

**ДОГОВОР №0000..... ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Московская обл., г. Жуковский

«\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью ООО «МТКклиник», далее именуемое "Исполнитель", в лице Генерального директора Мусиенко Татьяны Константиновны на основании Устава с одной стороны, и гражданин \_\_\_\_\_, далее именуемый «Заказчик» («Потребитель»), заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**I Основные понятия, используемые в целях Договора**

1. Для целей данного Договора стороны принимают основные понятия:

"платные медицинские услуги" - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании Договора;

"заказчик" - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с Договором в пользу Потребителя;

"потребитель" - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с Договором.

Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

"исполнитель" - медицинская организация, оказывающая платные медицинские услуги в соответствии с Договором;

Понятие "потребитель" применяется также в значении, установленном Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей";

Понятие "медицинская организация" употребляется в значении, определенном Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

**II. Предмет договора**

2.1. В соответствии с настоящим Договором Исполнитель на основании Устава ООО, зарегистрированного Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №1 по Московской области, адрес местонахождения: Московская область, г. Жуковский, ул. Лесная д.1, лицензия Министерства здравоохранения Московской области № Л041-01162-50/00320992 от 19 апреля 2018г, согласно Приказу 866н оказывает следующие виды услуг: При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу; анестезиологии и реаниматологии; лабораторной диагностике; сестринскому делу; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности); акушерству и гинекологии (использованию вспомогательных репродуктивных технологий); анестезиологии и реаниматологии; гастроэнтерологии; гематологии; генетике; забору, криоконсервации и хранению половых клеток и тканей репродуктивных органов; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; колопроктологии; онкологии; ультразвуковой диагностике; урологии; функциональной диагностике; хирургии; эндоскопии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности); акушерству и гинекологии (использованию вспомогательных репродуктивных технологий); анестезиологии и реаниматологии; колопроктологии; урологии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности, составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией. Лицензирующий орган: Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения, адрес места

нахождения и телефон выдавшего лицензирующего органа :143407, Московская область, г. Красногорск, бульвар Строителей, д.1 ; почта: [minzdrav@mosreg.ru](mailto:minzdrav@mosreg.ru) Горячая линия Министерства +7 498 602-03-03, обязуется оказать Заказчику (Потребителю) на возмездной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Заказчик (Потребитель) обязуется своевременно оплатить эти услуги.

2.2. Заказчик (Потребитель) и Исполнитель согласовывают количество, перечень и стоимость оказываемых далее услуг (услуги), составляя и подписывая дополнительные соглашения, которые являются неотъемлемой частью Договора.

2.3. Перечень оказываемых услуг соответствует видам медицинской деятельности, указанным в приложении к лицензии

2.4. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (Законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

### **III. Стоимость медицинских услуг**

3.1. Оказываемые услуги оплачиваются Заказчиком (Потребителем) на основании дополнительного соглашения к Договору и утвержденного Исполнителем прейскуранта.

3.2. Оказываемые по настоящему Договору услуги могут быть оплачены самим Заказчиком (Потребителем), его страховой компанией, либо третьим заинтересованным физическим или юридическим лицом на основании данных, указанных в дополнительных соглашениях, являющихся неотъемлемой частью Договора.

3.3. Заказчик (Потребителем) вправе, по предварительному согласованию с Исполнителем, оплачивать каждую указанную в дополнительном соглашении услугу отдельно перед ее оказанием.

3.4. Оказание медицинских услуг осуществляется внесением на счет Исполнителя указанной в дополнительном соглашении к Договору суммы наличным или безналичным расчетом по усмотрению Заказчика (Потребителя).

3.5. Оплата услуг (услуги) осуществляется Заказчиком (Потребителем) в срок , установленный внутренним приказом ООО «МТКлиник»

3.6. На выполнение отдельной медицинской услуги, стоимость которой определить при заключении данного Договора затруднительно, Исполнителем по требованию Заказчика (Потребителя) может быть составлена твердая или приблизительная смета. В таком случае смета на оказание услуг согласовывается с Заказчиком (Потребителем) в дополнительном соглашении, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.7 В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных Договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика (Потребителя).

