

### Уведомление об информировании до заключения договора

Я, нижеподписавшийся(аяся), \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения, настоящим подтверждаю, что мне до заключения договора об оказание медицинских услуг предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - соответственно программа, территориальная программа). Я согласен(а) оплатить услугу, я получил(а) информацию о стоимости медицинского вмешательства, о правилах ее оплаты и документах, подтверждающих этот факт.

Я ознакомлен(а) с тем, что можно получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях по месту жительства на других условиях. Получив у Исполнителя полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг, я согласен(а) на оказание платных медицинских услуг и готов (а) их оплатить.

До подписания договора об оказании платных медицинских услуг я ознакомлен(а) с преискурантом, действующим на дату заключения договора.

Настоящим, я информирован(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя, в том числе назначенного режима, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/.

**Договор № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_**  
**об оказании платных медицинских услуг**

**Общество с ограниченной ответственностью «ТРАНСАВТО-7 », 299022 г. Севастополь ул. Курская, дом 6 , ИНН 9203005314 ОГРН 1149204036123, действующее в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности № Л041-01177 -91/00366739 от 09.12.2020, срок действия бессрочно, выдана МЗ Республики Крым, 295015, Республика Крым, г. Симферополь, пр.Кирова, 1**

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, содержится в соответствующей лицензии Исполнителя, копия которой является частью настоящего договора и находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, на официальном сайте Исполнителя, а также в едином реестре лицензий, размещенном на официальном сайте Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по адресу: goszdravnadzor.ru., в лице директора Лебедевой Людмилы Николаевны действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель»,

**и Гражданин/ка Российской Федерации \_\_\_\_\_**

(Ф.И.О.полностью)

\_\_\_\_\_  
(дата рождения пациента, адрес пациента, моб. телефон пациента, паспортные данные пациента, электронная почта),

далее именуемый/ая «**Пациент**», «**Потребитель**» заключили настоящий договор о нижеследующем:

### **1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Потребитель поручает и оплачивает, а Исполнитель выполняет на возмездной основе платные медицинские услуги: (список оказанных услуг в приложении)

1.2. При необходимости Исполнитель может оказать дополнительные медицинские услуги Потребителю, не указанные в п.1.1. настоящего договора Перечень и стоимость и сроки оказания которых согласовываются Сторонами путем заключения нового Договора. Увеличение объема оказываемых Исполнителем и дополнительно оплачиваемых Потребителем. медицинских услуг по сравнению с перечисленными в п. 1.1. настоящего договора возможно только с согласия Потребителя.

1.3 В период действия Договора Исполнитель обязуется оказывать медицинские услуги только при наличии предварительно оформленного в письменном виде и подписанного Пациентом информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств. Указанное в настоящем пункте согласие оформляется в одном экземпляре и содержится в медицинской документации Пациента. 1.4. Для целей настоящего Договора используются следующие понятия:

1.4.1. Пациент, Потребитель – это физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором.

1.4.2. Заказчик – представитель Пациента – физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести), либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с настоящим договором в пользу Пациента.

### **2. ЦЕНА И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ.**

2.1. Стоимость медицинских услуг, указанных в п. 1.1. настоящего договора, устанавливается согласно утвержденным тарифам..

2.2. Потребитель осуществляет 100% предоплату медицинских услуг, предоставляемых по настоящему договору безналичным платежом или наличными денежными средствами путем внесения в кассу Исполнителя, а Исполнитель выдает Потребителю и (или) заказчику в случаях, установленных законодательством Российской Федерации о применении контрольно-кассовой техники, документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек или бланк строгой отчетности).

2.3. В случае, когда в соответствии с п. 1.2. настоящего договора увеличивается объем оказываемых медицинских услуг, Потребитель осуществляет доплату в порядке, предусмотренном в пп. 2.2, настоящего договора.

2.4. В случае досрочного расторжения настоящего договора по желанию Потребителя, внесенная им плата возвращается за вычетом стоимости уже оказанных Исполнителем услуг.

2.5. После возврата стоимости услуг настоящий договор считается расторгнутым по соглашению сторон.

### **3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.**

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Обеспечивать предоставление медицинских услуг с использованием методов, разрешенных на территории РФ.

3.1.2. Предоставлять Потребителю по его просьбе требуемую действующим законодательством информацию, в т.ч. копии медицинской документации (выписки из медицинских документов), отражающих 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, без взимания дополнительной платы

3.1.3. Получить предварительное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

3.1.4. Оказать предусмотренные настоящим договором медицинские услуги в течение месяца со дня заключения договора, если стороны не договорились об ином сроке.

3.1.5. Соблюдать врачебную тайну (за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством).

3.2. Исполнитель вправе:

3.2.1. Получать от Потребителя информацию и медицинскую документацию, необходимую для качественного оказания медицинских услуг по настоящему договору.

3.2.2. Требовать от Потребителя определенного поведения, обеспечивающего качественное предоставление медицинских услуг, согласно правилам внутреннего распорядка клиники.

3.2.3. Оказывать медицинские услуги только после выполнения Потребителем условий раздела 2 настоящего договора.

3.2.4. При невыполнении условий пп. 3.3.1. и 3.3.2. настоящего договора Исполнитель вправе отказать Потребителю в предоставлении услуг.

3.3. Потребитель обязан:

3.3.1. Оплатить предоставляемые услуги в соответствии с условиями раздела 2 настоящего договора.

3.3.2. Выполнять требования лечащего врача и правила внутреннего распорядка клиники, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимой информации и предоставление необходимой медицинской документации.

3.4. Потребитель вправе:

3.4.1. Требовать от Исполнителя предоставления медицинских услуг надлежащего качества.

