

ДОГОВОР
на оказание платных услуг
№ _____

г. Зеленогорск

«___» _____ 2023 г.

Общество с ограниченной ответственностью «Архитектура здоровья», в лице Генерального директора Казанской Ю.С., действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем **Оздоровительный Центр**, с одной стороны, и _____ именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, действуя свободно и добровольно, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. В соответствии с настоящим Договором Оздоровительный Центр обязуется оказывать на возмездной основе услуги (согл. Приложению №1), отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ «Заказчику», а Заказчик обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых услуг, а также выполнять требования Оздоровительного Центра, обеспечивающие качественное предоставление услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.

1.2. Перечень и стоимость услуг, предоставляемых Заказчику, оговариваются действующим прейскурантом Оздоровительного Центра. По медицинским показаниям и/или с согласия Заказчика ему могут быть оказаны и иные услуги, стоимость которых согласовывается Оздоровительным Центром с Заказчиком.

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

2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1. Оздоровительный Центр оказывает услуги по настоящему Договору в помещении Оздоровительного Центра по адресу: **г. Зеленогорск, ул. Курортная, д.24, лит. Б**, а также в медицинских учреждениях, имеющих с Оздоровительным Центром соответствующие договора.

2.2. Оздоровительный Центр оказывает услуги по настоящему Договору в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Оздоровительного Центра и доводятся до сведения Заказчика.

2.3. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Заказчика на прием. Предварительная запись Заказчика на прием осуществляется через администратора Оздоровительного Центра посредством телефонной связи. **Телефон: +7 (812) 213-30-79 работает с 9:00 до 21:00.**

3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Оплата услуг по настоящему Договору производится Заказчиком в полном объеме в день заключения настоящего договора в соответствии с Приложением №1, если иной порядок не предусмотрен настоящим Договором или соглашением сторон. Дополнительные услуги оплачиваются Заказчиком в последний день пребывания в Оздоровительном центре. Оплата услуг Оздоровительного Центра производится Заказчиком всеми способами, не запрещенными законодательством РФ.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Оздоровительный Центр обязуется:

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

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

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

4.1.4. Провести диагностику здоровья Заказчика и, в случае необходимости, предложить ему пройти дополнительные консультации и обследования у специалистов иного медицинского профиля с целью уточнения диагноза, правильного выбора методик оздоровления.

4.1.5. По результатам обследования предоставить Заказчику полную и достоверную информацию о сущности применяемых в его случае методик лечения, проводимых процедур.

4.1.6. Информировать Заказчика о противопоказаниях и возможных осложнениях, которые могут возникнуть в результате проводимых процедур в связи с анатомо-физическими особенностями организма пациента и состоянием его здоровья.

4.1.7. Информировать Заказчика о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата оздоровления.

4.1.8. Обеспечить Заказчику непосредственное ознакомление с документацией, отражающей состояние здоровья, и выдать по письменному требованию Заказчика копии документов, отражающих состояние здоровья Заказчика.

4.2. Права и обязанности Заказчика:

4.2.1. Заказчик имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии здоровья Заказчика, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске и результатах проведенного лечения.

4.2.2. Заказчик обязуется пройти обследование и лечение в соответствии с рекомендациями специалистов Оздоровительного Центра.

4.2.3. Заказчик обязуется предоставить необходимую для Оздоровительного центра информацию о состоянии здоровья Пациента, о перенесенных заболеваниях, операциях, травмах, проведенных ранее обследованиях и лечении, имеющихся у него аллергических реакциях, а также иные сведения, которые могут сказаться на качестве оказываемых Оздоровительным Центром услуг, либо вызвать осложнения.

4.2.4. Заказчик имеет право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. В случаях, когда состояние Заказчика не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах Заказчика решает консилиум, а в особых случаях лечащий врач. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается Заказчиком или его представителем, а также медицинским работником.

4.2.5. Заказчик обязуется надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать Оздоровительный Центр о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Заказчиком настоящего Договора.

4.2.6. Заказчик обязуется являться на прием в установленное время, заблаговременно (не менее чем за 3 часа) информировать Оздоровительный Центр о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения медицинской услуги.

4.2.7. В случае опоздания Заказчика более чем на 15 (пятнадцать) минут по отношению к назначенному Заказчику времени получения услуги, Оздоровительный Центр оставляет за собой право на перенос срока получения услуги. В данном случае решение о возможности приема Заказчика, переносе времени приема Заказчика принимается врачом, на прием к которому был записан данный Заказчик.

4.3. Оздоровительный Центр вправе:

4.3.1. Определять в соответствии с медицинскими показаниями вид и объем услуг, необходимых для обследования и/или лечения Заказчика.

4.3.2. Расторгнуть в одностороннем порядке договор при грубых нарушениях Заказчиком предписаний специалистов Оздоровительного Центра, некорректном поведении по отношению к персоналу Оздоровительного Центра, неоднократных опозданиях на прием и прочее. При этом денежные средства, внесенные Заказчиком за услуги не возвращаются.

