

## УВЕДОМЛЕНИЕ Заказчика/Законного представителя Потребителя

До заключения договора в письменной форме я уведомлен Исполнителем о том, что невыполнение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), невыполнение рекомендаций по подготовке к медицинскому вмешательству и действиях во время проведения и после окончания медицинского вмешательства, предоставлению полных и достоверных сведений, связанных со здоровьем Потребителя, имеющихся и перенесенных заболеваниях, травмах, отравлениях, аллергических состояниях, наследственности, употребления алкоголя, табака, наркотических и психотропных препаратах могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

Я уведомлен Исполнителем также о том, что обязан соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинской организации.

Подпись Заказчика/Законного представителя Потребителя \_\_\_\_\_ V «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

### СОГЛАСИЕ Заказчика/Законного представителя Потребителя на получение платных медицинских услуг

Я уведомлен, что ООО «Кафедра здоровья» не участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Я проинформирован о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг (в т. ч. в рамках федеральной и территориальной программ оказания бесплатной медицинской помощи) в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение желаемых медицинских услуг в ООО «Кафедра здоровья» и готов их оплатить. Я ознакомлен с порядком оказания платных медицинских услуг и действующим прейскурантом цен (тарифов) Исполнителя.

Подпись Заказчика/Законного представителя Потребителя \_\_\_\_\_ V «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

## ДОГОВОР № \_\_\_\_\_ НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Хабаровск \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

ООО «Кафедра здоровья», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», находящееся по адресу г. Хабаровск, ул. Истомина, д. 84, помещение 0 (12), в лице директора Марегги Ларисы Александровны, действующего на основании Устава, лицензии № ЛО41-01189-27/00341777; от 11.03.2020 г., срок действия-бессрочно, выданной Министерством здравоохранения Хабаровского края (680000, г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, 32, тел. 8 (4212) 40-25-24) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях: по медицинскому массажу, сестринскому делу в педиатрии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях: педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: гастроэнтерологии, детской кардиологии, детской эндокринологии, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, психиатрии, ревматологии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, функциональной диагностике, с одной стороны,

и \_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем Заказчик, являющийся Законным представителем Потребителя по настоящему договору, паспортные данные \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ заключивший договор для приобретения платных медицинских услуг в пользу Потребителя \_\_\_\_\_, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

### 1. Предмет договора

1.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется оказать Потребителю медицинские услуги по утвержденному Исполнителем перечню платных медицинских услуг, надлежащего качества в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Заказчик обязуется принять и оплатить оказанные услуги, по стоимости установленной Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, действующим в момент предоставления услуги.

1.2. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Заказчика.

В случае предоставления платных услуг в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, письменное согласие Заказчика оформляется при заключении дополнительных соглашений к настоящему договору.

1.3. Заказчик обязуется оплатить медицинские услуги в сроки и на условиях настоящего договора.

1.4. Перечень, стоимость и сроки оказания конкретных медицинских услуг, оказываемых Потребителю в рамках каждого обращения к Исполнителю, содержатся в дополнительных соглашениях к настоящему договору – нарядах на оказание медицинских услуг.

### 2. Условия, сроки и порядок предоставления медицинских услуг:

2.1. Исполнитель оказывает за плату медицинские услуги в соответствии с перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности.

2.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем по предварительной записи, запись по телефону, запись в регистратуре Исполнителя, в том числе непосредственно в момент обращения за предоставлением услуги) Потребителя, по предъявлении паспорта (документа удостоверяющего личность Заказчика и/или Потребителя) в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.3. Максимальный срок ожидания предоставления платных медицинских услуг составляет **30 календарных дней**.

2.4. Услуги оказываются в соответствии с графиком работы специалистов, установленным Исполнителем.

2.5. Заказчик подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Клиника ознакомила его с перечнем предоставляемых Исполнителем услуг, стоимостью и условиями их предоставления. Информация о видах, стоимости, порядке и сроках оказания услуг дополнительно размещена на информационных стендах и на сайте: <https://кафедра-здоровья.рф/>.

2.6. При заключении договора Заказчику (законному представителю Потребителя) предоставлена в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения: а) порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг; б) информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации); в) информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; г) другие сведения, относящиеся к договору.

2.7. Непосредственно после оказания медицинских услуг, указанных в дополнительных соглашениях к настоящему договору, Исполнителем Заказчику выдается выписка из медицинской документации Потребителя, отражающая 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, по форме утвержденной Исполнителем.

