и гарантий самостоятельно понесет риск всех связанных с этим негативных последствий.

7.17. Действующие Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» размещены на официальном сайте Исполнителя по адресу: www.medmente.ru и информационных стендах Исполнителя.

7.18. Информационные стенды Исполнителя находятся по адресам: *141070, Московская область, г. Королёв, ул. Циолковского, д. 7; 141070, Московская область, г. Королев, ул. 50-летия ВЛКСМ, д. 2а, пом. I.*

8. ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ ПРИ ЗАКЛЮЧЕНИИ ДОГОВОРА ДИСТАНЦИОННЫМ СПОСОБОМ

8.1. Договор на оказание медицинских услуг может быть заключен посредством использования информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" на основании ознакомления Потребителя с предложенным Исполнителем описанием медицинской услуги (дистанционный способ заключения договора).

8.2. Договор с Потребителем считается заключенным дистанционным способом с момента оформления Потребителем соответствующего согласия (акцепта) и внесения предоплаты в размере 100% по нему, включая оплату расходных материалов с учетом положений статьи 16.1 и 37 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 г. №2300-1ФЗ "О защите прав потребителей". С момента получения акцепта и осуществления Потребителем оплаты по нему, все условия настоящего Договора остаются неизменными и не могут корректироваться Исполнителем без согласия Потребителя.

8.3. При заключении Договора дистанционным способом Исполнитель предоставляет Потребителю путем направления по электронной почте или интернет-мессенджеру подтверждение, которое содержит дату и номер заключенного Договора, который позволяет Потребителю получить

информацию о заключенном Договоре оказания платных медицинских услуг и его условиях до начала оказания медицинских услуг.

8.4. Исполнитель обеспечивает прием обращений и требований Потребителя дистанционным способом тем же каналом обмена информацией, которым был заключен Договор в дистанционной форме.

9. СРОК ДЕЙСТВИЯ, ПРИОСТАНОВЛЕНИЕ, ИЗМЕНЕНИЕ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

9.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует (в зависимости от того, какое обстоятельство наступит раньше): в течение одного календарного года или до исполнения Сторонами своих обязательств. Если за 10 календарных дней до истечения срока действия настоящего Договора ни одна из Сторон не известит в письменной форме другую Сторону о намерении расторгнуть настоящий Договор, он пролонгируется на тех же условиях на следующий календарный год.

9.2. Все приложения и дополнительные соглашения, указанные в настоящем Договоре и созданные Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются Сторонами как неотъемлемые составные части настоящего Договора. Изменения и дополнения настоящего Договора возможны только путем составления письменного Приложения или Дополнительного соглашения и его подписания всеми Сторонами Договора.

9.3. Действие настоящего Договора может быть приостановлено в связи с обстоятельствами, не зависящими от воли Сторон (форс-мажор: стихийные бедствия, военные действия, эпидемии, запретительные меры органов государственной власти и т.п.).

9.4. Расторжение договора возможно по факту выполнения Сторонами всех обязательств по Договору, по инициативе Потребителя, по окончании срока действия, по решению суда либо по иным причинам согласно законодательству Российской Федерации. При заключении Договора дистанционным способом отказ Потребителя от исполнения Договора может быть оформлен также способом, используемым при его заключении - дистанционно.

9.4. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

10. УВЕДОМЛЕНИЕ

о несоблюдении указаний (рекомендации) лечащих врачей

В соответствии с пунктом 15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. постановлением Правительства РФ от 4 октября 2012 г. N 1006) Я, _____ уведомлен Исполнителем ООО НИМЦ "Медика Менте", в соответствии с Лицензией на осуществление медицинской деятельности № Л041-01162-50/00351825 от 09.07.2020 г. выдана Министерством здравоохранения Московской области (143407, РФ, Московская область г. Красногорск-7, бульвар Строителей, д.1, тел. +7(498)602-03-01), срок действия – бессрочно, ОГРН 1195081003 зарегистрировано 07.02.2019 г. в Межрайонной ИФНС России №2 по Московской области ИНН 5018198350, о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (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 (Пациента).

