
ПРИКАЗ

д. Демидково

« 23 » мая 2025 года

№ 32

**Об утверждении положения «О порядке
и условиях предоставления платных медицинских
услуг в ООО Санаторий «Демидково»**

На основании Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», Гражданского кодекса Российской Федерации, Постановления Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023 г. №736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. УТВЕРДИТЬ:
 - 1.1. Положение «О порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в ООО Санаторий «Демидково» (далее – Санаторий), Приложение №1;
 - 1.2. Прейскурант на платные медицинские услуги, Приложение № 2;
 - 1.3. Форму договора на оказание платных медицинских услуг с Потребителем, Приложение № 3;
 - 1.4. Форму заявления на возврат денежных средств за оплаченные, но не оказанные платные медицинские услуги, Приложение № 4;
 - 1.5. Форму информированного добровольного согласия Потребителя, Приложение № 5.
2. НАЗНАЧИТЬ:
 - 2.1. главного врача Якшина Дмитрия Михайловича лицом, ответственным за организацию проведения платных медицинских услуг, осуществления контроля за качественным оказанием медицинской помощи гражданам в соответствии с видом деятельности Санатория;
 - 2.2. менеджера по экономике и финансам Килина Дмитрия Владимировича лицом, ответственным за расчет прейскуранта платных медицинских услуг;
 - 2.3. бухгалтера Поносову Елену Николаевну лицом, ответственным за осуществление расчетов с физическими/юридическими лицами за оказанные платные медицинские услуги, за выдачу подтверждающих оплату документов, за ежедневную сдачу денежных средств от реализации платных медицинских услуг в кассу Санатория;
 - 2.4. руководителя службы продаж Сафронову Кристину Владимировну лицом, ответственным за размещение на сайте Санатория в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» Положения «О порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в ООО Санаторий «Демидково» (Приложение №1), Прейскуранта на платные медицинские услуги, проекта Договора об оказании платных медицинских услуг (Приложение № 2);

2.5. заместителя главного врача Репину Римму Александровну лицом, ответственным за работу с клиентами, за осуществление контроля за правильным и своевременным оформлением договоров на оказание платных медицинских услуг.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Генеральный директор

К.В. Толстой

С Приказом №32 от 23 мая 2025 ознакомлены:

Главный врач

« ____ » _____ 2025 года

Д.М. Якшин

Менеджер по экономике и финансам

« ____ » _____ 2025 года

Д.В. Килин

Руководитель службы продаж

« 23 » мая 2025 года

К.В. Сафронова

Бухгалтер

« 23 » мая 2025 года

Е.Н. Поносова

Зам. главного врача

« 23 » мая 2025 года

Р.А. Репина

Положение о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в ООО Санаторий «Демидково»

I. Общие положения.

Настоящее Положение о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в ООО Санаторий «Демидково» (далее – Положение) разработано в соответствии с:

- Гражданским Кодексом Российской Федерации;
- Федеральным законом от 21.11.2011 № 323 -ФЗ «Об основах охраны граждан в РФ»;
- Федеральным законом РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей»;
- Постановлением Правительства Российской Федерации №736 от 11 мая 2023 г. «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»

Настоящее положение определяет порядок и условия предоставления платных медицинских услуг клиентам/гостям ООО Санаторий «Демидково».

Настоящее положение вводится в целях упорядочения деятельности ООО Санаторий «Демидково» в части предоставления платных медицинских услуг.

Понятия и термины, применяемые в настоящем положении:

–«платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров (далее – Договор);

«медицинская организация», «Исполнитель» - Общество с ограниченной ответственностью Санаторий «Демидково» (ИНН 5914015640, ОГРН 1025901796084), оказывающее платные медицинские услуги в соответствии с Договором;

–«пациент» - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором;

–«заказчик» - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу пациентов;

–«медицинская услуга» - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;

–«качество медицинской помощи» - совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Требования к платным медицинским услугам, в том числе к их объему, срокам и порядку оказания определяются Договором на оказание платных медицинских услуг, если федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации не предусмотрены иные требования к качеству и составу медицинских услуг.

