



ООО «Медицинский Центр ИБИС»

420025, РТ, г. Казань ул. Дорожная д. 15А,

ИНН/КПП 1660335213/166001001

ОГРН: 1191690073288 БИК 044525974

к/с 30101810145250000974

р/с 40702810810000575417

Тел. (843) 211-82-46

горячая линия (843) 204-07-90

e-mail: mc-ibis@yandex.ru

<https://narkocenter116.ru>

Договор о предоставлении платных медицинских услуг

г. Казань

« ____ » _____ 202_

Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр Ибис», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», ИНН 1660335213, ОГРН 1191690073288 11.09.2019, юридический и фактический адрес: 420025, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Дорожная (Малые Клыки), д. 15А, помещение 1001, в лице старшего администратора Галкиной Арины Сергеевны, действующей на основании доверенности № 1/10 от 16.10.2023, с одной стороны, и _____ именуемый в дальнейшем «Заказчик»

(ФИО Заказчика)

действующий в интересах _____, именуемого в дальнейшем «Пациент» с

(ФИО Пациента)

другой стороны, далее совместно именуемые «Стороны», заключили договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1 Пациент (Заказчик) поручает, а Исполнитель обязуется оказывать на возмездной основе платные медицинские услуги Пациенту (далее – услуги, медицинские услуги), отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенные на территории Российской Федерации в соответствии с перечнем видов медицинской деятельности, которые Исполнитель вправе осуществлять согласно Лицензии на медицинскую деятельность, порядками оказания медицинской помощи и действующим Прейскурантом платных медицинских услуг, утвержденным Исполнителем (далее - Прейскурант), а Пациент (Заказчик) принимает на себя обязательства по оплате оказанных медицинских услуг в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим договором.

В рамках настоящего договора предоставляются следующие платные медицинские услуги:

1.2. Пациент подтверждает, что он ознакомлен с Прейскурантом платных медицинских услуг.

1.3. При заключении договора Исполнителем Пациенту (Заказчику) предоставляется в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащих следующие сведения:

1.3.1. Порядок оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, применяемые при оказании платных медицинских услуг.

1.3.2. Информация о конкретном медицинском работнике, оказывающем соответствующую платную медицинскую услугу.

1.3.3. Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

1.4. Потребитель подтверждает, что согласовал осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, либо их объем, превышающий объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

1.5. Сроки ожидания предоставления медицинских услуг, предусмотренных п. 1.1 настоящего Договора: срок ожидания планового приема, проведения диагностических инструментальных и лабораторных исследований – не более 3 (трех) дней со дня обращения.

1.6. При необходимости Пациенту могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень и сроки оказания которых согласуются Сторонами в дополнительном соглашении к настоящему Договору.

1.7. Исполнитель оказывает услуги в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности:

- номер: ЛО41-01181-16/00287781 от 29.12.2020,

- срок действия: бессрочно,

- Лицензирующий орган: Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения,

- перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность: - при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико – санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико – санитарной помощи в амбулаторных условиях по медицинскому массажу, сестринскому делу, функциональной диагностике, при оказании первичной врачебной медико – санитарной помощи в амбулаторных условиях по организации здравоохранения и общественному здоровью, терапии, при оказании первичной специализированной медико – санитарной помощи в амбулаторных условиях по мануальной терапии, неврологии, организации, здравоохранения и общественному здоровью, психиатрии, психиатрии – наркологии, психотерапии, функциональной диагностике, при оказании первичной специализированной медико – санитарной помощи в условиях дневного стационара по организации здравоохранения и общественному здоровью, психиатрии, психиатрии, наркологии, психотерапии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских

экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности, экспертизе качества медицинской помощи.

1.8. Медицинские услуги оказываются по адресу (место исполнения договора): 420025, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Дорожная (Малые Клыки), д. 15А, помещение 1001.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель принимает на себя следующие обязательства по настоящему договору:

2.1.1. Организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе положениями об организации оказания медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи.

2.1.2. Обеспечить исполнение качественной платной медицинской помощи Пациенту согласно режиму работы Исполнителя и перечню предоставляемых им услуг.

2.1.3. В случае возникновения препятствий для выполнения условий настоящего договора Исполнитель обязан незамедлительно известить об этом Пациента (Заказчика).

2.1.4. Вести медицинскую документацию. После исполнения Договора бесплатно выдать Пациенту медицинские документы (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 в течение 5 рабочих дней.