3.8 Без оформления дополнительного соглашения к Договору либо нового Договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости Исполнитель не вправе предоставлять медицинские услуги на возмездной основе.

3.9. При возникновении угрозы жизни Потребителя на территории Исполнителя, расходы на предоставление медицинских услуг в экстренной форме берет на себя Исполнитель.

3.10. При отказе в оказании платных медицинских услуг обязанность Исполнителя по возврату денежной суммы, уплаченной Заказчиком (Потребителем) по Договору, возникает в соответствии с главой III Закона Российской Федерации "О защите прав потребителей".

3.11. Оплата медицинской услуги Заказчиком (Потребителем) путем перевода средств на счет третьего лица, указанного Исполнителем (в письменной форме), не освобождает Исполнителя от обязанности осуществить возврат уплаченной Заказчиком (Потребителем) суммы как при отказе от исполнения Договора, так и при оказании медицинских услуг (выполнении работ) ненадлежащего качества, в соответствии с Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей".

3.12. Заказчик (Потребитель) подписывая настоящий Договор тем самым подтверждают, что он в наглядной и доступной форме ознакомлен с Прейскурантом платных медицинских услуг, утвержденным в установленном порядке Генеральным директором Исполнителя, имел возможность задать все интересующие вопросы и получить на них понятные ответы. Подписывая настоящий Договор и приложения к нему, Потребитель, (а равно и Заказчик), обязуется оплатить данные Услуги в размере, порядке и сроке, которые установлены настоящим Договором.

Действующий прейскурант цен на медицинские услуги размещен на Официальном сайте: **Klinika9.ru** и на информационных стендах Исполнителя.

3.13. Исполнитель вправе в любое время в одностороннем порядке изменять Прейскурант. Измененный Прейскурант применяется в отношении услуг, не согласованных Сторонами и не оплаченных Потребителем/Заказчиком.

#### **IV. Права и обязанности сторон**

##### 4.1. Исполнитель обязуется:

- предоставить платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям Договора, а при отсутствии в Договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к таким услугам. В случае если федеральным законом или иными нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых платных медицинских услуг должно соответствовать этим требованиям;
- обеспечить Заказчика (Потребителя) 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, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов;
- в случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя. Без согласия Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе;
- производить лечебно-диагностические мероприятия в соответствии с условиями настоящего Договора и в рамках, принятых дополнительными соглашениями к Договору;
- предоставить Заказчику (Потребителю) по его требованию и в доступной для него форме информацию в срок, установленный нормативно-правовыми актами Российской Федерации:
  - а) о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;
  - б) об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие;
  - в) информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
- в своей деятельности по оказанию медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, медицинские изделия и косметические средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке;
- соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления;
- по обращению Заказчика (Потребителя) выдать следующие документы, подтверждающие фактические расходы Заказчика (Потребителя) на оказанные медицинские услуги и (или) приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения:
  - а) копия Договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения);
  - б) справка об оплате медицинских услуг по установленной форме;
  - в) рецептурный бланк с проставленным штампом "Для налоговых органов Российской Федерации, идентификационный номер налогоплательщика", заверенный подписью и личной печатью врача, печатью медицинской организации;
  - г) документы установленного образца, подтверждающие оплату лекарственных препаратов (кассовый чек, бланк строгой отчетности или иной документ, подтверждающий факт осуществления расчета, в случаях, если в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации о применении контрольно-кассовой техники у медицинской организации отсутствует обязанность по применению контрольно-кассовой техники при осуществлении расчетов);
- хранить первичные медицинские документы (медицинская карта на бумажном носителе) в течении пяти лет для поликлиник и двадцати пяти лет для стационаров. Срок хранения исчисляется с 01 января года,

следующего за годом, в котором пациент последний раз обращался за медицинской помощью.