2.8. При предоставлении платных медицинских услуг применяются стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии), с учетом и на основании которых оказываются медицинские услуги, размещенные на Официальном интернет-портале правовой информации» ([www.pravo.gov.ru](http://www.pravo.gov.ru)) и официальном сайте Министерства здравоохранения российской Федерации (<https://minzdrav.gov.ru/>).

### **3. Стоимость, сроки и порядок оплаты услуг:**

3.1. Общая стоимость услуг по данному Договору составляет сумму всех платежей за конкретные медицинские услуги в соответствии с действующим прейскурантом Исполнителя и указанными в дополнительных соглашениях к настоящему договору, являющимися неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.2. Расчет за оказанные услуги производится Заказчиком:

1.1. после каждого приема в 100% размере в соответствии с действующим прейскурантом согласно наряда на оказание услуг, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя через кассу или посредством платежного терминала, либо иным, не запрещенным законом способом.

- 3.3. Заказчику на руки выдается платежный документ (кассовый чек), подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг.

### **4. Права и обязанности сторон:**

#### **4.1. Исполнитель обязан:**

- качественно оказать медицинские услуги; предоставить платные медицинские услуги с соблюдением утвержденных порядков и стандартов оказания медицинской помощи;
- информировать Заказчика о том, что несоблюдение Заказчиком (Потребителем) рекомендаций врача может снизить качество медицинской услуги;
- выполнить медицинские услуги в согласованном с Заказчиком объеме, сроках, стоимости, в порядке и на условиях, определенных настоящим Договором и соответствующими приложениями;
- предоставить Заказчику необходимую информацию о состоянии здоровья Потребителя, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах оказания медицинской помощи, их эффективности и связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи;
- хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна);
- в случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить Заказчика и оформить с ним дополнительное соглашение к договору. Без согласия Заказчика Исполнитель не вправе предоставлять Потребителю дополнительные медицинские услуги на возмездной основе;
- в случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";
- Исполнитель, при оказании медицинских услуг, соблюдает установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

#### **4.2. Исполнитель имеет право:**

- изменить объем, сроки, стоимость, порядки и условия предоставления медицинских услуг при выявлении медицинских противопоказаний с письменного согласия Заказчика;
- определять методику, технологию и технику выполнения медицинского вмешательства;
- привлекать к исполнению настоящего договора специалистов иных медицинских учреждений (организаций) в рамках, заключенных с данными учреждениями (организациями) договоров, с предоставлением Заказчику информации о медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную услугу;
- не приступать либо приостановить оказание медицинских услуг в случае, если Заказчик нарушает условия настоящего Договора и потребовать от Заказчика уплаты фактически понесенных расходов;
- Исполнитель имеет иные права и обязанности, предусмотренные действующим законодательством.

#### **4.3. Заказчик имеет право:**

- на предоставление информации об Исполнителе и медицинской услуге;

- на выбор врача, оказывающего необходимые медицинские услуги;
- знакомиться с документами, подтверждающими специальную правоспособность клиники и его врачей;
- отказаться от дальнейшего исполнения договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов;
- на права, установленные законом о защите прав потребителей и законодательством об охране здоровья граждан Российской Федерации;
- имеет право получать информацию, в рамках настоящего договора, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

#### **4.4. Заказчик обязуется:**

- доводить до сведения медицинского персонала информацию о состоянии здоровья Потребителя;
- предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии здоровья Потребителя, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения;
- выполнять рекомендации лечащего врача, сообщать ему о побочных явлениях, осложнениях, возникших в процессе диагностики и лечения;
- соблюдать правила поведения пациента в медицинских организациях;
- подписать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, а также согласие на обработку персональных данных;
- оплатить медицинские услуги в согласованных объемах, сроки, по стоимости, в порядке и на условиях, определенных настоящим Договором и соответствующими приложениями;
- в случае расторжения договора по своей инициативе оплатить Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему договору;
- при наличии результата услуги по окончании получения услуги принять результат, поставив свою подпись, а при обнаружении отступлений или недостатков немедленно заявить об этом Исполнителю;

В соответствии со статьей 13, ст.20, ст.27 ФЗ-№ 323,ст. 718 ГК РФ ,ст.36 ЗОЗ ПП обязуюсь оказывать содействие исполнителю в лечении, получении результатов услуги, устранять обстоятельства препятствующие выполнению услуги.