2.1.5. Вести учет вида, объема и качества оказанной медицинской помощи, а также средств, полученных от Пациента (Заказчика).

2.1.6. Гарантировать Пациенту (Заказчику) конфиденциальность информации о здоровье Пациента в соответствии с действующим законодательством.

2.1.7. Медицинские услуги, составляющие предмет настоящего договора, оказываются в разовом порядке, либо комплексно (медицинская программа) в составе курса лечения как перечня определенных диагностических и лечебных мероприятий, осуществляемых последовательно в течение срока, определяемого исполнителем и обусловленного целями медицинских услуг.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Получать от Пациента информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

2.2.2. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

2.2.3. Приостановить выдачу медицинской документации Пациенту (Заказчику) в случае задержки оплаты до разрешения разногласий с ним.

2.2.4. Самостоятельно определять характер и объем медицинского обслуживания Пациента в соответствии с медицинскими показаниями и в соответствии с лицензией, выданной Исполнителю. Медицинское обслуживание осуществляется в соответствии с режимом работы Исполнителя.

2.2.5. При выявлении у Пациента противопоказаний к проведению лечебных и диагностических мероприятий отказать в их проведении.

2.2.6. Требовать от Пациента (Заказчика) возмещения материального ущерба, причиненного имуществу Исполнителя виновными действиями Пациента.

2.2.7. В целях выполнения взятых на себя по настоящему договору обязательств Исполнитель вправе при оказании услуг по настоящему договору привлекать специалистов, а также сотрудничать с иными медицинскими учреждениями по вопросу оказания услуг, определенных настоящим договором. При этом ответственность за качество лежит на Исполнителе.

2.2.8. Отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Пациентом правил внутреннего распорядка (пребывания), назначений лечащего врача и медицинского персонала и нарушений режима работы Исполнителя.

2.2.9. При опоздании Пациента на прием более чем на 15 (пятнадцать) минут, исполнитель вправе перенести запись на дополнительное согласованное с Пациентом время и принять другого пациента.

2.3. Пациент (Заказчик) по настоящему договору принимает на себя следующие обязательства:

2.3.1. Оплатить стоимость предоставленной по настоящему договору медицинской услуги, согласно действующему Прейскуранту цен на медицинские услуги Исполнителя.

2.3.2. Выполнять все назначения лечащего врача и медицинского персонала, соблюдать правила внутреннего распорядка Исполнителя. Пациент подтверждает, что уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

Пациент подтверждает, что уведомлен 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.

2.3.3. Сообщить медицинскому персоналу все необходимые сведения о себе для успешного проведения лечебно-диагностического процесса, в том числе полную, достоверную, правдивую информацию лечащему врачу о своих жалобах, перенесенных заболеваниях, госпитализациях с предоставлением соответствующих выписок из лечебных

учреждений о проведенном лечении, медицинских манипуляциях и вмешательствах, применяемых лекарственных средствах, наличие аллергических проявлений на какое-либо лекарственное средство во время оказания услуг по настоящему договору, и другую информацию о своем соматическом и психическом здоровье.

2.3.4. Подписать настоящий договор и «Информированное добровольное согласие на получение медицинской услуги на платной основе» (Приложение № 1 к настоящему договору) до оказания услуг, а после их оказания подписать Акт об оказании медицинских услуг (Приложение № 2 к настоящему договору). В случае отказа Пациента от подписания Информированного добровольного согласия на процедуру, оказание медицинских услуг в этой части прекращается.

2.4. Пациент (Заказчик) имеет право:

2.4.1. В любое время получать информацию об объеме и качестве медицинской помощи, выполняемой Исполнителем, не вмешиваясь в действия Исполнителя.

2.4.2. Пациент (Заказчик) имеет право отказаться от получения медицинских услуг до момента начала их оказания (до начала оказания медицинских услуг по медицинской программе), но при этом он будет обязан возместить Исполнителю затраты, связанные с подготовкой оказания медицинских услуг. Пациент (Заказчик) обязан возместить Исполнителю понесенные убытки в полном объеме, если медицинская услуга не могла быть оказана или ее оказание было прервано по вине Пациента (Заказчика).

3. Цена договора

3.1. Стоимость платных медицинских услуг, предусмотренных пунктом 1.1. настоящего договора, составляет _____ (_____) рублей. Оплата услуг осуществляется Пациентом (Заказчиком) в порядке 100-процентной предоплаты до получения медицинских услуг, путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя либо иным, не запрещенным законом способом.