#### 4.2. Исполнитель вправе:

- отказать в проведение лечебно-диагностических мероприятий в случае невыполнения условий настоящего Договора;
- при выявлении у Заказчика (Потребителя) противопоказаний проведению лечебно-диагностических мероприятий отказать ему в проведении соответствующих лечебно-диагностических мероприятий и возратить денежные средства, уплаченные для проведения этих мероприятий, удержав расходы, понесенные Исполнителем до выявления таких противопоказаний;
- в случае невыполнения Заказчиком (Потребителем) двух и более раз рекомендаций и требований лечащего врача Исполнитель вправе расторгнуть Договор в одностороннем порядке, предварительно письменно уведомив об этом Заказчика (Потребителя).
- приостановить оказание услуги, если в процессе исполнения обязательств выяснится неизбежность получения отрицательного результата или нецелесообразность дальнейшего оказания услуги – в этом случае стороны обязаны в двухдневный срок рассмотреть вопрос о целесообразности дальнейшего оказания услуг по Договору;
- в случае возникновения неотложных состояний, экстренных ситуаций и отсутствия у Заказчика (Потребителя) возможности дать согласие на медицинское вмешательство самостоятельно определить объем исследований и оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи по экстренным показаниям, в том числе и не предусмотренных настоящим Договором. Экстренная помощь по жизненным показаниям в этом случае оказывается бесплатно и безотлагательно.
- в случае опоздания Заказчика (Потребителя) более чем на 15 (пятнадцать) минут по отношению к назначенному Заказчику (Потребителю) времени получения услуги, Исполнитель оставляет за собой право на смену врача, перенос, отмену или сокращение получения услуги.
- установить видеонаблюдение и осуществлять фотопротокол/фотофиксацию (до, во время, результат).

#### 4.3. Заказчик (Потребитель) обязуется:

- ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на проведение лечебно-диагностических мероприятий, являющихся предметом настоящего Договора;
- предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также до начала оказания услуги сообщить Исполнителю все известные сведения о состоянии своего здоровья, о перенесенных и сопутствующих заболеваниях и осложнениях, травмах, известных ему аллергических реакциях и противопоказаниях, имевших место реакциях непереносимости лекарственных препаратов и других веществ, известных Потребителю, а так же другую информацию, относящуюся к состоянию его здоровья. Потребитель несет все риски негативных последствий в случае нарушения им настоящего пункта, в том числе обязуется возместить Исполнителю и третьим лицам убытки (в том числе ущерб, причиненный здоровью), возникшие в результате нарушения обязательств, указанных в настоящем пункте, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения;
- выполнять все медицинские рекомендации лечащего врача, выполнять требования медицинского персонала Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений;
- соблюдать условия настоящего Договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению настоящего Договора;
- заблаговременно, не позднее 24 часов, от назначенного времени приема, информировать Исполнителя письменно по электронной почте, смс сообщением или устно по номеру телефона (указанным в настоящем Договоре) о необходимости отмены или изменения назначенного ему времени получения медицинской услуги;
- случае отказа от медицинских услуг (части услуг) уведомить Исполнителя об этом в письменной форме и подписать отказ от соответствующего медицинского вмешательства и оплатить Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору по оказанию этих услуг.

- оплатить стоимость предоставленных Исполнителем медицинских услуг, в сроки и в порядке, которые определены настоящим Договором.
- соблюдать правила поведения пациентов и внутреннего распорядка, существующие в медицинской организации Исполнителя.
- прибыть на прием в установленное время, согласно предварительной записи.
- Оплатить стоимость услуг Исполнителя в полном объеме, если невозможность исполнения Договора возникла по вине Потребителя, а именно:
  - а) в связи с нарушением плана лечения;
  - б) в связи с нарушением режима проводимых процедур;
  - в) в связи с нарушением диеты;
  - г) в связи с злоупотреблением алкоголем, употреблением наркотических средств и т.п.
  - д) в связи с неоднократной записью на прием и не прибытием на прием без уважительных причин и не уведомлением Исполнителя о переносе даты и времени приема;
- Потребитель (Заказчик) обязан задать работникам Исполнителя оставшиеся неясными Потребителю (Заказчику) вопросы по обеспечению своего права на получение бесплатной медицинской помощи, которые остались после ознакомления Потребителя (самостоятельного или с помощью работников Исполнителя) с предоставленными Исполнителем на открытом доступе материалами о государственных гарантиях оказания бесплатной медицинской помощи гражданам;
- Потребитель (Заказчик) обязан, после разъяснений лечащего врача, самостоятельно задать все интересующие Потребителя вопросы, касающиеся его лечения, диагностики и пребывания в лечебном учреждении Исполнителя, рисках, возникающих при постановке диагноза, обследовании и лечении и их не проведении, которые остались ему не понятны и требуют разъяснения, в том числе, по непонятным Потребителю (Заказчику) возможностям использования других, кроме рекомендованных или назначенных, методов лечения и диагностики применительно к своей клинической ситуации, подтвердить согласие с проводимыми медицинскими мероприятиями подписанием добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство, в случае несогласия - подписанием отказа от медицинского вмешательства.