4.3.1. В случае расторжения договора по инициативе Заказчика без уважительных причин, в том числе при отсутствии медицинских противопоказаний, денежные средства за услуги возврату или перерасчету не подлежат

5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

5.1. Оздоровительный Центр обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Заказчика в Оздоровительный Центр, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании.

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

5.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Заказчика или его представителя допускается в целях обследования и лечения Заказчика, не способного из-за своего состояния выразить свою волю и в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 6.1. Оздоровительный Центр несет ответственность в размере реального ущерба, причиненного Заказчику неисполнением или ненадлежащим исполнением условий настоящего Договора, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Заказчику в соответствии с законодательством РФ.
- 6.2. Оздоровительный Центр освобождается от ответственности за оказание услуг с ненадлежащим качеством, если такое оказание услуг явилось следствием непредставления пациентом достоверных сведений о состоянии своего здоровья в соответствии с п. 4.2.3, или невыполнения указаний специалистов Оздоровительного Центра.
- 6.3. Оздоровительный Центр освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Заказчиком условий настоящего Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.
- 6.4. В случае нарушения Заказчиком пунктов 3.1 настоящего Договора Заказчик уплачивает Заказчику Центру пеню в размере 0,2% (ноль целых две десятых процента) от общей суммы задолженности за каждый день просрочки.

7. РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ

- 7.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, разрешаются сторонами путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 8.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами.
- 8.2. Срок действия Договора определяется до полного исполнения сторонами его условий.

9. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Оздоровительный Центр
ООО «Архитектура здоровья»

Заказчик

Юридический адрес:
Санкт-Петербург, Курортная 24, кор.Б
ИНН/КПП 7810771371/781001001
Р/сч 40702810910000561428
в АО «ТИНЬКОФФ БАНК»
БИК 044525974
К/сч 30101810145250000974

Паспорт:
Адрес регистрации:
Моб. телефон:
Эл. почта:

Генеральный директор
«Архитектура здоровья»

Заказчик

Казанская Ю.С.

Приложение №1
к Договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от _____

Перечень медицинских услуг

Дата услуги	Наименование услуги	Количество дней	Цена (руб)
	Терапевтическое голодание		

Оздоровительный Центр

Заказчик

**Генеральный директор
«Архитектура здоровья»**

_____ Казанская Ю.С.

_____ / _____ /

М.П.

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся

(Ф.И.О. полностью)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 №152-ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» подтверждаю свое согласие на обработку **Обществом с ограниченной ответственностью «Архитектура здоровья»** (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ДМС, место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны. В процессе оказания Оператором мне медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения и внутреннего учета Оператора. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (в страховую медицинскую организацию, организацию - заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Оператор имеет право обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договору ДМС, договору оказания платных медицинских услуг; осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой медицинской организацией, организацией - заказчиком медицинских услуг во исполнение своих обязательств по договору ДМС, договору оказания платных медицинских услуг с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и(или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Я также **даю/не даю** (ненужное зачеркнуть) Оператору свое согласие на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылки мне SMS-сообщений: напоминание о записи на прием к специалисту или исследование (на указанный мной номер мобильного телефона).

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет для стационара, пять лет – для поликлиники.

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

Настоящее согласие действует бессрочно, и может быть отозвано мною путем направления в адрес Оператора соответствующего письменного документа (по почте заказным письмом с уведомлением о вручении) либо путем вручения лично под расписку представителю Оператора.

Подпись субъекта персональных данных

_____ / _____ /

Дата: « ___ » _____ 20__ г.

Я, _____
разрешаю/не разрешаю (ненужное зачеркнуть) предоставлять сведения о фактах моего обращения за медицинской помощью и состоянии здоровья, диагнозе, в т. ч. через регистратуру, а также в случаях неблагоприятного прогноза развития моего заболевания следующим лицам:

(Ф.И.О. полностью, контактный телефон)

Заказчик _____ / _____ /
(подпись, фамилия, инициалы)

Дата: ____ » _____ 20__ г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, нижеподписавшийся (ся) _____,
(Ф.И.О.)

обратившись за получением оздоровительных услуг в ООО «Архитектура здоровья», в соответствии с Приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 г. N 390н даю согласие на проведение мне при необходимости следующих вмешательств:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия. 3. Антропометрические исследования. 4. Термометрия. 5. Тонометрия. 6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций. 7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций. 8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы). 9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические. 10. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно. 11. Медицинский массаж. 12. Лечебная физкультура.

Я понимаю, что во время вмешательства или после него могут появиться непредвиденные ранее неблагоприятные обстоятельства, а также могут возникнуть осложнения. При этом медицинские работники делают все возможное для предотвращения возможных осложнений в соответствии с действующими порядками и стандартами оказания медицинской помощи.

Я знаю, что невыполнение в полном объеме всех рекомендаций медицинского работника может быть причиной осложнений и неблагоприятных последствий медицинского вмешательства.

Заказчик _____
(подпись, фамилия, инициалы)

Дата: « ____ » _____ 20__ г.