- Потребитель (Заказчик) имеет иные права и обязанности, предусмотренные действующим законодательством.

### **5. Порядок и условия выдачи копии медицинской документации**

5.1. Для получения копии медицинских документов или выписок из них после исполнения договора Исполнителем, Потребитель либо его законный представитель представляет запрос о предоставлении копий и выписок на бумажном носителе (при личном обращении или по почте), который составляется в свободной форме и содержит данные в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 31.07.2020 г. № 789н.

5.2. При подаче запроса лично, а также при личном получении копии медицинских документов и выписок из них Потребитель либо его законный представитель предъявляет документ, удостоверяющий личность. Законный представитель потребителя дополнительно предъявляет документ, подтверждающий его статус.

5.3. В случае выбора способа получения Потребителем (его законным представителем) запрашиваемых копий медицинских документов или выписок из них по почте соответствующие копии или выписки из них направляются заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

5.4. В случае отсутствия в запросе сведений, указанных в Приказе Минздрава РФ от 31.07.2020г. № 789н., и (или) документа, подтверждающего статус законного представителя, Исполнитель в письменной или электронной форме информирует об этом Потребителя либо его законного представителя в срок, не превышающий четырнадцати календарных дней со дня регистрации в медицинской организации запроса.

5.5. Предоставление Потребителю либо его законному представителю копий медицинских документов и выписок из них на бумажном носителе осуществляется в количестве одного экземпляра в срок 30 календарных дней с момента подачи заявления Заказчиком (Потребителем).

### **6. Ответственность сторон:**

6.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации

6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.3. Исполнитель не несет ответственности за медицинские осложнения, возникшие в результате нарушения Потребителем и Заказчиком предписаний и рекомендаций врачей, условий настоящего договора.

6.4. Заказчик уведомлен Исполнителем о том, что граждане, находящиеся на лечении обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинской организации.

### **7. Заключительные положения:**

7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует в течение 5 лет.

Конкретные сроки оказания услуг, устанавливаются в дополнительных соглашениях к настоящему договору.

7.2. Настоящий Договор может быть расторгнут в порядке, установленном действующим законодательством.

7.3. В случае отказа Заказчика после заключения договора от получения медицинских услуг Потребителем договор расторгается. Исполнитель информирует Заказчика о расторжении договора по инициативе Заказчика, при этом Заказчик оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7.4. Соглашение об изменении или о расторжении договора совершается в той же форме, что и договор, если из закона, иных правовых актов, договора или обычаев делового оборота не вытекает иное.

7.5. В случае возникновения разногласий по вопросу качества оказанных услуг, споры могут быть разрешены на совместном заседании Заказчика (Потребителя), врачебной комиссии Исполнителя. Все претензии оформляются в письменном виде. Срок рассмотрения претензии – 10 (десять) дней. При недостижении согласия сторон в досудебном порядке или пропуская досудебное решение споров, споры разрешаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Заказчик (Потребитель) может направить обращение (жалобу) в письменном виде на бумажном носителе по почте, электронном виде с использованием информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", в том числе официального сайта органа государственного надзора, иных уполномоченных федеральных органов исполнительной власти, а также может быть принято при личном приеме заявителя. Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по Хабаровскому краю (Росздравнадзор): 680000, г. Хабаровск, ул. Петра Комарова, д 6, оф 104, телефоны: (4212) 75-22-30 доп.: (4212) 75-22-26; <http://27reg.roszdravnadzor.ru/>; э/п [info@reg27.roszdravnadzor.gov.ru](mailto:info@reg27.roszdravnadzor.gov.ru), 2. Министерство здравоохранения Хабаровского края: 680000, г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, 32, телефон: (4212) 40-22-01; <https://zdrav.khv.gov.ru/>, [zdrav@adm.khv.ru](mailto:zdrav@adm.khv.ru), Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Хабаровскому краю (Роспотребнадзор), 680031, г. Хабаровск, ул. Карла Маркса, д 109 Б, телефон: (4212) 27-47-44; <https://27.rospotrebnadzor.ru/>; э/п [root@sanepid.khv.ru](mailto:root@sanepid.khv.ru).

7.7. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одной для каждой из сторон.

7.8. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством.

7.9. Приложением к настоящему договору является форма дополнительного соглашения - наряда на оказание медицинских услуг (Приложение № 1); форма акта оказанных медицинских услуг (Приложение № 2).