II. Информация об Исполнителе.

Наименование: Общество с ограниченной ответственностью Санаторий «Демидково», ОГРН 1025901796084, ИНН 5914015640.

Адрес места нахождения: 618703 Пермский край, г. Добрянка, д. Демидково, ул. Курортная, д. 1/9.

Сайт Исполнителя: www.demidkovo.ru

Телефон Исполнителя: +7 (342) 20-66-383, e-mail: info@demidkovo.ru

Сведения о лицензии Исполнителя: лицензия на осуществление медицинской деятельности,

регистрационный номер № Л041-01167-59/00363175 от 24 января 2020 г., выдана Министерством здравоохранения Пермского края. Срок действия – бессрочно.

Режим работы Исполнителя, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг размещены на сайте www.demidkovo.ru в разделе Лечение и на информационных стойках, расположенных на ресепшен в жилых корпусах.

Информация о перечне платных медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, размещена на сайте Исполнителя: www.demidkovo.ru в разделе «Лечение», а также на информационном стенде на ресепшен жилых корпусов.

Способы оплаты платных медицинских услуг, оказываемых Исполнителем:

1. безналичным перечислением денежных средств на расчетный счет исполнителя по реквизитам: Р/с 40702810400006001470 в АО КБ «Урал ФД» К/с 30101810800000000790, БИК 045773790
2. внесением денежных средств в кассу Исполнителя.

III. Условия предоставления Исполнителем платных медицинских услуг

1. Основанием для оказания платных медицинских услуг является добровольное волеизъявление пациента (законного представителя пациента) приобрести медицинскую услугу на возмездной основе.

2. При наличии возможности оказать запрашиваемую пациентом медицинскую услугу Исполнитель заключает с пациентом и/или заказчиком Договор.

3. До заключения Договора Пациенту в доступной форме предоставляется информация об услуге, о конкретном медицинском работнике, участвующем в предоставлении платной медицинской услуги, об уровне его профессиональном образовании и квалификации.

4. Платные медицинские услуги предоставляются по просьбе пациента (законного представителя пациента) при наличии медицинских показаний и при отсутствии противопоказаний у данного пациента к данной медицинской услуге.

5. Медицинская помощь при предоставлении Исполнителем платных медицинских услуг организуется и оказывается:

- в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

- в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемые Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательные для исполнения на территории Российской Федерации;

- на основе клинических рекомендаций;

- с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Ссылки на «Официальный интернет-портал правовой информации» (www.pravo.gov.ru) и официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации, на котором размещен рубрикатор клинических рекомендаций размещены на сайте Исполнителя в разделе «Лечение».

6. Все назначенные пациенту платные медицинские услуги отмечаются в медицинской карте (истории болезни) и санаторно-курортной книжке пациента.

7. Исполнителем не осуществляется оказание медицинских услуг без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, за исключением случаев, предусмотренных законом.

IV. Порядок предоставления платных медицинских услуг

1. Исполнитель обязан оказать платную медицинскую услугу, определенную Договором, с использованием собственных лекарственных средств для применения, медицинских изделий, расходных материалов и других средств, если иное не предусмотрено Договором.

2. Платные медицинские услуги оказываются при наличии информированного добровольного

согласия пациента или его законного представителя (Приложение № 4).

3. Пациенту (законному представителю пациента) в доступной для него форме Исполнителем предоставляется следующая информация:

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

4. Исполнителем при оказании платных медицинских услуг соблюдаются установленные требования к оформлению и ведению медицинской документации, ведению учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

5. Пациент (его законный представитель) при оказании ему платных медицинских услуг имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, а также получать консультации у других специалистов, если это определено условиями Договора. По требованию пациента (законного представителя) ему предоставляются бесплатно копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, виды и объемы оказанных платных медицинских услуг.

6. При оказании платных медицинских услуг не допускается разглашение (распространение) сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия пациента или его законного представителя, за исключением случаев, установленных действующим законодательством.