3.2. Пациенту (Заказчику) в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг, контрольно-кассовый чек.

3.3. После оказания услуг Стороны подписывают акт об оказании медицинских услуг. При несогласии Пациента (Заказчика) с актом он должен привести мотивированные возражения в письменном виде. Если в течение 1 суток после представления акта от Заказчика не поступят мотивированные возражения или отказ от его подписания, услуги считаются принятыми Заказчиком и подлежащим оплате на основании одностороннего акта.

3.4. Пациенту (Заказчику) в рамках Договора могут быть предоставлены скидки и/или иные бонусы.

4. Ответственность сторон.

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

4.2. В случае неоплаты или частичной неоплаты Пациентом (Заказчиком) оказанных ему услуг Исполнитель вправе потребовать от Пациента (Заказчика) уплаты неустойки в размере 0,5 % (ноль целых пять десятых процента) от стоимости оказанных медицинских услуг за каждый день просрочки.

4.3. В случае если невозможность исполнения возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не несет ответственности, Пациент (Заказчик) возмещает Исполнителю фактически понесенные расходы.

4.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору по основаниям, предусмотренным ст. 13 Закона о защите прав потребителей, ст. 401 ГК РФ, в том числе:

4.4.1. При возникновении осложнений, связанных с тем, что Пациент (Заказчик) не предоставил полные и достоверные сведения в соответствии с пунктом 2.3.3 настоящего договора;

4.4.2. В случае если в соответствии с потребностями лечебно-диагностического процесса, особенностями течения конкретного заболевания и/или для предотвращения возможных осложнений Пациенту были назначены дополнительные методы диагностики и лечения, но Пациент не выполнил соответствующие назначения;

4.4.3. В случае если наступили предусмотренные и указанные в Информированном добровольном согласии Пациента на медицинское вмешательство возможные побочные эффекты (осложнения), соответствующие характеру и объему медицинской услуги;

4.4.4. В случае атипичного протекания у Пациента заболевания, наличия непрогнозируемых индивидуальных реакций Пациента на медицинские препараты и т.п.;

4.4.5. Если Пациент своевременно не явился на прием для получения Услуг согласно назначению врача, таким образом, лечение было прервано, или Пациент без согласования с Исполнителем получал медицинские услуги в другой медицинской организации, которые могли вступить в противоречие с лечением, проводимым Исполнителем, и оказать негативное влияние на состояние здоровья Пациента;

4.4.6. Если Исполнителем приостановлено оказание Медицинских услуг, при нарушении пунктов 2.3.2, 2.3.3 настоящего договора.

4.4.7. В случаях несоблюдения Пациентом рекомендаций лечащего врача иных неправомерных действий.

4.5. Пациент и (или) Заказчик вправе заявить претензию в случае оказания Исполнителем медицинской услуги ненадлежащего качества. Претензия должна быть направлена Исполнителю по адресу, указанному в разделе 8 настоящего договора, в письменном виде и рассматривается Главным врачом Исполнителя с возможным привлечением специалистов Исполнителя и/или других медицинских организаций, экспертов в срок не более 10 (десяти) дней. Написанием претензии Пациент дает свое согласие на предоставление медицинской документации, содержащей сведения о состоянии его здоровья лицам, не являющимся сотрудниками Исполнителя, при этом предоставление медицинской

документации указанным лицам случае, предусмотренном настоящим пунктом договора, не является со стороны Исполнителя нарушением обязанности, предусмотренной пунктами 5.1, 5.2. настоящего договора.

4.6. За нарушение установленных настоящим Договором сроков исполнения услуг Пациент вправе требовать с Исполнителя выплаты неустойки в размере 0,5 % (ноль целых пять десятых процента) за каждый день просрочки от стоимости услуги, срок оказания которой нарушен Исполнителем.

4.7. В процессе оказания медицинских услуг Пациенту, возможно наступление побочных эффектов и осложнений. В связи с тем, что побочные эффекты и осложнения возникают вследствие биологических особенностей организма и используемая технология оказания платной медицинской услуги не может полностью исключить их вероятность, Исполнитель не несет ответственность за наступление осложнений, если медицинская услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований.

5. Конфиденциальность

5.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора. Стороны несут ответственность за последствия, вызванные нарушением обязательств по конфиденциальности независимо оттого было ли нарушение совершено преднамеренно или случайно.

5.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Пациента (Заказчика) за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебную тайну).