Подпись (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина) _____ дата _____

11. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

Общество с ограниченной ответственностью
Научно-исследовательский медицинский центр
«Медика Менте» (ООО НИМЦ «Медика Менте»)
КПП 501801001 / ИНН 5018198350
ОКПО 35905522 / ОКВЭД 86.10
ОГРН 1195081003391
Лицензия № Л041-01162-50/00351825 от
09.07.2020 г.
Банк Филиал «Центральный» Банка ВТБ (ПАО) в
г. Москве
БИК 044525411 / к/с 30101810145250000411
р/счет 40702810608000000110
Юридический адрес: 141070, Московская
область, г. Королев, ул. Циолковского, д.7
Фактический адрес предоставления медицинских
услуг: 141070, Московская область, г. Королев,
ул. Циолковского, д.7; 141070, Московская
область, г. Королев,
ул. 50-летия ВЛКСМ, д. 2а, пом. I
электронная почта: 103@medmente.ru

**Генеральный директор
ООО НИМЦ «Медика Менте»**

(Никитский М.Н.)

ОФИЦИАЛЬНЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПОТРЕБИТЕЛЯ:

ФИО _____
Паспорт серия: _____ номер: _____
Выдан: _____,
дата выдачи: _____
Адрес: _____
тел.: _____
электронная почта: _____

(ФИО, подпись)

Приложение №1
к Договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от _____ г.

ОБРАЗЕЦ

Акт № _____ от _____ г.

Исполнитель: ООО НИМЦ "МЕДИКА МЕНТЕ"

Адрес: 141070, Московская обл, Королев г, Циолковского ул, дом 7

Телефон: +7 (495) 2660303

ИНН: 5018198350, КПП: 501801001

Клиент: _____

Дата рождения: _____

email: _____

№	Наименование работ, услуг	Кол-во	Цена	Сумма	Врач
1					
2					
Итого:					

Всего наименований _____, на сумму _____ руб.
(сумма прописью)

Вид Оплаты	Сумма	Сумма остатка
		-

Администратор _____ Качеством услуг удовлетворен _____

Приложение №2
к Договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от _____ г.

Приложение № 2
к приказу Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от 12 ноября 2021 г. № 1051н

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
_____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо
законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия
законным представителем)
_____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения пациента при подписании
законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

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. № 390н¹ (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 НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР «МЕДИКА МЕНТЕ»
(полное наименование медицинской организации)

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, 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 выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 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), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(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)

Дата _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
_____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо
законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия
законным представителем)
_____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения пациента при подписании
законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)
в соответствии со статьей 20 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» настоящим заявлением выражаю информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства, в том числе 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, при оказании *мне/лицу, законным представителем которого я являюсь* (нужное подчеркнуть), медицинской помощи.

1. В ходе оказания медицинской помощи *мне/представляемому лицу* (нужное подчеркнуть) могут проводиться, в том числе, следующие медицинские вмешательства:

- 1.1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
- 1.2. Осмотр, в том числе пальпация (метод врачебного исследования прощупыванием), перкуссия (метод врачебного исследования простукиванием), визуальный осмотр состояния кожных покровов.
- 1.3. Антропометрические исследования (измерение роста, веса, других размеров тела).
- 1.4. Термометрия (измерение температуры тела).
- 1.5. Тонометрия (измерение давления).
- 1.6. Ультразвуковые исследования.
- 1.7. Инвазивные: введение лекарственных препаратов.
- 1.8. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно.
- 1.9. Медицинский массаж.

