

ДОГОВОР №563/ДН2016
на оказание платных медицинских услуг

г. Челябинск

20 января 2016 года

Общество с ограниченной ответственностью "ПолиКлиника", именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице _____, действующей на основании _____, с одной стороны и _____, _____ года рождения, проживающий по адресу: _____, контактный телефон: _____, адрес электронной почты: _____, именуемый в дальнейшем "**Потребитель**" с другой стороны,

а совместно именуемые "**Стороны**", заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Сведения об Исполнителе.

Фирменное наименование: Общество с ограниченной ответственностью "ПолиКлиника" (ООО "ПолиКлиника")

Юридический адрес: 454100, г. Челябинск, ул. 40-летия Победы, д.11, нежилое помещение № 1;

ОГРН 1157448005065, Свидетельство о государственной регистрации юридического лица от "16" апреля 2015 г. серия 74 № 006335978, наименование регистрирующего органа – Инспекция Федеральной налоговой службы по Курчатовскому району г. Челябинска;

Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-74-01-003336 от 11 ноября 2015 года, выдана Министерством здравоохранения Челябинской области (адрес лицензирующего органа: 454091, г. Челябинск, ул. Кирова, д. 165, тел. +7 (351) 263-52-62).

Перечень работ, составляющих медицинскую деятельность ООО «ПолиКлиника» в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности (Приложение № 1).

2. Предмет Договора.

2.1. По настоящему Договору Исполнитель предоставляет Потребителю медицинскую помощь в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, согласно Прейскуранту цен на медицинские услуги (далее – Прейскурант), утвержденному в установленном порядке, а Потребитель обязуется оплатить оказанные услуги в сроки и порядке указанные в настоящем Договоре.

2.1.1. Медицинские услуги предоставляются в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, разрешенными на территории Российской Федерации.

2.1.2. Медицинская помощь оказывается в виде комплекса мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья, включает в себя предоставление медицинской услуги (комплекса медицинских услуг), оказывается в соответствии с действующим законодательством в сфере охраны здоровья. Объем обследования и диагностических манипуляций, длительность лечения и реабилитации определяется порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи, клиническими протоколами (рекомендациями) и другими нормативными документами, действующими на территории Российской Федерации.

2.1.3. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии Информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств, включенных 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, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, по форме, утвержденной Приказом Минздрава России от 20.12.2012 N 1177н.

2.2. Перечень медицинских услуг, оказываемых Потребителю в соответствии с настоящим Договором, определяется в Дополнительном соглашении к Договору, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора. Форма Дополнительного соглашения приведена в Приложении № 3.

2.3. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 года №1006, которые размещены на интернет сайте медицинской организации, на информационном стенде (стойке) и доступны неограниченному кругу лиц в течение всего рабочего времени медицинской организации;

- ознакомил его с Правилами предоставления ООО «ПолиКлиника» платных медицинских услуг, утвержденных приказом от 01.09.2015 года № 10, которые размещены на интернет сайте медицинской организации, на информационном стенде (стойке) и доступны неограниченному кругу лиц в течение всего рабочего времени медицинской организации;

- ознакомил его с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;

- представил для ознакомления копию Лицензии на осуществление медицинской деятельности, которая размещена на интернет сайте медицинской организации, на информационном стенде (стойке) и доступна неограниченному кругу лиц в течение всего рабочего времени медицинской организации;

- уведомил его 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, программы иммунопрофилактики инфекционных болезней в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям;

- уведомил его 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 помощи, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

2.4. Подписав настоящий Договор, Потребитель подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинской помощи на платной основе.

2.5. Стороны принимают на себя обязательство не раскрывать третьим лицам характер и объемы оказываемых услуг.

2.6. По факту оказания медицинских услуг Исполнителем и Потребителем подписывается Акт выполненных работ по форме, приведенной в Приложении № 3.

3. Права и обязанности сторон.

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать Потребителю платную медицинскую помощь в объеме медицинской услуги (комплекса медицинских услуг), согласованных Сторонами.

3.1.2. Оказывать медицинскую помощь качественно, с использованием современных методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором, после внесения Потребителем денежных средств, в порядке, определенном разделом 4 настоящего Договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату.

3.1.3. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала, работу медицинского оборудования соответствующего требованиям законодательства Российской Федерации, для предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.

3.1.4. Предоставить необходимую Потребителю информацию об условиях предоставления и оказания услуги, ее стоимости, квалификации и сертификации специалистов, оказывающих медицинские услуги.

3.1.5. Уведомить Потребителя об изменении времени и объеме предоставляемой медицинской помощи не позднее, чем за 2 (два часа) назначенного времени визита Потребителя по согласованному с Потребителем способу связи: телефон, смс, электронная почта.

3.1.6. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством РФ порядке.

3.1.7. Незамедлительно извещать Потребителя о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, либо о

возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению объема оказания медицинских услуг, что оформляется дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.1.8. Исполнитель обязан предупредить Потребителя, о случае, если требуются дополнительно оплачиваемые медицинские услуги, которые Исполнитель не вправе оказывать без согласия Потребителя, в противном случае Исполнитель несет расходы на их оказание за свой счет;

3.1.9. Исполнитель обязан соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся здоровья Потребителя (врачебная тайна), деонтологию и медицинскую этику.