С предварительного согласия Пациента (Заказчика) допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, третьим лицам в интересах обследования и лечения Пациента (Заказчика). Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациента (Заказчика) допускается исключительно в случаях, предусмотренных законодательством РФ.

6. Сроки исполнения договора

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует в течение одного календарного года. Настоящий договор может быть пролонгирован на тех же условиях на следующий календарный год в случае, если за тридцать дней до его окончания ни одна из сторон не известит в письменном виде другую сторону о намерении не пролонгировать настоящий договор по окончании срока его действия.

6.2. Срок оказания услуг определяется специалистом Исполнителя исходя из целей оказания медицинских услуг, объективного состояния Пациента, тяжести патологического процесса, технических и организационных возможностей Исполнителя, и отражается в соответствующей документации по оформлению оказания медицинской услуги.

6.3. Настоящий договор может быть расторгнут ранее окончания срока его действия в следующем порядке:

6.3.1. По инициативе Исполнителя:

- При невыполнении Пациентом (Заказчиком) обязательств по оплате услуг, в том числе нарушении сроков оплаты услуг. При расторжении настоящего договора по данному основанию стоимость уже оплаченных услуг не возвращается в том случае, когда она соответствует фактически оказанным услугам. При оказании услуг на сумму, большую оплаченной Пациентом (Заказчиком), Пациент (Заказчик) обязан оплатить недостающую сумму за фактически оказанные услуги.

- Исполнитель вправе приостановить исполнение обязательств по договору или отказаться от исполнения обязательств по договору при нарушении сроков оказания медицинской услуги по вине Пациента и потребовать от Пациента возмещения убытков (ст. 328 и 719 ГК РФ, п. 6 ст. 28 Закона о защите прав потребителей).

- При невозможности осуществления (продолжения) лечения, выявленной в ходе осмотра, по причине возникновения или обнаружения у Пациента медицинских противопоказаний.

6.3.2. По инициативе Пациента (Заказчика) в любое время, путем направления Пациентом (Заказчиком) Исполнителю письменного отказа, при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему договору.

6.3.3. Досрочное расторжение договора может иметь место по соглашению сторон либо на основаниях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

7. Медицинские программы (абонементы)

7.1. Под медицинской программой в контексте настоящего договора понимается абонемент, удостоверяющий право Пациента (Заказчика), приобретающего данную медицинскую программу, в течение определенного периода пользоваться комплексом медицинских услуг Исполнителя.

7.2. Период действия медицинской программы (абонемента), объем предоставляемых услуг, а также иные существенные условия указываются в описании медицинской программы (абонемента) в Прейскуранте.

7.3. Приобретение и использование Пациентом (Заказчиком) медицинской программы (абонемента) допускается только при условии подписания Договора и означает согласие с условиями медицинской программы (абонемента).

7.4. Заказчик имеет право в любое время приобрести один или несколько видов медицинских программ (абонемента), реализуемых Исполнителем.

7.5. В тех случаях, когда Заказчик приобретает один из видов медицинской программы (абонемент), стоимость такого абонемента покрывает стоимость оказываемых услуг в соответствии с программой абонемента в течение всего срока действия абонемента. При оказании Пациенту (Заказчику) услуг, не входящих в программу абонемента, такие услуги оплачиваются Пациентом (Заказчиком) отдельно.

7.6. Денежные средства, уплаченные Заказчиком за медицинскую программу (абонемент), не возвращаются, в том числе и в случаях, когда Заказчик не обращался за медицинскими услугами.

8. Дополнительные условия

8.1. Споры и разногласия сторон, связанные с неисполнением, либо ненадлежащим исполнением своих обязательств будут разрешаться по возможности путем переговоров между сторонами. Если стороны не придут к соглашению, споры подлежат рассмотрению в порядке, определенном действующим законодательством РФ.

8.2. Подписанием настоящего договора Пациент (Заказчик) выражает свое согласие на получение медицинских услуг и подтверждает, что ознакомлен с достоверной информацией о качестве медицинской услуги, указанной в разделе 1 настоящего договора, технологии ее оказания, ее конкретных исполнителях, о степени риска проводимых лечебно-диагностических процедур при оказании этой услуги, предполагаемых результатах и возможных осложнениях.

8.3. Пациент (Заказчик) дает свободно, своей волей и в своем интересе согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения настоящего договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.

8.4. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, один экземпляр для Пациента и второй для Исполнителя. В случае если договор с Исполнителем заключен Заказчиком в пользу Пациента, договор составляется в трех экземплярах и третий экземпляр находится у Заказчика.