7. Пациент обязан соблюдать правомерные указания и рекомендации лечащего врача, обеспечивающие качественное оказание платных медицинских услуг, в том числе режим лечения, и правила поведения пациента в лечебном кабинете.

8. Условия оказания медицинской помощи (медицинских услуг) – амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения).

9. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни пациента при внезапных острых заболеваниях или состояниях, то такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ».

V. Порядок предоставления льгот при оказании платных медицинских услуг в ООО Санаторий «Демидково».

Льготы для отдельных граждан на оказание платных медицинских услуг не предусмотрены.

VI. Порядок заключения договора и оплаты медицинских услуг

1. Договор на оказание платных медицинских услуг заключается между заказчиком/пациентом и Исполнителем в письменной форме Приложения № 2 к настоящему Положению.

2. Договор, заключаемый между пациентом или заказчиком и Исполнителем, содержит:

- а) сведения об Исполнителе: наименование, адрес места нахождения, ОГРН, ИНН, номер лицензии на осуществление медицинской деятельности;

- б) фамилию, имя и отчество (если имеется)/наименование, адрес места жительства/места нахождения и телефон, данные документа, удостоверяющего личность пациента (законного представителя потребителя) или заказчика;

- в) перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором;

- г) стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты;

- д) условия и сроки ожидания платных медицинских услуг;

- е) должность, фамилию, имя, отчество (если имеется) лица, заключающего договор от имени Исполнителя, документ, подтверждающий его полномочия, подпись;

- ж) фамилию, имя, отчество (если имеется) пациента (заказчика) и его подпись;

- з) ответственность сторон за невыполнение условий договора;

- и) порядок изменения и расторжения договора;

к) порядок и условия выдачи пациенту (законному представителю потребителя) после исполнения Договора Исполнителем медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих 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;

л) иные условия, определяемые по соглашению сторон.

3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных Договором, Исполнитель предупреждает об этом пациента и/или заказчика. Если иное, не предусмотрено Договором, дополнительные медицинские услуги оказываются Исполнителем только при условии заключения сторонами дополнительного соглашения к Договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости

4. В случае отказа пациента после заключения Договора от получения медицинских услуг, договор расторгается, при этом пациент и/или заказчик оплачивают Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

5. Пациент и/или заказчик обязаны оплатить оказанную Исполнителем медицинскую услугу (выполненную работу) в сроки и в порядке, которые установлены Договором.

6. Расчеты за предоставление платных медицинских услуг осуществляются на условиях 100% предоплаты путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя либо путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя.

Пациенту и/или заказчику в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации о применении контрольно-кассовой техники, выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек или бланк строгой отчетности).

VII. Стоимость платных медицинских услуг

Стоимость платных медицинских услуг устанавливается на основании действующего на дату оказания медицинской услуги Прейскуранта, утвержденного Генеральным директором Исполнителя. Прейскурант размещается на сайте Исполнителя: www.demidkovo.ru в разделе «Цены», а также на информационном стенде на медицинском ресепшен и ресепшн жилых корпусов.

VIII. Ответственность Исполнителя при предоставлении платных медицинских услуг

1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3. Исполнитель не несет ответственности в случаях несоблюдения пациентом врачебных назначений по лечению и при совершении пациентом иных неправомерных действий.

4. Исполнитель не несет ответственности за качество оказанной медицинской услуги, если до оказания медицинской услуги пациент (законный представитель пациента) не проинформировал Исполнителя о перенесенных им заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, наличии аллергических реакций, противопоказаний и/или если пациент не соблюдал рекомендации Исполнителя по подготовке к проведению услуги.