2. Мне даны разъяснения, которые мною осознаны и мне понятны:

2.1. о целях медицинского вмешательства: методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске; о возможных вариантах видов медицинского вмешательства; о последствиях медицинского вмешательства, в т.ч. о вероятности развития осложнения; о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи; о том, что *мне\представляемому* (нужное подчеркнуть) предстоит делать во время проведения медицинского вмешательства; о возможных последствиях отказа от предполагаемого медицинского вмешательства;

2.2. о планируемом объеме и тактике медицинских вмешательств, а также о том, что они могут быть изменены в силу специфики медицинских услуг в зависимости от индивидуальных особенностей организма пациента, состояния его здоровья и т.п.;

2.3. о том, что отказ от лечения, от выполнения назначений и рекомендаций врачей, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема назначаемых лечащим врачом препаратов, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс оказания медицинской помощи\лечения, снизить качество оказываемой медицинской помощи и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

2.4. о необходимости **проинформировать** врача обо всех известных *мне\представляемому* (нужное подчеркнуть) данных о состоянии здоровья, в т.ч. об имеющейся в анамнезе патологии, перенесенных или имеющихся заболеваниях, инфекциях, аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных средств, наследственных, венерических, психических и других заболеваниях в семье, травмах, операциях, об экологических и производственных факторах физической, химической и биологической природы, воздействующих на *меня\ представляемого*

(нужное подчеркнуть) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах, о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, а также иных, сообщить любые сведения, которые могут повлиять на качество оказываемой медицинской помощи;

2.5. о том, что проводимое лечение не гарантирует 100%-ый результат и что при проведении медицинских манипуляций и после них, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения, что используемая технология и тактика медицинской помощи не могут полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов, обусловленных биологическими особенностями организма, а также существует возможность непреднамеренного причинения вреда здоровью.

2.6. о том, что в случаях несоблюдения предписаний врача, отказа от проведения необходимых обследований, исследований, осмотров и консультаций врачей-специалистов, нарушения Положения о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в Клинике, в том числе Правил поведения пациентов в Клинике, врачом по согласованию с Главным врачом, может быть принято решение об отказе от наблюдения за пациентом и его лечения, если это не угрожает жизни пациента.

2.7. о том, что **я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств** или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона РФ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме до начала медицинских манипуляций и хранится в медицинской документации Клиники.

3. Я подтверждаю:

- что мне понятен смысл всех терминов, употребленных в настоящем Согласии;

- что я имел(а) возможность задать и получить ответы на все интересующие меня вопросы, связанные с оказанием *мне\представляемому* (нужное подчеркнуть) медицинской помощи, в т.ч. в области медицины;

- что ознакомлен(а) с Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг Исполнителем, в том числе с правилами поведения пациентов, а также с Прейскурантом Исполнителя и порядком оплаты услуг в Клинике;
- что осознаю, что в силу специфики медицинских услуг, их стоимость и объем в любом случае могут быть определены как предварительные и их окончательная стоимость и объем определяются, исходя из фактически оказанных с моего согласия медицинских услуг на момент окончания их исполнения.

На основании вышеизложенного, я добровольно и осознанно принимаю решение об оказании *мне\представляемому* (нужное подчеркнуть) платных медицинских услуг в Клинике и даю информированное добровольное согласие на проведение всех необходимых медицинских вмешательств, связанных с оказанием *мне\представляемому* (нужное подчеркнуть) медицинской помощи, а также необходимых по медицинским показаниям дополнительных медицинских вмешательств, которые могут потребоваться по состоянию здоровья.

Данное мной информированное добровольное согласие действительно в течении всего срока оказания медицинской помощи (предоставления медицинских услуг) в Клинике.

Пациент/Законный представитель Пациента _____ / _____ /
(подпись) Ф.И.О

Дата: _____

Приложение №3
к Договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от _____ г.

