ДОГОВОР № _____
на оказание платных разовых медицинских услуг

г. Санкт-Петербург «_____» _____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «РИШАР», зарегистрированное по адресу: Санкт-Петербург, 193231, Санкт-Петербург, пр. Большевиков, д.7, корп. 3, лит. А, пом. 35-Н, созданное и существующее по законодательству Российской Федерации, именуемое в дальнейшем «**Учреждение»,** действующее в соответствии с лицензией № ЛО-78-01-008307 от «30» октября 2017 года, выданной Комитетом по здравоохранению города Санкт-Петербурга на осуществление медицинской деятельности, в лице Генерального директора Селивановой Елены Владимировны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

ЗАКАЗЧИК: СОВЕРШЕННОЛЕТНИЙ ПАЦИЕНТ ИЛИ ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ПАЦИЕНТА

ФИО совершеннолетнего пациента или законного представителя несовершеннолетнего пациента			
Основной контактный телефонный номер		Дополнительный телефонный номер	
Основной контактный адрес электронной почты			
Адрес проживания совершеннолетнего пациента			

именуемый далее – «Заказчик»,

ПАЦИЕНТ: НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИЙ, В ИНТЕРЕСАХ КОТОРОГО ДЕЙСТВУЕТ ЗАКАЗЧИК

ФИО несовершеннолетнего пациента	
Дата рождения несовершеннолетнего пациента	
Адрес проживания несовершеннолетнего пациента	

Именуемый далее – «Пациент», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Учреждение обязуется оказывать Заказчику (Пациенту) по его желанию с учетом медицинских показаний и в соответствии с перечнем услуг Учреждения платные медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, и разрешенные на территории РФ (далее – Услуги), а Заказчик обязуется своевременно оплатить предоставленные медицинские услуги.

1.2. Детализация Услуг, оказываемых Пациенту в рамках настоящего Договора (наименование услуги, стоимость), указывается в Акте оказанных услуг.

1.3. В случае если при предоставлении Услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются в соответствии с «Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утв. Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 года № 1006.

2. ПЕРЕЧЕНЬ И СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ ОПЛАТЫ И ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1. Стоимость Услуг, оказываемых по настоящему Договору, определяется в соответствии с Прейскурантом, утвержденным Учреждением, действующим на дату оказания Услуг.

2.2. Заказчик обязуется оплатить предоставляемые Услуги в полном размере, в день оказания Услуг.

2.3. Оплата осуществляется в валюте РФ путем внесения наличных денежных средств в кассу Учреждения или безналичным путем, посредством перечисления денежных средств по платёжным реквизитам Учреждения.

2.4. В случае отказа Заказчика от предоставления Услуг до начала их выполнения и/или завершения Учреждением, а также при иных основаниях прекращения обязательств по настоящему Договору, возврат денежных средств осуществляется с учетом фактически понесенных расходов Учреждения по исполнению Договора, рассчитанных по действующему Прейскуранту на момент расторжения Договора, без учета скидок.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Учреждение обязуется:

3.1.1. Оказывать Услуги в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность № ЛО-78-01-008307 от «30» октября 2017 года.

3.1.2. Орган, регламентирующий лицензирование медицинской деятельности: Комитет по здравоохранению – г. Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая, д. 1, тел. (812) 595-89-79.

3.1.3. В период действия настоящего Договора, оказывать Услуги, предусмотренные настоящим Договором, в согласованное с Заказчиком время.

3.1.4. В случаях, предусмотренных законодательством РФ, оказывать Услуги Пациенту в присутствии его Законного представителя (опекуна, попечителя).

3.1.5. Обеспечивать реализацию всех прав Пациента в соответствии с «Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан».

3.1.6. При оказании Услуг использовать методы, оборудование, инструментарий и материалы, разрешенные к применению в РФ, имеющие соответствующие сертификаты и не истекшие сроки годности.

3.2. Учреждение имеет право:

3.2.1. Изменять перечень услуг и их стоимость, уведомив об этом Заказчика.

3.2.2. Отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору в одностороннем порядке при объективной невозможности обеспечить предоставление требуемой Услуги, включая возникновение медицинских противопоказаний для оказания медицинской помощи и/или невозможность обеспечить ее безопасность (за исключением случаев необходимости оказания экстренной медицинской помощи).

