

**Договор №
на оказание платных медицинских услуг**

г. Санкт-Петербург

ООО «Меди Проф» («СМ-Клиника»), именуемое в дальнейшем Клиника, в лице главного врача Дедковой О.В., действующего на основании доверенности, с одной стороны, и

_____ именуемый (ая) в дальнейшем Пациент, с другой стороны, совместно именуемые Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1. Клиника оказывает платные медицинские услуги Пациенту по своему профилю деятельности согласно действующему Прейскуранту и лицензии № Л041-01148-78/00328419, выданной 22.09.2020 Комитетом по здравоохранению г. Санкт-Петербурга, находящимся по адресу: 191023, Санкт-Петербург г, Малая Садовая ул, дом № 1, тел. (812) 635-55-64, размещенных также на информационных стендах (стойках) Клиники и на сайте www.smclinic-spb.ru.

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Клиники, указан в лицензии на осуществление медицинской деятельности Клиники, которая является неотъемлемой частью настоящего договора.

1.2. Перечень и стоимость платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, определяются в соответствии с приложениями к настоящему договору.

1.3. Если иное не согласовано Сторонами, медицинские услуги предоставляются в день обращения за медицинской помощью.

2. Обязанности сторон.

2.1. Клиника обязуется:

2.1.1. Предоставить платные медицинские услуги Пациенту, заключившему настоящий договор.

2.1.2. Установить конкретные виды и объем оказываемых медицинских услуг.

2.1.3. Ознакомить Пациента с Прейскурантом предоставляемых медицинских услуг по настоящему договору.

2.1.4. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для оказания медицинской помощи в рамках выполнения обязательств по настоящему договору.

2.1.5. Вести всю необходимую медицинскую документацию.

2.1.6. Вести учет видов, объемов, стоимости медицинских услуг, оказанных Пациенту, а также денежных средств, поступивших от Пациента.

2.1.7. Представлять по требованию Пациента всю необходимую документацию, касающуюся предмета настоящего договора.

2.2. Пациент обязуется:

2.2.1. Своевременно производить необходимые расчеты с Клиникой за оказанные медицинские услуги.

2.2.2. Соблюдать медицинские предписания, лечебно-охранительный режим и Правила внутреннего распорядка.

2.2.3. Своевременно извещать медицинский персонал Клиники, оказывающий медицинскую помощь, о наличии у Пациента противопоказаний, аллергий, хронических заболеваний.

2.2.4. Перед получением медицинских услуг ознакомиться с Прейскурантом.

2.2.5. Перед получением информационных услуг путем доступа к электронному личному кабинету ознакомиться с Договором оферты об использовании личного кабинета, размещенном на сайте www.smclinic-spb.ru. Использование личного кабинета подтверждает согласие Пациента с условиями Договора оферты об использовании личного кабинета.

3. Стоимость услуг и порядок расчетов.

3.1. Оплата оказываемых услуг производится на основании действующего Прейскуранта в день предоставления медицинской услуги или на условиях предоплаты, если иное не согласовано Сторонами.

Клиника _____

Пациент _____

3.2. Клиника имеет право в одностороннем порядке пересматривать цены на медицинские услуги, оказываемые в рамках настоящего договора, и вводить дополнительные услуги. Измененный Прейскурант размещается в регистратуре и на сайте Клиники, при разночтении преимущество имеет Прейскурант, находящийся в регистратуре. При предоплате конкретных услуг изменение стоимости таких услуг может быть только по согласованию Сторон по договору.

3.3. Настоящим Пациент подтверждает, что ознакомился с Прейскурантом Клиники.

4. Порядок оказания услуг.

4.1. Клиника осуществляет прием Пациента после оформления амбулаторной карты, согласия Пациента на обработку персональных данных, информированного согласия Пациента на оказание медицинских услуг и при предъявлении Пациентом документа, удостоверяющего личность.

4.2. Клиника предоставляет медицинские услуги Пациенту в соответствии с действующим законодательством РФ и правилами внутреннего распорядка Клиники.

4.3. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения РФ. Настоящим Пациент выражает просьбу и согласен с тем, что специалисты Клиники, при наличии медицинских показаний, вправе оказывать объем услуг, превышающий вышеуказанные стандарты.

4.4. Клиника не обеспечивает Пациента бесплатными лекарственными препаратами и бесплатным питанием. Клиника не несет ответственность за эффективность и качество лекарственных средств, предоставленных Пациентом.

4.5. В случае нарушения Пациентом медицинских предписаний и лечебно-охранительного режима, Правил внутреннего распорядка Клиники, отказа Пациента от подписания согласия на обработку персональных данных, согласия Пациента на медицинское вмешательство Клиника вправе отказать такому Пациенту в предоставлении медицинских услуг.