#### 4.4. Заказчик (Потребитель) вправе:

- добровольно и за счет собственных средств застраховать свою жизнь и здоровье в связи с предстоящим получением услуг;
- выбрать лечащего врача из штата медицинского центра Исполнителя;
- на основании письменного заявления поменять лечащего врача в процессе лечебно-диагностических мероприятий;
- получать копии медицинских документов с указанием результатов проведенных исследований, лечебных мероприятий и необходимых рекомендаций;
- отказаться от исполнения настоящего Договора заранее предупредив Исполнителя о его расторжении, при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов;
- требовать исполнения обязательств по настоящему Договору в полном объеме и пользоваться правами, предоставленными Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и иными законодательно закрепленными правами.
- отказаться от выполнения медицинских назначений работников (врачей) Исполнителя. В этом случае Потребитель (Заказчик) немедленно сообщает Исполнителю о своем отказе и его причинах и письменно отказывается от получения данной медицинской услуги.
- при нарушении Исполнителем установленных Договором сроков оказания медицинских услуг по своему выбору потребовать назначения нового срока оказания услуг, либо уменьшения стоимости предоставленной услуги, исполнения услуг другим специалистом, предоставления дополнительных медицинских услуг без оплаты, либо расторгнуть договор и потребовать возмещения ранее уплаченных за не оказанные услуги сумм.

### **V. Ответственность сторон**

5.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения обязательств по настоящему Договору одной из сторон ответственность наступает согласно действующему законодательству Российской Федерации.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Заказчика (Потребителя) в результате оказания медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации

5.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если неисполнение или ненадлежащее исполнение им своих обязательств произошло вследствие обстоятельств непреодолимой силы, нарушения Заказчиком (Потребителем) условий настоящего Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

5.4. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Потребителем (Заказчиком) неполной информации о своем здоровье в соответствии с п. 4.3. настоящего договора.

5.5. Исполнитель не несёт ответственности в случаях:

-возникновения осложнений по вине Потребителя (невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших отклонениях невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших отклонениях, изменениях и нарушениях состояния здоровья, падения и пр);

- сокрытия и(или) искажения Потребителем и Заказчиком информации о событиях, фактах или явлениях, а также за нарушение ими санитарно-эпидемиологических норм, пренебрежение санитарно-гигиеническими и противоэпидемиологическими мероприятиями, которые могут повлечь развитие негативной эпидемиологической ситуации в учреждении Исполнителя (например, вспышки инфекций и пр.) или повлечь по неосторожности (халатности) Потребителя массовые заболевания, отравления и любые последствия, создающие опасность для жизни или здоровья иных Потребителей и других людей.

-прекращения лечения по инициативе Потребителя.

5.6. Потребитель (Заказчик) подтверждает, что полностью осознает возможные риски, связанные с внезапными вспышками инфекционных заболеваний (например, заболевание коронавирусной инфекцией), и претензии к Исполнителю в случае приобретения их иметь не будет. Потребитель также подтверждает, что в силу собственных возрастных (физиологических, умственных и пр.) особенностей в случае падения и (или) иного случайного нанесения себе ранения/повреждения претензий к Исполнителю иметь не будет.

5.7. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязательств по Договору виновная сторона несет ответственность в размере реального ущерба, причиненного таким неисполнением.

5.8. Сторона, считающая, что ее права по настоящему Договору нарушены, имеет право направить другой стороне письмо с изложением своих претензий. Сторона, получившая претензию, обязана ответить на нее в срок до 10 дней с момента получения.

5.9. В случае немотивированного отказа Заказчика (Потребителя) от получения услуг, указанных в дополнительных соглашениях к настоящему Договору, он обязан возместить Исполнителю все расходы и убытки, возникшие в связи с исполнением обязательств в рамках настоящего Договора.