3.2.3. Привлечь для оказания Услуг по настоящему Договору специалистов из других медицинских учреждений, имеющих с Учреждением соответствующие договоры.

3.3. Заказчик имеет право:

3.3.1. В доступной для него форме получить полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья / о состоянии здоровья Пациента, включая сведения о наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, а также о возможных и предлагаемых методах лечения, связанном с ними риске, их последствиях и ожидаемых результатах лечения.

3.3.2. Требовать предоставления необходимой информации в порядке, установленном законодательством РФ.

3.3.3. Отказаться от медицинского вмешательства на любом этапе его подготовки и проведения, в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

3.3.4. Отказаться от исполнения настоящего Договора в любое время при условии оплаты Учреждению фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору.

3.4. Заказчик обязуется:

3.4.1. Выполнять рекомендации Учреждения, направленные на обеспечение качества предоставляемых Услуг.

3.4.2. До оказания Услуг предоставить Учреждению письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

3.4.3. При оформлении настоящего Договора предъявить Учреждению документ, удостоверяющий личность и документ, подтверждающий отношение к Пациенту (свидетельство о рождении, удостоверение опекуна или попечителя, доверенность).

3.4.4. При последующих посещениях Учреждения предъявлять документ, удостоверяющий личность.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. В случаях неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

4.2. Заказчик вправе предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора, иные требования в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.3. Учреждение не несет ответственности за качество оказываемых услуг, если Заказчик не выполняет предписаний лечащего врача или прерывает лечение без письменного уведомления Учреждения, а также при существенном нарушении других условий настоящего Договора.

4.4. Учреждение не несет ответственности за возможные осложнения, побочные реакции, снижение показателей результативности лечения вследствие нарушения Заказчиком обязанностей по выполнению назначений и рекомендаций специалистов и информированию специалистов о перенесенных заболеваниях, известных аллергических реакциях и противопоказаниях, а равно в случае заказа Услуг непосредственно у специалиста Учреждения в нарушение установленного порядка оказания Услуг.

4.5. Все споры и разногласия, возникшие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров между Сторонами, а в случае не достижения согласия – в суде общей юрисдикции по правилам подведомственности и подсудности, установленным гражданским процессуальным законодательством.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ

5.1. Настоящий Договор вступает в силу с даты подписания и действует один календарный год. Если ни одна из Сторон не известила другую в письменной форме до окончания срока настоящего Договора о намерении его расторгнуть, Договор автоматически продлевается на один последующий год. Количество пролонгаций не ограничено.

5.2. Настоящий Договор может быть изменен либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон.

5.3. Заказчик вправе в любое время отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору в одностороннем порядке, при условии оплаты Учреждению фактически понесенных расходов по исполнению Договора в порядке, предусмотренном настоящим Договором. В данном случае Заказчик обязан в письменном виде уведомить об этом Учреждение за 15 (пятнадцать) дней до предполагаемой даты расторжения Договора.

5.4. Настоящий Договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по настоящему Договору и/или по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

6.1. Несоблюдение указаний (рекомендаций) Учреждения, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемых Услуг, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

6.2. Заказчик ознакомлен с перечнем медицинских услуг, прейскурантом оказываемых медицинских услуг, условиями предоставления скидок, условиями предоставления и получения Услуг, а также сведениями о квалификации и сертификации специалистов Учреждения.

6.3. Заказчик подтверждает, что ему предоставлена полная, достоверная и доступная информация об оказываемых Услугах, о виде деятельности Учреждения, номере лицензии, сроках действия лицензии, а также информация об органе, выдавшем указанную лицензию.

6.4. Ни одно из положений настоящего Договора не должно истолковываться как ущемляющее права Пациента по сравнению с правилами, установленными законами или иными правовыми актами Российской Федерации в области защиты прав потребителей.

6.5. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего Договора. С согласия Заказчика или законного представителя Пациента допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, указанным Заказчиком или законным представителем Пациента. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Заказчика или законного представителя Пациента допускается в случаях, установленных законом.