5. Претензии и споры, возникшие между пациентом (заказчиком) платных медицинских услуг и Исполнителем разрешаются по соглашению сторон или в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Адреса и телефоны органа исполнительной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека

Министерство здравоохранения Пермского края

г. Пермь, Ленина, 51

тел.: 8 (342) 217-79-00, (342) 217-75-26

e-mail: info@minzdrav.permkrai.ru

Управление лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения Пермского края

614006, г. Пермь, ул. Бульвар Гагарина, 10

тел: 8 (342) 2654740

Территориальный орган Росздравнадзора по Пермскому краю

Адрес: 614068, г. Пермь, ул. Петропавловская, д. 111

тел.: 8 (342) 237-01-57, факс: (342) 237-01-57

e-mail: info@reg59.roszdravnadzor.ru

Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Пермскому краю

Адрес: 614016, г. Пермь, ул. Куйбышева, 50

тел.: 8 (342) 239-35-63, факс: (342) 239-31-24

e-mail: urpn@59.rosпотребnadzor.ru Сайт: www.59.rosпотребnadzor.ru

Инспекция Федеральной налоговой службы по Добрянскому району Пермского края

614012, г. Пермь, ул. Советской Армии, 46

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг

Пермский край, д. Демидково
202__ г.

«__» _____

Общество с ограниченной ответственностью Санаторий «Демидково» (ООО Санаторий «Демидково»), именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице _____, действующей на основании доверенности № _____ от _____ года, с одной стороны, и гражданин(ка) _____ (фамилия, имя, отчество, адрес места жительства, телефон), именуемый(ая) в дальнейшем Заказчик, действуя в своих интересах (как Пациент) или в интересах Пациента (как законный представитель – мать, отец, опекун, усыновитель),

(фамилия, имя отчество, дата рождения Пациента)

заключили настоящий Договор о нижеследующем:

I. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать Заказчику за плату в соответствии с действующим Прейскурантом, размещенным на сайте www.demidkovo.ru, медицинские услуги.

1.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем на основании лицензии №Л041-01167-59/00363175 от 24 января 2020 года, выданной Министерством Здравоохранения Пермского края (срок действия – бессрочно).

1.3. Медицинские услуги оказываются в течение срока действия настоящего договора в соответствии с режимом работы Исполнителя и графиком работы медицинских работников Исполнителя, сведения о которых размещены на сайте Исполнителя www.demidkovo.ru в разделе «_____».

1.5. Место оказания услуг – Пермский край, г.Добрянка, д. Демидково, ул. Курортная д. 1/1 и/или ул. Курортная, д. 1/2.

1.6. Заключением настоящего договора Заказчик подтверждает, что ему в доступной форме предоставлена Исполнителем информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

1.7. Платные медицинские услуги оказываются Исполнителем на основе добровольного волеизъявления Заказчика и его согласия на оказание медицинской услуги.

1.8. Срок ожидания платных медицинских услуг не может превышать 45 минут, а в случае оказания другому лицу экстренной медицинской помощи врачом, оказывающим услугу, до 2 часов.

II. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ИСПОЛНИТЕЛЯ.

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. обеспечить качественное оказание медицинских услуг в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи, действующими на территории Российской Федерации;

2.1.2. вести медицинскую карту Заказчика и другую обязательную документацию при оказании медицинских услуг Заказчику. Содержание, сроки и объем лечения (вместе – План лечения) согласовывается сторонами и отражаются в медицинской карте (истории болезни) Заказчика.

2.1.3. ознакомить Заказчика с Планом лечения;

2.1.4. поставить в известность Заказчика о возникших обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказываемых услуг и/или о возможных осложнениях при лечении;

2.1.5. предоставить Заказчику в доступной для него форме информацию: о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанных с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах оказания медицинских услуг, о третьих лицах, привлекаемых к оказанию услуг, а также об используемых при предоставлении медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, и иные сведения, относящиеся к предмету договора.

2.1.6. при обращении Заказчика выдать документы, подтверждающие фактические расходы Заказчика и/или Пациента на оказанные медицинские услуги и (или) приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения.