5.10. Договор хранится в порядке, определенном законодательством Российской Федерации об архивном деле в Российской Федерации не менее 5 лет со дня его подписания обеими сторонами.

5.11. Потребителю известно, что все виды необходимой ему медицинской помощи, предусмотренные программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам, он может получить за счет средств обязательного медицинского страхования или бюджета, бесплатно, при соблюдении условий обращения за бесплатной медицинской помощью.

## **VI. Конфиденциальность**

6.1. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Заказчика (Потребителя) за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

6.2. С согласия Заказчика (Потребителя) или его представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим, в том числе должностным лицам в интересах обследования и лечения Заказчика (Потребителя).

6.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Заказчика (Потребителя) или его представителя, допускается в целях обследования и лечения Заказчика (Потребителя), неспособного из-за своего состояния выразить свою волю и в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

6.4 Заказчик (Потребитель) дает право Исполнителю собирать, обрабатывать и хранить его персональные данные, необходимые для своевременного и качественного оказания услуги в целях, установленных российским законодательством.

## **VII. Порядок расторжения договора**

7.1. Изменение и расторжение договора возможны по соглашению сторон, если иное не предусмотрено Договором.

## **VIII. Прочие условия**

8.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного и надлежащего исполнения сторонами всех его условий.

8.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой стороны.

8.3. Договор может быть подписан факсимильным воспроизведением подписи с помощью средств механического или иного копирования либо иного аналога собственноручной подписи, если эта подпись признается всеми сторонами.

8.4. Все вопросы, не урегулированные настоящим Договором, решаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

8.5. Все дополнительные соглашения, а также любые изменения и дополнения к настоящему Договору имеют юридическую силу только в случае их подписания сторонами или их полномочными представителями.

8.6. Все переговоры и иные договоренности, достигнутые до подписания настоящего Договора, теряют силу и не принимаются во внимание сторонами при разрешении споров в рамках исполнения обязательств по Договору.

8.7. Стороны могут использовать в переписке корпоративную почту, указанную Исполнителем [9-mesyacev@mail.ru](mailto:9-mesyacev@mail.ru) и личную почту Заказчика (Потребителя)

8.8. При изменении адреса, паспортных данных и иных реквизитов, стороны обязаны своевременно информировать друг друга, но не позднее 10 дней с момента произошедших изменений.

8.9. Подписывая настоящий Договор Потребитель и Заказчик (Плательщик (при наличии) подтверждает, что он (и):

Ознакомлен (ы) со следующими нормативными актами Исполнителя:

- Политикой защиты персональных данных;
- Положением о персональных данных;
- Правилами внутреннего распорядка в учреждении;
- Положением о лечебно-охранительном режиме в отделениях;
- Положением об оказании платных медицинских услуг и Правилами оказания, утвержденными Постановлением Правительства Москвы от 11.05.2023 г. №736-ПП
- Порядком выдачи и ознакомления медицинских документов;
- Порядком рассмотрения жалоб и предложений;
- Правилами приема и хранения личных вещей;
- Прейскурантом.

Информированы:

- о Программе государственных гарантий;
- о месте оказания услуг, о профилактических, диагностических и лечебных медицинских услугах, о стандартах оказания медицинской помощи, клинических рекомендациях, о квалификации и сертификации специалистов, о режиме и порядке работы, фамилии, имени, отчества (при его наличии) врача, часы приема);

8.10. Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ

**IX. Адреса и подписи сторон**

**ИСПОЛНИТЕЛЬ: ООО "МТКклиник"**

Юридический адрес/адрес местонахождения: 140180,  
Московская обл., г. Жуковский, ул. Лесная, дом 1