6.6. В целях проверки и установления соответствия качества оказания Услуг Учреждение вправе передавать компетентным специалистам (или экспертам) по профилю оказываемых услуг всю медицинскую документацию и сообщать иную необходимую информацию, связанную с оказанием услуги Пациенту.

6.7. Стороны устанавливают, что настоящий Договор, дополнительные соглашения к нему, иная сопутствующая документация по исполнению Договора, могут быть подписаны с помощью средств механического или иного копирования (в том числе факсимильного воспроизведения подписи), в электронном виде с использованием инструментов электронной подписи (в том числе электронно-цифровой подписи, простой цифровой подписи) либо иного аналога собственноручной подписи при наличии соответствующих технических возможностей Учреждения. Сторонами признается юридическая сила документов, подписанных аналогами собственноручной подписи, равнозначной документам на бумажном носителе, подписанным собственноручной подписью. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

7. СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

7.1. В соответствии с требованиями Ст. 9 ФЗ от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку Учреждением (далее – Оператор) моих персональных данных (включая персональные данные лица, законным представителем которого я являюсь), включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, адрес электронной

почты, реквизиты полиса ОМС (ДМС), паспортные данные, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг (далее – ПД).

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

7.3. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с ПД, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать ПД посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

7.4. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) ПД 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 осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения ПД соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие действует бессрочно.

7.5. Я оставляю за собой право отозвать настоящее 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.

7.6. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку ПД, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанных Услуг.

8. СОГЛАСИЕ НА ОТПРАВКУ СООБЩЕНИЙ

Даю согласие на получение от Учреждения информации на телефонный номер, путем отправки смс-сообщений, входящих звонков оператора Учреждения или входящих звонков автоинформатора Учреждения, на электронную почту или в WhatsApp путем отправки электронных писем и сообщений следующего содержания. Все сообщения являются для Заказчика (Пациента) бесплатными и оплачиваются исключительно за счет отправителя:

- Информация о результатах лабораторных исследований (передается только на электронную почту, не сообщается по телефону)
- Информация о дисконтных мероприятиях (акциях, скидках)
- Информация о записи на прием (уведомления о предстоящей записи либо ее отмене / переносе)
- Информация о новых консультациях, диагностических или лечебных услугах
- Информация об изменении режима работы Учреждения
- Официальная информация от лица Администрации Учреждения

9. СОГЛАСИЕ НА ФОТО И ВИДЕОСЪЕМКУ

Даю согласие на фото, видеосъемку несовершеннолетнего гражданина, законным представителем которого я являюсь, в период: с даты подписания настоящего Договора до истечения срока исполнения настоящего Договора, если соответствующий отказ не будет заявлен ранее, без выплаты вознаграждения Учреждению, для последующего использования фото, видеоизображений в целях:

- размещения на сайте и в группах социальных сетей Учреждения;
- размещения на информационной и/или рекламных стендах Учреждения;
- размещения в рекламных роликах Учреждения в Интернете,
- а также иными способами, предусмотренными статьей 1270 Гражданского Кодекса РФ.

Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению. Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в интересах несовершеннолетнего.

10. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

10.1 Режим работы и порядок оказания Учреждением услуг по Договору

- Учреждение по настоящему Договору оказывает медицинские услуги Заказчику (Пациенту) на дому (по адресу проживания Заказчика /Пациента, указанному в Договоре) или в медицинском центре Учреждения.
- Учреждение оказывает услуги на дому по настоящему Договору в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Учреждения и доводятся до сведения Заказчика (Пациента). Время работы учреждения указано на официальном сайте Учреждения, www.akvadoctor.ru в разделе «Контакты».
- Вызов врача на дом Заказчиком / Пациентом осуществляется по телефону 331-74-78 либо на сайте Учреждения через формы обратной связи, формы вызова врача на дом или чат. Через сообщения или чат в группе ВКонтакте Учреждения.
- Предоставление услуг по Договору осуществляется только в порядке предварительной записи.