- 2.2. Исполнитель вправе:
- 2.2.1. определять характер и объем лечения, манипуляций, необходимых для лечения;
 - 2.2.2. отказаться от исполнения настоящего договора в одностороннем порядке:
 - а) при невозможности обеспечить безопасность медицинской услуги, в том числе, при выявлении у Заказчика противопоказаний к определенному методу диагностики и/или
 - б) при нахождении Заказчика в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, и/или
 - в) в случае нарушения Заказчиком правил внутреннего распорядка Исполнителя, назначений лечащего врача и/или указаний медицинского персонала Исполнителя, Плана лечения, и/или
 - г) в случае отказа Заказчика от подписания информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (п. 3.1.1 договора), и/или
 - д) неоплаты медицинских услуг в порядке, предусмотренном п. 4.2 настоящего договора.
- 2.1.3. изменять Прейскурант на медицинские услуги в одностороннем порядке. При этом не подлежит изменению стоимость уже оплаченных, но еще не полученных Заказчиком и/или Пациентом услуг.
- 2.1.4. во исполнение своих обязательств по работе в системе обязательного медицинского страхования (ОМС)/добровольного медицинского страхования (ДМС) на обмен (прием и передачу) персональными данными Заказчика со страховыми организациями с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

III. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ЗАКАЗЧИКА

3.1. Заказчик обязуется:

- 3.1.1. после информирования Исполнителем о противопоказаниях и возможных негативных последствиях (рисках), ожидаемым результатам оказания конкретного вида медицинских услуг, возможным видами медицинского вмешательства, дать в письменной форме (форма устанавливается Исполнителем) согласно действующему законодательству, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от него.
- 3.1.2. ознакомиться с Прейскурантом на оказание платных медицинских услуг, размещенным на сайте Исполнителя www.demidkovo.ru.
- 3.1.3. посещать лечащего врача и назначенные процедуры в установленное время, предупреждать о невозможности явки на прием/на процедуру не менее, чем за сутки.
- 3.1.4. выполнять все указания лечащего врача и медицинского персонала Исполнителя, соблюдать План лечения, правила внутреннего распорядка Исполнителя; Ставить в известность лечащего врача о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.
- 3.1.5. предоставить Исполнителю достоверную информацию о себе, включая, но не ограничиваясь о перенесенных заболеваниях, травмах, противопоказаниях, непереносимости и аллергических реакциях на медикаментозные препараты, процедуры и используемые медицинские изделия, пищевые продукты и природные факторы;
- 3.1.5. оплатить медицинские услуги.

3.2. Заказчик имеет право:

- 3.2.1. получать информацию об объеме, стоимости и результатах предоставленных услуг;
- 3.2.2. записываться на прием к лечащему врачу через администратора Исполнителя (стойка регистрации в зданиях по адресу Пермский край, г. Добрянка, д. Демидково, ул. Курортная д. 1/1, ул. Курортная, д. 1/2) или по телефону 8 (342) 206 63 58 и на сайте www.demidkovo.ru в разделе «<https://demidkovo.ru/lechenie/priem-glavnogo-vracha/>»;
- 3.2.3. отказаться от настоящего договора в любой момент, письменно известив об этом Исполнителя, оплатив Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по договору

3.3. Заказчик путем подписания настоящего договора дает согласие Исполнителю на обработку его персональных данных: фамилии, имени, отчества; номера основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе; ИНН, номере страхового свидетельства пенсионного фонда Российской Федерации, банковских реквизитов, адреса регистрации и места жительства, в целях надлежащего оказания Исполнителем медицинских услуг, ведения Исполнителем бухгалтерского и налогового учета, иные цели для соблюдения требований действующего законодательства Российской Федерации. Заказчик согласен на совершение Исполнителем с его персональными данными следующих действий: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, использование, распространение (в том числе передачу третьим лицам), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, в том числе с использованием средств автоматизированной обработки или без таковых. Срок согласия – 2 года с даты заключения настоящего договора.

IV. СТОИМОСТЬ УСЛУГ ИСПОЛНИТЕЛЯ

4.1. Стоимость услуг Исполнителя определяется в соответствии с Прейскурантом на оказание платных медицинских услуг, размещенным на сайте Исполнителя www.demidkovo.ru. Прейскурант является официальным документом Исполнителя, содержит полный перечень услуг, оказание которых возможно в рамках настоящего договора.