4.6. В случае отказа от предоставления медицинской помощи в соответствии с п. 4.5. настоящего договора Клиника вправе удержать понесенные расходы из оплаченной стоимости медицинской услуги.

4.7. По письменному согласию Пациента информация, составляющая врачебную тайну Пациента, может быть передана третьим лицам.

4.8. Сторонами может быть согласован отдельный перечень услуг, оказываемых Пациенту, с указанием конкретных объемов, стоимости и сроков оказания услуг.

4.9. Пациент предупрежден и согласен с тем, что при предоставлении платных медицинских услуг по настоящему договору, может возникнуть необходимость оказания дополнительных платных медицинских услуг.

4.10. Клиника имеет право привлекать третьих лиц для исполнения обязательств по настоящему Договору.

5. Ответственность сторон.

5.1. Клиника несет ответственность за качество предоставляемых медицинских услуг в рамках настоящего договора и выбор методов лечения в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. Клиника не несет ответственности за причиненный вред здоровью Пациента или ненаступление выздоровления Пациента в случае, если вышеуказанные события произошли в результате нарушения Пациентом медицинских предписаний и рекомендаций.

5.3. При наличии задолженности по оплате Клиника вправе приостановить дальнейшее оказание услуг до даты погашения задолженности.

6. Срок действия, изменение и прекращение договора.

6.1. Договор вступает в силу со дня его подписания и действует бессрочно.

6.2. Настоящий договор может быть изменен либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленному в виде Соглашения и подписанному Сторонами.

6.3. Настоящий договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке:

- при письменном уведомлении другой Стороны об этом намерении за 15 (пятнадцать) календарных дней до предполагаемой даты расторжения;
- в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по настоящему договору;
- в других случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.

Клиника _____

Пациент _____

7. Согласие на обработку персональных данных Пациента

Я, _____
(фамилия, имя, отчество — полностью)
проживающий(ая) по адресу: _____
(место регистрации)

паспорт: _____ выдан: _____
(серия и номер) (дата и название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие оператору персональных данных ООО «Меди Проф» («СМ-Клиника»), юридический адрес: 192288, Санкт-Петербург г, Дунайский пр-кт, дом № 47, лит. А, пом. 35, на обработку в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг моих персональных данных, включающих:

- фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, адрес регистрации, контактный (е) телефон (ы), адрес электронной почты, возраст;
- реквизиты паспорта или иного документа, удостоверяющего личность;
- место работы, занимаемая должность.
- реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (при необходимости их использования при оформлении документации);

Пенсионном фонде России (при необходимости их использования при оформлении документации);

- данные о состоянии моего здоровья, диагнозе заболевания, о факте обращения за медицинской помощью.

Я предоставляю право работникам Оператора, а также по его поручению, управляющей организации ООО «СМ-Клиника Северо-Запад», юридический адрес: 195197, Санкт-Петербург, ул. Жукова, д. 19, лит. А, пом. 5Н, каб. 319, и организации, осуществляющей лабораторную диагностику, ООО «МЕДИ ЛАБ» (юридический адрес: 195197, г. Санкт-Петербург, ул. Жукова, д. 19, лит. А, пом/офис 5Н/408), ООО «ЛДЦ» (юридический адрес: 125130, г. Москва, Старопетровский проезд, 7А, стр.19, э. 3, пом. IV, ком. 11.; фактический адрес: 109316, Москва, Волгоградский пр-кт, дом № 42, корпус 1) на обработку моих персональных данных в рамках действующего законодательства РФ, а именно: совершение любых действий (операций) или совокупности действий (операций) с моими персональными данными с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (за исключением распространения) обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) моих персональных данных. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные, в том числе посредством внесения их в медицинские карты, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных по ОМС (договором ДМС), внесения их в электронную базу данных.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку действия настоящего Договора на оказание медицинских услуг.

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

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

Настоящее согласие дано мной _____

8. Особые условия.

8.1. Клиника не участвует в реализации программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

8.2. Настоящим Пациент подтверждает, что он проинформирован о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных

Клиника _____

Пациент _____

гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в других медицинских учреждениях, участвующих в реализации указанных программ.

9. Уведомления и сообщения.

9.1. Все уведомления и сообщения, направленные Сторонами в связи с исполнением настоящего Договора, должны быть сделаны в письменной форме.

9.2. Стороны обязуются незамедлительно извещать друг друга обо всех изменениях своих реквизитов.