**Сайт: Klinika9.ru**

**Эл.почта: 9-mesyacev@mail.ru**

**Тел. 8-495-532-91-87; 8-926-618-08-68;  
8-925-666-07-76**

**ИНН 5040103812, КПП 504001001**

**ОГРН 1155040003744**

**ОКПО 01283030**

**р/сч 407 028 106 400 000 087 86**

**ПАО "Сбербанк" г. Москва**

**к/сч 301 018 104 000 000 002**

**БИК 044525225**

Генеральный директор

\_\_\_\_\_ Т.К. Мусиенко

**М.П.**

**Заказчик (Потребитель):**

**ФИО:** \_\_\_\_\_

**Паспорт:** Паспорт гражданина Российской Федерации,

**адрес места жительства (регистрации):**

**телефон:**

**почта:**

Я выражаю свое согласие на отправку мне медицинской документации, включая результаты моих исследований, на указанный мною адрес электронной почты по незащищенным каналам связи, в том числе на трансграничную передачу данных. Мне разъяснено, что Медицинские

организации не могут гарантировать и не гарантируют доставку электронных сообщений на указанный выше адрес электронной почты после их отправки Медицинскими организациями, и защищенность указанных сообщений от несанкционированного доступа третьих лиц.

Медицинские организации не отвечают за последствия, обусловленные исполнением моей воли способом передачи сведений, составляющих врачебную тайну, по электронной почте.

**Потребитель: ✓** \_\_\_\_\_ (подпись)

**Заказчик (Плательщик) :** \_\_\_\_\_

настоящей подписью Заказчик (Плательщик) подтверждает свое ознакомление со стоимостью медицинских услуг, установленных расценками прейскуранта и добровольно принимает на себя обязательства по оплате услуг, оказанных Исполнителем Потребителю

Второй экземпляр Договора получен.

**Подпись: ✓** \_\_\_\_\_

## Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_

Согласно ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) в соответствии с назначениями врача:

диагностических процедур и манипуляций: диагностических исследований (анализы крови, мочи, кала и других сред (общеклинические, биохимические, бактериологические, иммунологические и т.д.), переливание крови, ее компонентов и препаратов на основе крови, лабораторных, ультразвуковых и эндоскопических исследований, электрокардиографии, рентгеновских исследований, инвазивных диагностических манипуляций (плевральные, люмбальные и др. пункции, лапароскопия, торакокопия и т.д.), осмотр врача (дежурного, лечащего, приглашенных консультантов и т.д.), лечебных мероприятий, прием таблетированных препаратов, инъекций, диагностических и лечебных пункций, внутримышечных инъекций, внутривенных вливаний, физиотерапевтических процедур зондовое промывание желудка, очистительные и сифонные клизмы и т.д., наложение повязок различного рода.

Я информирован(а), о том, что необходимость и особенности других методов обследования и лечения, не входящих 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, будет мне разъяснена дополнительно, при выборе мной соответствующей услуги из прейскуранта. При этом на каждый конкретный вид медицинского вмешательства, не предусмотренного приказами Минздрава Российской Федерации, медицинская организация не только вправе, но и обязана самостоятельно разработать форму информированных добровольных согласий, которые по своему содержанию будут соответствовать требованиям действующего законодательства. Также я имею право внести в утвержденную форму любые дополнения и информацию о рисках и последствиях для моего здоровья, применяемых методов лечения для принятия мной осознанного решения о принятии услуги и получения полной информации о проводимых вмешательствах и возможных последствиях отказа от этих вмешательств и выразить свое согласие на эти вмешательства, либо отказаться от этих вмешательств.

В соответствии с Приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 г. N 390н я также даю согласие **ООО «МТКклиник»** на проведение при необходимости следующих вмешательств:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, вагинальное исследование (для женщин), риноскопии, фарингоскопии, не прямой ларингоскопии, ректальное исследование. 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. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы спирография, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных). 11. Ультразвуковые исследования, доплерографические исследования. 12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

Я информирован (на) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;

Я информирован (на) о том, что процедура забора биологического материала, а также последствие его забора могут быть связаны с некоторым дискомфортом, включая возможные появления гематомы на месте укола в целях забора крови.

Я 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 потребителя.

Я извещен (на) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых не прописанных лекарств.

Я предупрежден (на) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендации медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария, оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я уполномочиваю медицинских работников ООО «МТКлиник» выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях обследования и лечения для достижения положительного результата, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций. В случае возникновения неотложных состояний, экстренных ситуаций и отсутствия у меня возможности дать согласие на медицинское вмешательство самостоятельно определить объем исследований и оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи по экстренным показаниям, в том числе и не предусмотренных Договором об оказании медицинских услуг. Экстренная помощь по жизненным показаниям в этом случае оказывается бесплатно и безотлагательно.