8.5. Настоящий договор состоит из самого Договора оказания платных услуг, и Приложений и дополнительных соглашений к нему.

8.6. Стороны также признают юридическую силу всех документов, уведомлений, претензий, направленных друг другу в электронном виде (электронные письма, смс-уведомления) во исполнение настоящего договора по указанным в разделе 9 адресам электронной почты, телефонным номерам. При этом Сторона не несет ответственности за неполучение уведомления/сообщения второй Стороной, если уведомление/сообщение не прочитаны (не получены) по независящим от Стороны обстоятельствам (у второй Стороны отсутствует доступ в интернет, не работает телефон и т.д.)

Каждая из Сторон несет риск не извещения второй Стороны об изменении своего адреса электронной почты, телефонного номера. В случае уклонения Стороны от получения уведомления, направленного второй Стороной, уведомление считается полученным по истечении 6 календарных дней с момента его направления.

8.7. Все изменения и дополнения к настоящему договору, действительны только при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны Сторонами.

9. Адреса и реквизиты сторон

Исполнитель: Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр Ибис»,
ИНН 1660335213, КПП 166001001, ОГРН 1191690073288, р\с 40702810810000575417 в АО «Тинькофф Банк» г. Москва
к\с 30101810145250000974, БИК 044525974, юридический и фактический адрес: 420025, Республика Татарстан, г. Казань,
ул. Дорожная (Малые Клыки), д. 15А, помещение 1001, тел: +7 843 240 48 30

Старший администратор _____/Галкина А.С./

Пациент (Заказчик) подтверждает, что до подписания (заключения) настоящего договора уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника Исполнителя), 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 его состоянии здоровья.

Пациент (Заказчик) подтверждает, что он ознакомлен с Правилами пребывания в ООО «Медицинский центр Ибис» при получении медицинских услуг.

Правила пожарной безопасности для прибывающих на лечение Пациентов:

Медицинский центр просит вас соблюдать правила пожарной безопасности: ознакомиться с поэтажными планами эвакуации; не оставлять без присмотра включенные электроприборы; не пользоваться источниками открытого огня; не хранить при себе легковоспламеняющиеся материалы; не оставлять открытыми окна; соблюдать правила запрета курения в медицинских учреждениях; при обнаружении источников пожара, иных источников, угрожающих общественной безопасности, Пациент должен немедленно сообщить об этом дежурному персоналу.

Заказчик: _____

(ФИО, реквизиты паспорта, телефон, адрес регистрации (места жительства), телефон, адрес электронной почты)

Подпись _____
расшифровка подписи

Пациент: _____

(ФИО, реквизиты паспорта, телефон, адрес регистрации (места жительства), телефон, адрес электронной почты)

Подпись _____
расшифровка подписи

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« ____ » _____ г. рождения,
(дата рождения гражданина либо законного представителя)
зарегистрированный по адресу: _____
(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,
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)
зарегистрированного по адресу: _____
(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. № 390н (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:

Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр Ибис»

(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)

« ____ » _____ г.
(дата оформления)

Акт об оказании медицинских услуг

Исполнитель Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр Ибис», в лице Администратора Галкиной Арины Сергеевны, действующей на основании доверенности № 1/10 от 16.10.2023, с одной стороны, и Заказчик (Пациент)

(ФИО Заказчика, Пациента)

составили настоящий акт о том, что Исполнитель выполнил, а Заказчик (Пациент) приняли оказанные услуги:

№	Наименование	Код	Цена	Количество	Сумма

Работы выполнены в установленные сроки, в полном объеме с надлежащим качеством.

Итого _____

Исполнитель:

_____/_____
подпись расшифровка подписи

Пациент (Заказчик)

_____/_____
Подпись расшифровка подписи

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____
(Ф.И.О. пациента)

_____ (основной документ, удостоверяющий личность, серия и номер)

_____ (кем и когда выдан, код подразделения)

_____ (адрес места жительства)

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку моих персональных данных и персональных данных лица:

_____ (ненужное зачеркнуть)

_____ (Фамилия, имя, отчество ребенка, недееспособного лица полностью) (число, месяц, год рождения)

законным представителем которого я являюсь (подчеркнуть: мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель), на основании _____

следующему оператору:

Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных:

Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр Ибис»,
ИНН 1660335213, КПП 166001001, ОГРН 1191690073288, р\с 40702810810000575417 в АО «Тинькофф Банк» г. Москва к\с 30101810145250000974, БИК 044525974, юридический и фактический адрес: 420025, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Дорожная (Малые Клыки), д. 15А, помещение 1001, тел: +7 843 240 48 30

Цель обработки персональных данных:

- обеспечение соблюдения требований законодательства Российской Федерации;
- оказание медицинских услуг и осуществление иных, связанных с этих мероприятий.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных:

фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность; адрес фактического места проживания и регистрации по месту жительства и (или) по месту пребывания; почтовый и электронный адреса; номера телефонов; данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью.