7.10. Заказчику предоставлена следующая информация о Клинике: полное наименование: Общество с ограниченной ответственностью «Кафедра здоровья»; юридический адрес: г. Хабаровск, ул. Истомина, д. 84, помещение 0 (12), фактический адрес: адресу г. Хабаровск, ул. Истомина, д. 84, помещение 0 (10-20), ОГРН – 1192724016506, ГРН и дата внесения в ЕГРЮЛ записи, содержащей указанные сведения – 1192724016506 от 01.08.2019 г.; ИНН / КПП: 2722128469 / 272201001, сведения об органе, осуществившем государственную регистрацию юридического лица: Управление Федеральной налоговой службы по Хабаровскому краю; режим работы Исполнителя – Пн-Пт с 09:00-18:00, суббота с 09:00-14:00, Вс - выходной тел. +7 (4212) 35-88-40, +7 (914) 1500-750; сведения о лицензии: Л041-01189-27/00341777; от 11.03.2020 г., срок действия-бессрочно, выдана Министерством здравоохранения Хабаровского края (680000, г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, 32, тел. 8 (4212) 40-25-24) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях: по медицинскому массажу, сестринскому делу в педиатрии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях: педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: гастроэнтерологии, детской кардиологии, детской эндокринологии, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, психиатрии, ревматологии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, функциональной диагностике.

7.11. Заказчик выражает согласие на обработку персональных данных Исполнителю при работе с медицинской документацией. Исполнитель несет юридическую ответственность за сохранность персональных данных в рамках действующего законодательства. Согласие оформляется отдельным документом.

## 8. Адреса и подписи сторон:

### ИСПОЛНИТЕЛЬ

ООО «Кафедра здоровья»  
Адрес юридический: 680038., г. Хабаровск,  
ул. Истомина, д. 84, пом. 0 (12)  
ИНН 2722128469  
ОГРН 1192724016506  
Расч. Счет №40702810670000025527  
БИК 040813608, КПП 775001001  
Кор.счет 3010181060000000608  
ПАО «Сбербанк»  
Директор: Марег Лариса Александровна  
Тел. 8-914-77-66-475  
Email: drnaum@mail.ru

### ЗАКАЗЧИК

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_

Паспортные данные:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Адрес: г. \_\_\_\_\_,

ул. \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Я желаю получать SMS уведомления информационного характера, об акциях, услугах:

ДА (  ) НЕТ (  ) (отметить нужное V)

Дата: «  » \_\_\_\_\_ 20 г. \_\_\_\_\_

Подпись

Директор \_\_\_\_\_ / Л.А. Марег /  
М.П.



\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем Заказчик, являющийся  
Законным представителем Потребителя по настоящему договору, паспортные  
данные \_\_\_\_\_

составили настоящий акт о нижеследующем:

1. В соответствии с условиями договора на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ г. и условиями дополнительного соглашения № \_\_\_ от \_\_\_\_\_ г. Исполнитель оказал платные медицинские услуги, поименованные в наряде на оказание медицинских услуг, в полном объеме в соответствии с графиком работы Исполнителя.

2. Вышеуказанные услуги выполнены качественно, полностью и в срок, определенный договором.

3. Выписка из медицинских документов, отражающая состояние здоровья Потребителя после получения медицинской услуги выданы Заказчику.

4. Настоящий акт составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон.

**Я, как Заказчик претензий по объему, качеству, срокам и условиям предоставленных услуг Потребителю не имею.**

**Услуги по данному договору мною, как Заказчиком приняты.**

**Медицинские документы, отражающие состояние здоровья Потребителя, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, мною Заказчиком получены в полном объеме после получения потребителем медицинских услуг.**

Дата выдачи медицинских документов «\_\_\_» \_\_\_\_\_ г.

**Адреса и подписи сторон:**

**ИСПОЛНИТЕЛЬ**

**ЗАКАЗЧИК**

ООО «Кафедра здоровья»  
Адрес юридический: 680038., г. Хабаровск,  
ул. Истомина, д. 84, пом. 0 (12)  
ИНН 2722128469  
ОГРН 1192724016506  
Расч. счет №40702810670000025527  
БИК 040813608, КПП 775001001  
Кор.счет 30101810600000000608  
ПАО «Сбербанк»  
Директор: Марег Лариса Александровна  
Тел. 8-914-77-66-475  
Email: drnaum@mail.ru

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_

Паспортные данные

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Директор \_\_\_\_\_ / Л.А. Марег/  
М.П.