Я извещен(а), что медицинское вмешательство без согласия гражданина (представителей) допускается по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни, а также, если состояние больного, не позволяет выразить волю.

Я поставил(ла) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том, числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною известных травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня(представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(ла) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Кроме того, я информирован(а) об альтернативной возможности получения медицинской помощи за счет государственных средств в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи по месту жительства и основного медицинского прикрепления. Я отказываюсь от предоставления медицинской помощи за счет государственных средств на выбранные мною из прейскуранта цен медицинские услуги, которые указаны в счете на оплату и подтверждаю свое желание на получение их за плату в ООО «МТКлиник» («Клиника 9» по адресу: г. Жуковский, ул. Лесная, дом 1).

Мне (представляемому) разъяснены в доступной для меня форме цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, 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 вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона РФ от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я согласен, что при подписании настоящего договора и любых дополнительных соглашений к нему. ООО «МТКлиник» вправе использовать аналог собственноручной подписи Генерального директора Мусиенко Т.К., проставляемой посредством клише с факсимиле подписи, что не противоречит требованиям ст.160 Гражданского кодекса Российской Федерации.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами Договора об оказании платных медицинских услуг, в рамках которого мне (Пациенту) оказываются медицинские услуги, со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и объем предоставленной информации меня удовлетворяет, добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме. Мне понятен смысл сообщенной мне информации и терминов, на меня не оказывалось давление.

Я удостоверяю, что получил(а) полную информацию обо всех медицинских услугах, оказываемых ООО "МТКлиник", перечень которых указан в Прайс-листе на медицинские услуги, о программах медицинского обслуживания, о правах и обязанностях Пациента, в том числе о праве Пациента на отказ от медицинского вмешательства, о порядке и условиях оказания медицинских услуг в ООО "МТКлиник", а также информацию о наличии лицензии, о врачах-специалистах, уведомлен(а) о том, что данная информация доступна в любой медицинской организации, а также на официальном сайте ООО "МТКлиник": <http://www.klinika9.ru>

Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам:

---

Я подтверждаю свое согласие на корректировку утвержденной формы информированного добровольного согласия дополнительной информацией и не буду по этим основаниям признавать информированное добровольное согласие не заключенным или не действительным.

Расписался в моем присутствии: медицинский работник \_\_\_\_\_

/Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Подпись Пациента (законного представителя)

## Согласие на обработку персональных данных

✓  
Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. полностью)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(место регистрации)

Паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_,  
(серия и номер) (дата, название выдавшего органа)

(на основании и в порядке ст. ст.3,5,6,9,10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных», ст.13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»).

Принимаю решение о предоставлении ООО «МТКклиник» (далее – «Оператор медицинских услуг»), моих персональных данных и даю согласие на их обработку свободно, в своей воле и в своем интересе (в интересе представляемого мной лица).

Мне разъяснено, что под обработкой персональных данных понимается любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление/изменение), извлечение, использование, передачу персональных данных. К персональным данным в контексте настоящего согласия относятся следующие данные: фамилия, имя, отчество, дата рождения, пол, адрес, телефон, адрес электронной почты, номер документа удостоверяющего личность, номер полиса ОМС, номер полиса ДМС, СНИЛС, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, выписанных рецептах и лекарственных средствах, случаи обращения за медицинской помощью, оформления листка нетрудоспособности, справки и другую информацию - в медико-профилактических и лечебных целях в целях оказания медицинских услуг, включая установление медицинского диагноза, предоставления медико-профилактических и лечебных услуг, а также иной указанной мной информации, при условии обеспечения сохранности врачебной тайны.

Я даю согласие на использование моих персональных данных в целях выполнения обязательств по всем договорам оказания платных медицинских услуг заключенных между мной и ООО «МТКклиник» Мое согласие распространяет свое действие с даты выдачи настоящего информированного согласия и распространяется как на предыдущий период так и на будущий, до момента его отзыва.

