**ДОГОВОР на оказание платных медицинских услуг**

Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «Гармония», действующее в соответствии с лицензией № ЛО-21-01-000257 от 16 января 2009 г., в лице директора Юманова Владимира Ильича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Медицинский центр», с одной стороны, и Пациент (представитель пациента) , с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. В соответствии с настоящим Договором Медицинский центр обязуется на возмездной основе оказать Пациенту медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Пациент обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых медицинских услуг, а также выполнять требования Медицинского центра, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.

1.2. Перечень и стоимость услуг, предоставляемых Пациенту, оговариваются действующим прейскурантом Медицинского центра. По медицинским показаниям и/или с согласия Пациента ему могут быть оказаны и иные услуги, стоимость которых согласовывается Исполнителем с Пациентом дополнительно. Наименование услуг в соответствии с Прейскурантом, их количество, стоимость и сроки предоставления указываются в Приложении № 1, которое является неотъемлемой частью договора.

1.3. При исполнении настоящего Договора стороны руководствуются действующим российским законодательством, регулирующим предоставление платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями.

**2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**

2.1. Медицинский центр оказывает услуги по настоящему Договору в помещении Медицинского центра«Гармония» по адресу: г.Чебоксары, пр.Ленина д.13.

2.2. Медицинский центр оказывает услуги по настоящему Договору в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Медицинского центра и доводятся до сведения Пациента.

2.3. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Пациента на прием. Предварительная запись Пациента на прием осуществляется через администрацию Медицинского центра посредством телефонной, факсимильной и иной связи. Телефон администратора (8352) 62-38-93, Факс (8352) 62-38-93.

**3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

3.1. Стоимость оказываемых услуг определяется в соответствии с п.1.2 настоящего договора.

3.2. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору производится Пациентом в полном объеме не позднее дня оказания услуги, если иной порядок не предусмотрен настоящим Договором или соглашением сторон. Оплата услуг Медицинского центра производится Пациентом всеми способами, не запрещенными законодательством РФ.

**4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

4.1. Медицинский центр обязуется:

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

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

4.1.3. Обеспечить Пациента в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

4.1.4. Обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию медицинских услуг силами собственных специалистов и/или сотрудников медицинских учреждений, имеющих с Медицинским центром договорные отношения.

4.2. Права и обязанности Пациента:

4.2.1. Пациент имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения, возможных осложнениях.

4.2.2. Информация, содержащаяся в медицинских документах Пациента, составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия Пациента только по основаниям, предусмотренным пунктом 5 настоящего Договора.

4.2.3. Пациент обязуется надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать Медицинский центр о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению настоящего Договора.

4.2.4. Пациент обязуется заблаговременно информировать Медицинский центр о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения медицинской услуги (не менее чем за 2 часа). В случае опоздания Пациента более чем 10 (двадцать) минут по отношению к назначенному Пациенту времени получения услуги, Медицинский центр оставляет за собой право на перенос, отмену или сокращения срока получения услуги.

4.2.5. Пациент обязуется выполнять все рекомендации лечащего врача, соблюдать назначенный режим труда и отдыха, сообщать о всех выявленных у него заболеваниях и проведенных обследованиях, согласовывать лечение, назначенное специалистами других лечебных учреждений.

4.2.6. В случае неявки пациента в течении назначенного для получения медицинских услуг времени и неинформировании медицинского центра о своем отсутствии в течении дня назначенного для пациента,медицинский центр оставляет за собой право на отказ от предоставления медицинских услуг пациенту.

**5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

5.1. Медицинский центр обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

5.2. С согласия Пациента или его представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Пациента.

**6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

6.1. Медицинский центр несет ответственность в размере реального ущерба, причиненного Пациенту неисполнением или ненадлежащим исполнением условий настоящего Договора в соответствии с законодательством РФ.

6.2. Медицинский центр освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

**7. РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ**

7.1. 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. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

**8.1.Настоящий Договор вступает в силу с момента оплаты медицинских услуг по договору и получением Пациентом чека ККМ, свидетельствующего согласие Пациента с условиями настоящего Договора.**

8.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе любой из сторон с обязательным предварительным уведомлением друг друга.

**Медицинский центр Пациент**

ООО Медицинский центр «Гармония» Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН 2130045976, КПП 213001001 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

428000 г.Чебоксары пр. Ленина д. 13, пом. 6. т. 62-38-93 Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Расчётный счёт №40702810529040000604

 Филиал «Нижегородский» ОАО «АЛЬФА-БАНК» Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директор – Юманов В.И.

Приложение № 1 к Договору

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование услуги | Количество | Стоимость | Итого |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ С ОБЩИМ ПЛАНОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ**

 Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО пациента, представителя пациента)

до проведения обследования и лечения в ООО «Медицинский центр «Гармония», ознакомлен(а) лечащим врачом с намеченным планом обследования и лечения, который может включать:

 1) лучевые методы исследования;

 2) консультации специалистов;

 3) инструментальные методы обследования.

 Мне лично лечащим врачом были разъяснены цель, характер, ход, объем и способы планируемого обследования.

 Я также ознакомлен(а) с планом предлагаемого мне поэтапного медикаментозного и не медикаментозного лечения, его воздействием и всеми возможными в ходе лечения осложнениями и ощущениями:

 1) боль;

 2) обострение сопутствующих заболеваний;

 3) колебания артериального давления.

 Я также ознакомлен(а) с возможным изменением медикаментозной и не медикаментозной терапии в случае непереносимости мною тех или иных лекарственных препаратов и манипуляций, изменением состояния моего здоровья, требующего изменения тактики лечения, а также применением лекарственных препаратов и других методов лечения, которые могут быть назначены врачами-консультантами.

 Я предупрежден(а) о последствиях отказа от обследования и лечения.

 Я получил(а) исчерпывающие и понятные мне ответы на вопросы и имел(а) достаточно времени на обдумывание решения о согласии на предложенное мне обследование и лечение.

 Подбор и осуществление медикаментозного и других видов лечения доверяю лечащему врачу.

 Я прочитал(а) и понял все вышеуказанное.

 **Пациент: Исполнитель:**

Лечащий врач

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_/

 ООО МЦ «Гармония» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ЧР г. Чебоксары, пр. Ленина 13

 Лицензия №ЛО-21-01-000257

 От 16 января 2009 г.

 Дата ИНН 2130045976

 Приложение № 2 к Договору

 **СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

 Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий(ая)

по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан (дата, наименование выдавшего органа)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ « О персональных данных», подтверждаю свое согласие ООО «Медицинский центр «Гармония», расположенному по адресу: г.Чебоксары, пр. Ленина, д.13, пом.6 (далее – Оператор), на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные полиса обязательного медицинского страхования, страховой номер индивидуального лицевого счета Пенсионного фонда Российской Федерации, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

 В процессе оказания мне Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

 Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включая в списки, реестры и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) в системе обязательного медицинского страхования.

 Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе обязательного медицинского страхования на обмен (прием и передачу) моих персональных данных со страховой медицинской организацией и Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Чувашской Республики, используя цифровые носители или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

 Срок хранения согласия на обработку персональных данных соответствует срокам хранения первичной медицинской документации, утвержденным приказом МЗ СССР от 4 октября 1980 года № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения» и составляет для медицинской карты амбулаторного больного пять лет.

 Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

 Настоящее согласие дано мной лично и действует бессрочно.

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

 В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/