В целях безопасности, а также в целях оказания медицинских услуг в помещении медицинской организации (оператора персональных данных) осуществляется видеосъемка, которая обрабатывается в соответствии с Политикой в области обработки персональных данных.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, уничтожение персональных данных.

Общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных: внесение персональных данных в электронную базу данных.

☐ Я выражаю согласие на получение рекламы и разрешаю Обществу осуществлять в мой адрес смс-рассылки, а также иные виды рассылок и уведомлений, в том числе рекламного характера, с использованием любых средств связи.

☐ Я не даю свое согласие на получение рекламы.

☐ Я даю свое согласие ООО «Медицинский центр Ибис» на публикацию созданных с моим участием фотографий и видеоматериалов в некоммерческих целях и целях саморекламы, в частности на их публикацию на сайте Исполнителя и во всех социальных сетях без выплаты мне вознаграждения.

Срок, в течение которого действует согласие: 5 (пять) лет со дня его подписания либо до дня отзыва в письменной форме.

Порядок отзыва согласия: отзыв согласия осуществляется путем подачи субъектом персональных данных соответствующего письменного заявления оператору, получившему согласие.

Подтверждаю, что ознакомлен (а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

Дата «__» _____ 202__ г.

Подпись/ Подпись представителя _____ / _____ /

СОГЛАСИЕ ЗАКАЗЧИКА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____
(Ф.И.О. пациента)

(основной документ, удостоверяющий личность, серия и номер)

(кем и когда выдан, код подразделения)

(адрес места жительства)

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку моих персональных данных и персональных данных лица:

(ненужное зачеркнуть)
(Фамилия, имя, отчество ребенка, недееспособного лица полностью) (число, месяц, год рождения)
законным представителем которого я являюсь (подчеркнуть: мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель), на основании _____

следующему оператору:

Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных:

Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр Ибис»,
ИНН 1660335213, КПП 166001001, ОГРН 1191690073288, р\с 40702810810000575417 в АО «Тинькофф Банк» г. Москва к\с 30101810145250000974, БИК 044525974, юридический и фактический адрес: 420025, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Дорожная (Малые Клыки), д. 15А, помещение 1001, тел: +7 843 240 48 30

Цель обработки персональных данных:

- обеспечение соблюдения требований законодательства Российской Федерации;
- оказание медицинских услуг и осуществление иных, связанных с этих мероприятий.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных:

фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность; адрес фактического места проживания и регистрации по месту жительства и (или) по месту пребывания; почтовый и электронный адреса; номера телефонов; данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью.

В целях безопасности, а также в целях оказания медицинских услуг в помещении медицинской организации (оператора персональных данных) осуществляется видеосъемка, которая обрабатывается в соответствии с Политикой в области обработки персональных данных.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, уничтожение персональных данных.

Общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных: внесение персональных данных в электронную базу данных.

☐ Я выражаю согласие на получение рекламы и разрешаю Обществу осуществлять в мой адрес смс-рассылки, а также иные виды рассылок и уведомлений, в том числе рекламного характера, с использованием любых средств связи.

☐ Я не даю свое согласие на получение рекламы.

☐ Я даю свое согласие ООО «Медицинский центр Ибис» на публикацию созданных с моим участием фотографий и видеоматериалов в некоммерческих целях и целях саморекламы, в частности на их публикацию на сайте Исполнителя и во всех социальных сетях без выплаты мне вознаграждения.

Срок, в течение которого действует согласие: 5 (пять) лет со дня его подписания либо до дня отзыва в письменной форме.

Порядок отзыва согласия: отзыв согласия осуществляется путем подачи субъектом персональных данных соответствующего письменного заявления оператору, получившему согласие.

Подтверждаю, что ознакомлен (а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

Дата «__» _____ 202_ г.

Подпись/ Подпись представителя _____ / _____ /