В процессе оказания Оператором медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, в том числе специальные категории персональных данных, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения, а также, обо всех других фактах, связанных с оказанием мне медицинской помощи или медицинской услуги, в том числе в порядке взаимодействия с иными медицинскими организациями, привлекаемыми Оператором для оказания мне медицинской помощи, в том числе на передачу копий моих медицинских документов, путем трансграничной передачи персональных данных, а также передачу персональных данных по незащищенным открытым каналам связи (таким как WhatsApp, Telegram, электронная почта и иные каналы связи).

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, внесение их в электронную базу данных государственной информационной системы «Единая медицинская информационно-аналитическая система Московской области» (далее — ЕМИАС МО), включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные законодательством Российской Федерации, обмен (прием и передачу) персональными данными между ЕМИАС МО и Порталом государственных и муниципальных услуг (функций) Московской области, главным управлением ЗАГС Московской области, территориальным фондом ОМС и страховыми медицинскими организациями, Единым порталом государственных и муниципальных услуг (функций), федеральным бюро медико-социальной экспертизы, федеральной интегрированной электронной медицинской картой, Фондом социального страхования, его региональными филиалами, обособленными структурными подразделениями с обеспечением их защиты от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом.

Настоящим обязуюсь своевременно сообщать ООО «МТКклиник» обо всех изменениях в моих персональных данных смене фамилии, имени, отчества, даты рождения, пола, замене паспорта, изменение адреса

регистрации, номера телефона и адреса электронной почты, номера полюса ОМС, ДМС, СНИЛС и иных сведений необходимых для моей идентификации при выполнении обязательств и оказании услуг ООО «МТКклиник».

Целью обработки персональных данных является оказание медицинских услуг должного качества, исполнение договора, идентификации стороны в рамках договора, связь, в том, числе направление уведомлений, запросов и информации, касающихся оказания медицинских услуг, а также обработка запросов и жалоб.

*Если распространение (в том числе передача) информации о персональных данных производится в не предусмотренных Федеральным законодательством случаях обязательного предоставления субъектом персональных данных своих персональных данных, ООО «МТКклиник» обязан запросить письменное согласие гражданина в каждом отдельном случае.*

**Способы обработки персональных данных:** на бумажных носителях; в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом; при участии и при непосредственном участии человека.

**Срок, в течение которого действует согласие:** до достижения цели обработки персональных данных гражданина или до момента утраты необходимости в их достижении, если иное не предусмотрено Федеральным законодательством.

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

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного заявления, которое должно содержать паспортные данные, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе.

Я также даю Оператору свое согласие на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылки мне SMS- сообщений или письма путем трансграничной передачи персональных данных, а также передачу персональных данных по незащищенным открытым каналам связи (таким как WhatsApp, Telegram, электронная почта и иные каналы связи):

- напоминание о записи на прием к специалисту или исследование, переносе приема, смене врача и иную информацию имеющую отношения ко мне в отношении которой в договоре на оказания медицинских услуг я дал согласие на отправку по электронной почте.

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

\_\_\_\_\_  
ФИО полностью, контактный телефон

\_\_\_\_\_  
ФИО полностью, контактный телефон

Подтверждаю, что я ознакомлен с Положением о защите персональных данных граждан ООО «МТКклиник», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

✓ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись, Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ 202  
(дата)

Согласие получено ✓ \_\_\_\_\_  
(подпись)

Уполномоченный представитель медицинской организации \_\_\_\_\_  
(подпись, Ф.И.О.)

Генеральному директору

ООО «МТКлиник»

Т.К. Мусиенко

от \_\_\_\_\_

### УВЕДОМЛЕНИЕ

В соответствии с п. 24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736, настоящим подтверждаю, что до заключения договора о предоставлении мне платных медицинских услуг, уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на моем состоянии здоровья.

23.08.2025 г. ✓ \_\_\_\_\_ Иванова Ивана Ивановича  
(подпись) (Ф. И. О.)

С Правилами внутреннего распорядка в учреждении и Положением о лечебно-охранительном режиме в отделениях учреждения ознакомлен и обязуюсь соблюдать.

23.08.2025 г. ✓ \_\_\_\_\_ Иванова Ивана Ивановича  
(подпись) (Ф. И. О.)