10.2. Обязанности Заказчика (Пациента) по выполнению Договора

- Заказчик (Пациент) должен быть готов к процедуре оказания услуг
- При оказании услуг на дому – быть дома и обеспечить доступ в помещение врачу или другому представителю Учреждения в заранее согласованный интервал времени.
- Обеспечить возможность медицинскому персоналу осмотреть Пациента и оказать намеченные медицинские услуги.
- Если при визите на дом врачу или другому представителю Учреждения Заказчиком (Пациентом) не был предоставлен доступ в помещение или возможность осмотреть Заказчика (Пациента) и оказать услуги, услуги считаются выполненными.
- Если на момент приезда бригады с лаборантом на дом не были собраны анализы, услуга «забор анализов на дому» считается выполненной.
- При предоставлении услуги «вакцинация» представитель пациента обязан иметь допуск к вакцинации от врача Учреждения. Допуски на вакцинацию от специалистов других медицинских учреждений не принимаются. Если в ходе оказания услуги «вакцинация» врач Учреждения обнаружит симптомы, препятствующие проведению Заказчику (Пациенту) процедуры, услуга «Консультация врача по иммунопрофилактике» считается выполненной.
- Заказчик (являющийся законным представителем Пациента) должен полно и откровенно информировать специалистов Учреждения об истории жизни и заболеваниях Пациента, в том числе предоставлять информацию по запросам специалистов определенном ими объеме и сроках.
- Заказчик (Пациент) должен лично являться к специалисту Учреждения, в случае, если это назначено специалистом, и точно выполнять назначения и рекомендации специалистов Учреждения
- При отказе от предлагаемого Заказчику (Пациенту) медицинского вмешательства, Заказчик (Пациент) должен подписать оформленный в медицинской карте текст информационного отказа (с предупреждением о возможных последствиях такого отказа).

- При возникновении каких-либо осложнений, прямо или косвенно связанных с выполнением медицинских услуг, в том числе в случае непредвиденной госпитализации в другое медицинское учреждение, Заказчик (Пациент) предоставляет Учреждению информацию об этом в минимально короткий срок (в течение не более чем 3 календарных дней) в диспетчерскую службу.

10.3. Правила предоставления услуг лечебно-оздоровительного отделения детского медицинского центра «АКВА-ДОКТОР» включают правила посещения лечебно-оздоровительного отделения детского медицинского центра «Аква-Доктор Плавание», правила техники безопасности при получении Услуг и являются обязательными для всех Заказчиков (Пациентов). Правила размещены на информационных стендах на территории Учреждения, а также на сайте Учреждения в сети Интернет www.akvadoctor.ru. Сведения о наличии и расположении Правил доводятся до Заказчика (Пациента) при подписании настоящего Договора.

Условия и Правила предоставления Услуг, включая Правила предоставления услуг лечебно-оздоровительного отделения детского медицинского центра «АКВА-ДОКТОР» мне разъяснены и понятны. С условиями и порядками предоставления медицинских Услуг согласен (-сна).	

11. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

УЧРЕЖДЕНИЕ
ООО «РИШАР»
Юридический адрес: 193313, Санкт-Петербург, пр. Большевиков, д.7, корп. 3, лит.А, пом. 35-Н
Фактический (почтовый) адрес: 199397, Санкт-Петербург, Морская набережная, д. 21, корпус 1, пом. 4-Н
тел./факс: (812) 331-74-78
эл.почта: rishar.ooo@yandex.ru

официальный сайт
www.akvadoctor.ru

официальная группа ВКонтакте
vk.com/akvadoctor

ИНН 7810260673 КПП 781101001
р/с 40702810802180000880
в ФИЛИАЛ СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ ПАО БАНКА «ФК ОТКРЫТИЕ»
к/с 30101810540300000795
БИК 044030795

Генеральный директор

_____**/Е.В. Селиванова/**
М.П.

ЗАКАЗЧИК

_____
(*ФИО полностью)*
Паспорт: серия_____ номер _____

Выдан: _____

_____
Зарегистрирован (-на) по адресу:
_____

_____
Адрес места жительства (фактический):
_____

_____
Контактная информация:
Телефон: _____

Email: _____

_____/_____
подпись/ФИО

Ваш детский медицинский центр: «Аква-Доктор Плавание», расположен по адресу: Санкт-Петербург, Богатырский пр., д. 22, корп. 1.	www.akvadoctor.ru Vk.com/ akvadoctor 331-74-78