9.3. Пациент подтверждает, что до заключения договора на оказание платных медицинских услуг он уведомлен о том, что несоблюдение указаний и рекомендаций 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 его здоровья.

10. Прочие условия.

10.1. Все приложения, дополнения, протоколы и иные изменения к настоящему договору являются его неотъемлемой частью и имеют юридическую силу, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями Сторон.

10.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

10.3. Все, что не урегулировано настоящим Договором определяется в соответствии с законодательством РФ.

10.4. В соответствии с п.2 ст.160 Гражданского кодекса РФ при подписании настоящего договора и приложений к нему со стороны Клиники может быть использовано факсимильное воспроизведение подписи.

10.5. Пациент имеет право получить доступ к личному кабинету на сайте www.smclinic-spb.ru или посредством мобильного приложения «СМ-Клиника» на условиях Договора оферты об использовании личного кабинета. Предоставление доступа к Личному кабинету, а также восстановление пароля осуществляется Клиникой исключительно в электронной форме путем направления логина и/или пароля электронным сообщением на номер мобильного телефона, указанный Пациентом. Получая доступ к личному кабинету, Пациент соглашается с тем, что информация, направляемая на указанный им номер мобильного телефона, считается полученной лично им, а также несет ответственность за своевременное предоставление Клинике сведений об изменении своего мобильного телефона и за доступ к нему третьих лиц.

11. Конфиденциальность.

11.1. Стороны берут на себя обязательства по соблюдению конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении условий настоящего договора.

11.2. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по настоящему договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой Стороны либо в случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.

11.3. Информация, составляющая врачебную тайну, не может быть передана третьим лицам.

12. Дистанционная передача информации.

12.1. Пациент вправе дать согласие на передачу ему информации по электронной почте, голосовыми сообщениями по телефонной связи, текстовыми смс-сообщениями, а также с использованием систем мгновенного обмена сообщениями.

12.2. Предоставлением адреса электронной почты Пациент дает согласие Клинике пересылать информацию, включая обработку и пересылку по электронной почте результатов лабораторной диагностики.

12.3. За исключением особо оговоренных случаев, Клиника не пересылает по электронной почте результаты исследований на инфекционную группу, гистологических и цитологических исследований. Пациент имеет право самостоятельно получить результаты таких исследований непосредственно в Клинике.

Клиника _____

Пациент _____

12.4. Клиника вправе обезличивать информацию при условии ссылки на номер амбулаторной медицинской карты. При получении обезличенной информации Пациент обязуется самостоятельно проверить соответствие указанного номера номеру своей амбулаторной медицинской карты и при обнаружении несоответствия незамедлительно сообщить в Клинику.

12.5. Клиника вправе самостоятельно определять формат и размер передаваемой информации.

12.6. Пациент предупрежден о возможных рисках, существующих при отправке информации, при которых Клиника не несет ответственности, в том числе:

- о возможности доступа третьих лиц к направляемой информации в процессе и/или в результате ее пересылки (в том числе, но не исключительно, несанкционированного доступа к окончательному оборудованию пользователя, прямой или случайной передачи пароля, незаконных действий третьих лиц);

- неполучения информации по различным причинам, не зависящим от отправителя (электронная почта переполнена, заблокирована или недоступна, настройки и правила обработки сообщений электронной почты на почтовом сервере не позволяют принимать сообщения интернет-домена отправителя, технические и другие причины);

- повреждений файлов.

12.7. Дистанционная передача информации является правом, а не обязанностью Клиники. Клиника вправе приостановить или прекратить дистанционную передачу информации.

Мобильный телефон:

Электронная почта:

Я даю согласие на получение информации о специальных предложениях и акциях

Я даю согласие на получение информации в связи с напоминанием о записи

Я даю согласие на опрос по качеству обслуживания

13. Адреса и реквизиты сторон:

КЛИНИКА: ООО «Меди Проф» («СМ-Клиника»)

ИНН 7806492270

КПП 781601001

ОГРН 1127847663800

Другое

Местонахождение: 192288, Санкт-Петербург г, Дунайский пр-кт, дом № 47, лит. А, пом. 35

р/с 4070281050600004024 Санкт-Петербургский филиал ПАО «Промсвязьбанк» г. Санкт-Петербург

к/с 3010181000000000920 БИК 044030920

Телефон: +7 (812) 435-55-55

Главный врач _____ Дедкова Ольга Владимировна

ПАЦИЕНТ:

ФИО

паспорт: серия _____ № _____

выдан _____

Место рождения: _____

Адрес: _____

Телефон _____

(подпись)

Клиника _____

Пациент _____