Общая стоимость услуг Исполнителя по договору определяется исходя из фактического объема оказанных услуг и подтверждается кассовыми чеками/платежными поручениями об оплате услуг. Кассовый чек выдается Исполнителем в бумажном виде либо в электронной форме путем направления на адрес электронной почты, указанный в разделе VII настоящего договора.

4.2. Расчеты по настоящему договору осуществляются путем внесения Заказчиком денежных средств в кассу/на расчетный счет Исполнителя до начала оказания услуг (100% предоплата услуг по договору).

V. ГАРАНТИИ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

5.1. Подписанием настоящего договора Заказчик подтверждает, что он уведомлен Исполнителем о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) лечащего врача и/или медицинского персонала Исполнителя, назначенного Плана лечения, могут снизить качество предоставляемых медицинских услуг, повлечь за собой невозможность их завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Заказчика.

5.2. Подписанием настоящего договора Заказчик подтверждает, что он ознакомился с информацией, размещенной на сайте Исполнителя www.demidkovo.ru, и касающейся медицинских работников Исполнителя, отвечающих за предоставление соответствующей платной услуги по настоящему договору, об уровне их профессионального образования и квалификации.

5.3. Подписанием настоящего договора Заказчик подтверждает, что он согласен на получение кассовых чеков по электронной почте, указанной в разделе VII настоящего договора.

5.4. Исполнитель несёт ответственность перед Заказчиком за ненадлежащее исполнение своих обязательств в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.5. Исполнитель не несёт ответственности перед Заказчиком в случае:

5.5.1. досрочного прекращения лечения по инициативе Заказчика;

5.5.2. невыполнения Заказчиком назначений лечащего врача и/или указаний медицинского персонала Исполнителя, не соблюдения Заказчиком Плана лечения;

5.5.3. возникновение у Заказчика непереносимости или аллергии на препараты и/или на лекарственные изделия, разрешенные к применению, если только Заказчик заранее уведомил Исполнителя о наличии у него противопоказаний к применению указанных препаратов/изделий.

VI. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

6.1. В случае возникновения разногласий между лечащим врачом Исполнителя и Заказчиком по вопросу качества оказанных услуг спор между сторонами рассматривается Главным врачом Исполнителя. В случае не устранения разногласий споры рассматриваются в установленном законом порядке.

6.2. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору действительны лишь при условии, что они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями Сторон.

6.3. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, по одному для каждой из сторон.

VII. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ, ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ООО Санаторий «Демидково»

Юридический адрес и место оказания услуг: 618703, Российская Федерация, Пермский край, г. Добрянка, д. Демидково, ул. Курортная, д. 1/9, тел. 8 (342) 270-12-72.

ОГРН 1025901796084

ИНН 5914015640/КПП 591401001

ОГРН 1025901796084, р/с 40702810400006001470

в АО АБ «Урал ФД» г. Пермь

к/с 30101810800000000790, БИК 045773790

ЗАКАЗЧИК:

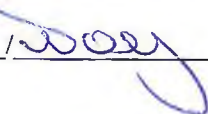
Ф.И.О.

Паспорт _____

Выдан _____

Адрес

email: _____

/  /

/ _____ /

АКТ об оказании платных медицинских услуг

Пермский край, д.Демидково

«___» _____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью Санаторий «Демидково», именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице _____, действующего на основании доверенности № _____ от _____, с одной стороны, и _____, именуемый в дальнейшем «**Заказчик**» /Пациент, составили настоящий отчет (акт) о нижеследующем:

1. Исполнитель оказал Заказчику Медицинские услуги по договору об оказании платных медицинских услуг № _____ от «___» _____ г. (далее - Договор):

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Кол-во	Цена за единицу, руб.	Стоимость, руб.
ИТОГО:				

Стоимость оказанных медицинских услуг - _____ (_____) рублей.