3.4.2. Требовать от Исполнителя предоставления информации об оказываемых им платных услугах, а также копий медицинской документации.

3.4.3. Требовать соблюдения Исполнителем сроков предоставления медицинских услуг, оказываемых по данному договору.

3.4.5. В целях защиты прав потребителя Исполнитель по обращению Потребителя выдает следующие документы, подтверждающие фактические расходы потребителя и (или) заказчика на оказанные медицинские услуги:

а) экземпляр договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения);

б) справка об оплате медицинских услуг по установленной форме;

в) справки, выписки, заверенный подписью и печатью медсотрудника, печатью медицинской организации;

г) документы установленного образца, подтверждающие оплату оказанных услуг.

#### **4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ.**

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ,

4.2. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору при возникновении непреодолимых препятствий, под которыми понимаются стихийные бедствия, массовые беспорядки, запретительные действия властей и иные форс-мажорные обстоятельства.

#### **5. СРОКИ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА.**

5.1. Настоящий договор действует в течение одного календарного месяца с момента подписания на основании п. 3.1.4.

#### **6. ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА**

6.1. Изменения и дополнения к настоящему договору оформляются дополнительным соглашением Сторон.

6.2. Настоящий Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке по инициативе Исполнителя в следующих случаях:

6.2.1. При нарушении Пациентом порядка и сроков оплаты оказанных услуг;

6.2.2. При несоблюдении (нарушении) Пациентом предписаний, требований, назначений, рекомендаций медицинского персонала Исполнителя, когда такое поведение Пациента затрудняет Исполнителю надлежащее выполнение своих обязанностей по Договору и создает угрозу для благополучного исхода лечения. При этом стоимость фактически оказанных услуг не возвращается, а Исполнитель не несет ответственности за возможное ухудшение состояния здоровья Пациента;

6.2.3. При нарушении Пациентом правил внутреннего распорядка, правил поведения, неуважительного поведения в отношении персонала Исполнителя;

6.2.4. При выявлении заболеваний, лечение которых должно осуществляться в условиях специализированного медицинского учреждения;

6.2.5. Исполнитель в соответствии со ст. 36 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения настоящего Договора в случае, если Пациент будет уведомлен о необходимости проведения дополнительных исследований, консультаций, иных услуг, а также о том, что его отказ приведет к невозможности качественного оказания услуги, однако не изменил своего решения относительно данных рекомендаций. При этом Исполнитель вправе отказаться от предоставления услуг Пациенту в дальнейшем, не ограничиваясь настоящим договором.

6.3. Споры, возникшие у сторон в связи с исполнением данного договора, при недостижении ими соглашения, разрешаются в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством РФ.

#### **7. ПОРЯДОК ВЫДАЧИ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ И ЭЛЕКТРОННЫЙ ДОКУМЕНТООБОРОТ**

7.1. В соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации Исполнителем после исполнения договора выдаются потребителю (законному представителю потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

7.2. Результаты проведенных медицинских осмотров могут быть занесены, в том числе, в журнал в форме электронного документа с соблюдением требований законодательства РФ (в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 30.05.2023 № 266н). Сведения, занесенные в журнал, заверяются усиленной квалифицированной электронной подписью.

7.3. Результаты медицинских осмотров Исполнитель сообщает Потребителю (Заказчику) и работодателю.

#### **8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ.**

8.1. До заключения настоящего договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя (Заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую



**СОГЛАСИЕ  
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО)

паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_,  
(серия, номер) (когда и кем выдан)

адрес регистрации: \_\_\_\_\_,

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю свое согласие на обработку в ООО «Трансавто-7» моих персональных данных, относящихся исключительно к перечисленным ниже категориям персональных данных: фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения; тип документа, удостоверяющего личность; данные документа, удостоверяющего личность; гражданство.

Я даю согласие на использование моих персональных данных исключительно в целях прохождения предменного, предрейсового, послесменного, послерейсового медицинского осмотра.

Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам для осуществления действий по обмену информацией, обезличивание, блокирование персональных данных, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован, что ООО «Трансавто-7» гарантирует обработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами.

Данное согласие действует до достижения целей обработки персональных данных или в течение срока хранения информации.

Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Подпись Расшифровка подписи

**Информированное добровольное согласие  
на получение медицинских услуг**

Я \_\_\_\_\_

даю информированное добровольное согласие на получение медицинских услуг в ООО «Трансавто-7» по прохождению предрейсового/послерейсового, предменного/послесменного медицинского осмотра, в том числе с использованием медицинских изделий, обеспечивающих автоматизированную дистанционную передачу информации о состоянии здоровья и дистанционный контроль состояния здоровья.

До получения медицинской услуги я проинформирован о порядке, условиях, форме их предоставления, медицинских работниках, уровне их профессионального образования и квалификации, о целях, характере, факторах риска и возможных осложнениях при оказании платных медицинских услуг; я предупрежден, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность получения результатов, недопуск к работе.

Я даю своё согласие на осуществление записи средствами видеofиксации.

Я удостоверяю, что текст настоящего информированное согласие мною прочитан, его положения мне понятны, я даю свое согласие на получение медицинских услуг от ООО «Трансавто-7».

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. гражданина, подпись, контактный телефон

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. Медицинского работника

“ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО, год рождения) предоставить доступ к моим данным следующим  
лицам: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
рождения, данные документа) (ФИО, год

\_\_\_\_\_  
рождения, данные документа) (ФИО, год

Данные прошу отправлять на мою электронную почту \_\_\_\_\_ . Настоящим я уведомлен, что ООО «Трансавто -7» не несет ответственности за неправомерные действия со стороны третьих лиц.

\_\_\_\_\_  
/ Подпись ФИО