Согласие Потребителя (Пациента) (его представителя) ООО НИМЦ «Медика Менте» на обработку его персональных данных с целью взаимодействия

Я, _____, адрес: _____, основным документ, удостоверяющий личность: серия ____ № _____, дата выдачи _____, орган, выдавший документ: _____, действуя своей волей и в своих интересах, даю согласие ООО НИМЦ «Медика Менте» (адрес местонахождения: 141070, Московская область, г. Королёв, ул. Циолковского, д. 7; 141070, Московская область, г. Королёв, ул. 50-летия ВЛКСМ, д. 2а, пом. I) на обработку (сбор, запись, систематизацию, накопление, доступ, хранение, обновление, изменение, извлечение, использование, блокирование, удаление, обезличивание, уничтожение) с использованием средств автоматизации и без использования средств автоматизации моих нижеперечисленных персональных данных:

- моих персональных данных,
- предоставленных мною персональных данных моего (моей) _____
(указать кем приходится)

_____, адрес: _____, основным документ, удостоверяющий личность: серия ____ № _____, дата выдачи _____, орган, выдавший документ: _____, представителем которого я являюсь на основании доверенности (или иного документа, подтверждающего полномочия) _____ серия _____ номер _____, дата выдачи _____,

- фамилия, имя, отчество; дата рождения; адрес места жительства; адрес места пребывания; номер контактного телефона; контактный адрес электронной почты; номер карты пациента; реквизиты полиса ДМС (при наличии); реквизиты договора на оказание платных медицинских услуг; сведения о периоде обслуживания в ООО НИМЦ «Медика Менте»; сведения о правовом основании на получение медицинской помощи от ООО НИМЦ «Медика Менте»; время и дата обращения за оказанием медицинских услуг,

с целью:

- взаимодействия со мной при обращении в ООО НИМЦ «Медика Менте».

Поручение обработки моих персональных данных осуществляется: ООО НИМЦ «Медика Менте», 141070, Московская область, г. Королёв, ул. Циолковского, д. 7; 141070, Московская область, г. Королёв, ул. 50-летия ВЛКСМ, д. 2а, пом. I.

Настоящее Согласие действует со дня его подписания на период выполнения обязательств, связанных с оказанием ООО НИМЦ «Медика Менте» мне или лицу, которое я представляю, медицинских услуг, и в течение 5 лет с момента выполнения указанных обязательств ООО НИМЦ «Медика Менте», если оно не было отозвано в соответствии со статьей 9 Федерального закона РФ от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных».

С порядком и возможными последствиями отзыва согласия на обработку персональных данных ознакомлен(а).

Дата: _____ /ФИО/

**Согласие Потребителя (Пациента) (его представителя)
ООО НИМЦ «Медика Менте» на обработку персональных данных
с целью их размещения**

Я, _____, адрес: _____, основным документ, удостоверяющий личность: серия _____ № _____, дата выдачи _____, орган, выдавший документ: _____, действуя своей волей и в своих интересах, даю согласие ООО НИМЦ «Медика Менте» (адрес местонахождения: 141070, Московская область, г. Королёв, ул. Циолковского, д. 7; 141070, Московская область, г. Королёв, ул. 50-летия ВЛКСМ, д. 2а, пом. 1) на обработку (сбор, запись, систематизацию, накопление, доступ, хранение, обновление, изменение, извлечение, использование, блокирование, удаление, обезличивание, уничтожение) с использованием средств автоматизации и без использования средств автоматизации моих нижеперечисленных персональных данных:

- моих персональных данных,
- предоставленных мною персональных данных моего (моей) _____
(указать кем приходится)

_____, адрес: _____, основным документ, удостоверяющий личность: серия _____ № _____, дата выдачи _____, орган, выдавший документ: _____, представителем которого я являюсь на основании доверенности (или иного документа, подтверждающего полномочия) _____ серия _____ номер _____, дата выдачи _____,

- фамилия, имя, отчество; дата рождения; адрес места жительства; информация о состоянии здоровья; сведения о периоде обслуживания в ООО НИМЦ «Медика Менте»; сведения о правовом основании на получение медицинской помощи от ООО НИМЦ «Медика Менте»; фотографическое изображение лица; запись видеоизображения субъекта и его речи с целью их размещения в общедоступных источниках:

<https://medmente.ru/>, <https://hirurgiya.medmente.ru/>, <https://deti.medmente.ru/>, <https://onko.medmente.ru/>,
<https://port.medmente.ru/>, <https://zub.medmente.ru/>, <https://vk.com/dr.nikitskii>, https://t.me/dr_nikitskii,
https://www.instagram.com/dr.nikitskii*, <https://vk.com/mmente>,
<https://www.youtube.com/channel/UCjmQtEcY-fe97ZwLghb8ybw>, <https://t.me/MedMente>,
https://www.instagram.com/klinika_mm*, https://www.facebook.com/med.mente*

**Соцсети Instagram и Facebook запрещены в Российской Федерации. 21.03.2022 компания Meta признана в Российской Федерации экстремистской организацией.*

для организации и проведения ООО НИМЦ «Медика Менте» мероприятий, направленных на повышение узнаваемости и лояльности в отношении ООО НИМЦ «Медика Менте», а также продвижение услуг ООО НИМЦ «Медика Менте».

Настоящее Согласие действует со дня его подписания на период выполнения обязательств, связанных с оказанием ООО НИМЦ «Медика Менте» мне или лицу, которое я представляю, медицинских услуг, и в течение 5 лет с момента выполнения указанных обязательств ООО НИМЦ «Медика Менте», если оно не было отозвано в соответствии со статьей 9 Федерального закона РФ от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных».

С порядком и возможными последствиями отзыва согласия на обработку персональных данных ознакомлен(а).

Дата _____ /ФИО/

СОГЛАШЕНИЕ

о предоставлении сервисных услуг

Я, _____ (ФИО),
дата рождения _____, согласен получать следующие сервисные услуги клиники:

№ п\п	Предлагаемые сервисные услуги	Отметка о согласии получить услугу										
1.	Получение по электронной почте: - уведомлений о записи на прием; - результатов лабораторных исследований; - результатов диагностических исследований по запросу.	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <i>(укажите адрес электронной почты. Просьба писать печатными буквами)</i>										
2.	SMS-напоминание о записи на прием к специалисту, исследование	+7(____) _____ <i>(укажите номер мобильного телефона)</i>										
3.	Уведомление по электронной почте об окончании срока действия договора, акциях, сезонных предложениях и пр.	Да\Нет <i>(нужное подчеркнуть)</i>										
4.	SMS-уведомление с напоминанием об окончании срока действия договора	Да\Нет <i>(нужное подчеркнуть)</i>										
5.	Ознакомлен(а) с возможностью дополнительных сервисных услуг клиники: 1. Скидка на медицинские услуги. 2. Возможность приобрести подарочный сертификат для знакомых, родственников, друзей для получения услуг клиники. 3. Сопровождение до кабинетов специалистов, если впервые обратился в клинику.	Да\Нет <i>(нужное подчеркнуть)</i>										

ООО НИМЦ «Медика Менте» не несет ответственности за неправильно указанный номер мобильного телефона или адрес электронной почты, за возможное использование третьими лицами доступа к Вашим личным данным. Соглашение начинает действовать с момента подписания.

*В работе информационных сервисов (сайт, смс-рассылка, телефония, оповещение по электронной почте) могут происходить изменения без дополнительного уведомления Потребителей. Клиника не дает гарантий работоспособности данных информационных сервисов.

Передача результатов исследований третьим лицам (в том числе родственникам или членам семьи Потребителя) может быть произведена в исключительных случаях:

- при наличии нотариально заверенной доверенности от Потребителя (кроме ситуаций, в которых передача персональных данных без его согласия допускается действующим законодательством РФ);
- по запросу уполномоченных государственных органов с целью выполнения требований федерального законодательства.

Выдача гистологических и цитологических исследований производится Потребителю лично и при предъявлении документа, удостоверяющего личность (с фотографией).

О необходимости заключения договора на получение и оплату медицинских услуг предупрежден.

С возможностью заключения договора на годовое обслуживание и по программам обслуживания в клинике информирован.

Подпись: _____ /ФИО/

Личность лица, указанного выше, проверена, подпись поставлена в моем присутствии.

Ф.И.О сотрудника ООО НИМЦ «Медика Менте»

Никитский М.Н.

Подпись _____

Дата _____