2. Указанные в п.1 акта медицинские услуги оказаны в полном объеме, качественно и в срок.
3. Заказчик замечаний, претензий к количеству и качеству оказанных медицинских услуг, не имеет.
4. Настоящий акт составлен в 2 (двух) экземплярах, по одному для каждой из сторон.

Подписи сторон:

Исполнитель _____ / _____

Пациент _____ / _____

Генеральному директору
ООО Санаторий «Демидково»
К.В. Толстому

от _____

(Ф.И.О. _____ полностью, _____ адрес
регистрации, телефон)

Заявление

В соответствии с п. 3.2 договора об оказании платных медицинских услуг № __ от
«__» _____ 20__ г. сообщаю о намерении отказаться от указанного договора с
«__» _____ 20__ г.

Прошу вернуть денежные средства в сумме _____ рублей, уплаченные
за услуги, предусмотренные договором об оказании платных медицинских услуг № __ от
«__» _____ 20__ г, но не оказанные Исполнителем по причине досрочного
расторжения договора.

(Ф.И.О., подпись)

В соответствии с Приложением к приказу МЗ и СР Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390 н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи»

**Добровольное информированное согласие на медицинские вмешательства в
ООО Санаторий «Демидково»**

Я _____
(фамилия, имя, отчество полностью)
_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

Добровольно даю свое согласие на проведение мне в ООО Санаторий «Демидково», ИНН 5914015640, в период лечения в соответствии с назначением врача следующих видов медицинских вмешательств:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования (измерение роста, веса).
4. Термометрия (измерение температуры тела).
5. Тонометрия (измерение артериального давления).
6. Исследование функции нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
7. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
8. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, кардиотокография (для беременных).
9. Ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
10. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.
11. Медицинский массаж.
12. Лечебная физкультура.

Я ознакомлен (ознакомлена) с Планом предлагаемого лечения, с возможными изменениями в случае непереносимости тех или иных процедур, а также применения лекарственных препаратов, других методов лечения, которые могут быть назначены врачом-консультантом по согласованию с моим лечащим врачом.

Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в ООО Санаторий «Демидково» и обязуюсь их соблюдать;

Я информирован (информирована) о целях, 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;

Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать лечащему врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не назначенных мне медицинских препаратов;

Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций лечащего врача и медицинских работников, режима приема лекарственных препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья;

Я поставил (поставила) в известность лечащего врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.

Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

Я разрешаю в случае необходимости предоставить сведения, содержащие врачебную тайну обо мне, степени и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям:

В соответствии со ст. 9 ФЗ от 27.07.2006 № 152-ФЗ
«О персональных данных»

Согласие на обработку персональных данных

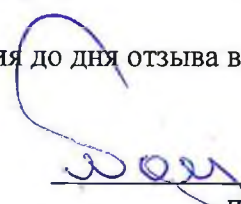
Я даю согласие ООО Санаторий «Демидково», ИНН 5914015640, на обработку моих персональных данных: фамилии, имени, отчества; даты и места рождения; адреса регистрации и места жительства; номера основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе; ИНН, номере страхового свидетельства, номере телефона (домашний, сотовый (личный)), адреса электронной почты, в случае обращения за медицинской помощью и оказания мне медицинских услуг, а также в иных целях для соблюдения требований действующего законодательства Российской Федерации. Согласен на совершение ООО Санаторий «Демидково» с моими персональными данными следующих действий: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, использование, распространение, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, в том числе с использованием средств автоматизированной обработки или без таковых. Срок согласия – 1 год с даты подписания настоящего согласия.

В процессе оказания мне медицинской помощи, я предоставляю право работникам ООО Санаторий «Демидково» передавать мои персональные данные и данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, следующим лицам _____

Работники ООО Санаторий «Демидково» имеют право на обмен моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями с использованием машинных носителей 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.

Настоящее соглашение действует со дня подписания до дня отзыва в письменной форме.

«__» _____ 20__ г.



подпись