3.2. Потребитель обязуется:

3.2.1. Оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги, согласно Прейскуранту цен, и в порядке, установленном разделом 4 настоящего Договора.

3.2.2. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору, утвержденному приказом от 01.09.2015 года № 10 «Об утверждении Правил предоставления Обществом с ограниченной ответственностью «ПолиКлиника» платных медицинских услуг»;

3.2.3. Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения, а также исходах лечения, проведенного в других медицинских организациях.

3.2.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги по настоящему Договору;

3.2.5. При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) о любых изменениях самочувствия.

3.2.6. Отказаться на весь период предоставления медицинских услуг по настоящему Договору, от употребления наркотиков и лекарств, их содержащих, психотропных препаратов, алкоголесодержащих напитков.

3.2.7. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Исполнителем (медицинским работником, предоставляющим платные медицинские услуги) употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, биологически активных добавок (препаратов) и т. д.

3.2.8. Заботиться о сохранении своего здоровья, в том числе своевременно проходить медицинские осмотры в медицинских организациях любой формы собственности;

3.2.9. Соблюдать график приема медицинских работников, предоставляющих медицинские услуги по настоящему Договору. В случае возникших причин переноса времени или отмены назначенного визита оповестить Исполнителя по согласованному номеру телефона в регистратуру, не менее чем за 2 (два часа) до времени начала их оказания.

3.2.10. В случае выявления каких-либо недостатков в процессе оказания медицинских услуг, незамедлительно сообщить Исполнителю.

3.2.11. Потребитель согласен на сбор, хранение и обработку его персональных данных (фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес места жительства, место работы, должность, сведения о состоянии здоровья) согласно законодательным актам Российской Федерации (Приложение № 2).

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. Отказать в приеме Потребителю в случаях:

- Состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

- Действий Потребителя угрожающих жизни и здоровью персонала и посетителей поликлиники.

3.3.2. На перенос срока оказания услуги в случае опоздания Потребителя более чем на 10 (десять) минут по отношению к назначенному времени получения услуги.

3.3.3. На хранение и обработку персональных данных Потребителя (фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес проживания, место работы, должность, сведения о состоянии здоровья) согласно законодательным актам Российской Федерации.

3.4. Потребитель имеет право:

3.4.1. В доступной для него форме получать имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагностике, прогнозе, методах лечения, реабилитации и рисках, связанных с предоставлением медицинской помощи.

3.4.2. Отказаться от оказания медицинской помощи, оформив при этом Отказ от видов медицинских вмешательств, включенных 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 по форме, утвержденной Приказом Минздрава России от 20.12.2012 N 1177н.

4. Цена и порядок оплаты услуг.

4.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю согласно п. 2.2. настоящего Договора, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом цен платных медицинских услуг, с которым Потребитель ознакомлен до подписания настоящего Договора.

4.2. Стоимость медицинских услуг по Дополнительному соглашению к настоящему Договору определяется по Прейскуранту цен платных медицинских услуг, действующему на момент заключения Дополнительного соглашения.

4.3. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Потребителем до начала их оказания наличными денежными средствами в кассу медицинской организации, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя в порядке 100% предварительной оплаты.

Потребителю после оплаты медицинских услуг выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых медицинских услуг, установленного образца.

4.4. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг в процессе оказания медицинской помощи, объем услуг, оговоренный в Дополнительном соглашении к Договору, может быть изменен с согласия Потребителя.

В таком случае, Исполнителем и Потребителем подписывается еще одно Дополнительное соглашение к Договору, в котором оговорен перечень дополнительных платных медицинских услуг. Без согласия Потребителя, Исполнитель не имеет права предоставлять дополнительные платные медицинские услуги по настоящему Договору.

4.5. В случае, если объем фактически оказанных медицинских услуг, превышает объем услуг, предусмотренных Дополнительным соглашением к Договору, то их оплата производится по факту оказания медицинских услуг.

5. Ответственность сторон.

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

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

5.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях: предоставления Потребителем неполной и (или) искаженной информации о своем здоровье; нарушения графика приема; рекомендаций, выданных медицинским персоналом Исполнителя.

5.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Потребителем условий настоящего Договора и индивидуальные особенности организма Потребителя.

5.5. Потребитель несет ответственность за вред, причиненный своими противоправными действиями, имуществу Исполнителя, в том числе используемому для проведения обследования и (или) лечения.

5.6. Споры и разногласия сторон, связанные с неисполнением, либо с ненадлежащим исполнением своих обязательств подлежат разрешению в

досудебном порядке путем переговоров между Сторонами. Если Стороны не придут к соглашению, споры рассматриваются в порядке, определенном действующим законодательством Российской Федерации в суде общей юрисдикции по месту нахождения Исполнителя.

6. Порядок изменения и расторжения Договора.

6.1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и надлежащим образом подписаны Сторонами.

6.2. Настоящий Договор расторгается в случаях:

6.2.1. Отказа Потребителя после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Отказ Потребителя от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении настоящего Договора по инициативе Потребителя.

Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

В случае, если Потребителем была внесена предоплата, а медицинские услуги не были оказаны в полном объеме, то при расторжении Договора Исполнитель производит возврат предоплаты после возмещения фактически понесенных им расходов.

6.2.2. Отказа Исполнителя после заключения настоящего Договора от оказания медицинских услуг. Отказ Исполнителя от оказания медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Потребителю. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении настоящего Договора по инициативе Исполнителя.

Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

В случае, если Потребителем была внесена предоплата, а медицинские услуги не были оказаны в полном объеме, то при расторжении Договора Исполнитель производит возврат предоплаты после возмещения фактически понесенных им расходов.

7. Заключительные положения.

7.1. Договор на оказание медицинских услуг заключён в 2-х экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

7.2. Договор вступает в силу с даты его заключения и сроком на 1 (один) год. В случае если ни одна из сторон не заявит о расторжении настоящего Договора за 30 (тридцать) дней до окончания действия Договора, Договор считается продленным на тех же условиях на такой же срок.

7.2.1. После исполнения настоящего Договора, Исполнитель выдает Потребителю Медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья, по письменному заявлению Потребителя.

8. Уведомление Потребителя.

8.1. Исполнитель ставит Потребителя в известность 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. (Приложение № 4).

Юридические адреса, банковские реквизиты и подписи Сторон

Исполнитель
ООО "ПолиКлиника"
ИНН/КПП 7448179152/744801001
р/с 40702810207180008212 в
ОАО "Челиндбанк" г.Челябинск
к/с 3010181040000000711 БИК 047501711
Тел/факс

Потребитель
ФИО
Адрес места жительства:
Телефон:
адрес электронной почты:
Документ удостоверяющий личность:

_____/_____
м.п.

_____/ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО/

Перечень работ, составляющих медицинскую деятельность ООО "ПолиКлиника"
в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности

1. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

- 1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:
 - акушерскому делу;
 - вакцинации (проведению профилактических прививок);
 - медицинскому массажу;
 - неотложной медицинской помощи;
 - организации сестринского дела;
 - сестринскому делу;
 - сестринскому делу в педиатрии;
 - функциональной диагностике;
- 2) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:
 - вакцинации (проведению профилактических прививок);
 - неотложной медицинской помощи;
 - общей врачебной практике (семейной медицине);
 - организации здравоохранения и общественному здоровью;
 - педиатрии;
 - терапии;
- 3) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по:
 - неотложной медицинской помощи;
 - общей врачебной практике (семейной медицине);
 - организации здравоохранения и общественному здоровью;
 - терапии;
- 4) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:
 - акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий);
 - аллергологии и иммунологии;
 - гастроэнтерологии;
 - дерматовенерологии;
 - детской кардиологии;
 - детской урологии-андрологии;
 - детской хирургии;
 - детской эндокринологии;
 - кардиологии;
 - колопроктологии;
 - медицинской генетике;
 - медицинской статистике;
 - неврологии;
 - неотложной медицинской помощи;
 - нефрологии;
 - онкологии;
 - организации здравоохранения и общественному здоровью;
 - оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации);
 - офтальмологии;
 - профпатологии;
 - психиатрии;
 - психиатрии-наркологии;
 - психотерапии;
 - пульмонологии;
 - ревматологии;
 - сердечно-сосудистой хирургии;
 - травматологии и ортопедии;
 - ультразвуковой диагностике;
 - урологии;
 - функциональной диагностике;
 - хирургии;
 - эндокринологии;
- 5) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по:
 - акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий);
 - аллергологии и иммунологии;
 - кардиологии;
 - неврологии;
 - организации здравоохранения и общественному здоровью;
 - пульмонологии;

2. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

- 1) при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по:
 - акушерскому делу;
 - акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий);
 - аллергологии и иммунологии;
 - кардиологии;
 - неврологии;
 - организации здравоохранения и общественному здоровью;

- пульмонологии;
3. При оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):
- 1) при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации по:
 - организации здравоохранения и общественному здоровью;
 - медицинской статистике;
 - скорой медицинской помощи;
 - 2) при оказании скорой специализированной медицинской помощи вне медицинской организации, в том числе выездными экстренными консультативными бригадами скорой медицинской помощи, по:
 - анестезиологии и реаниматологии;
 - организации здравоохранения и общественному здоровью;
 - педиатрии;
 - 3) при оказании скорой медицинской помощи в амбулаторных условиях по:
 - организации здравоохранения и общественному здоровью;
 - медицинской статистике;
 - скорой медицинской помощи;
 - 4) при оказании скорой специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях по:
 - анестезиологии и реаниматологии;
 - организации здравоохранения и общественному здоровью;
 - педиатрии;
4. При оказании паллиативной медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):
- 1) при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях по:
 - анестезиологии и реаниматологии;
 - медицинской статистике;
 - организации здравоохранения и общественному здоровью;
 - педиатрии;
 - сестринскому делу;
5. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги):
- 1) при проведении медицинских осмотров по:
 - медицинским осмотрам (предварительным, периодическим);
 - медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым);
 - медицинским осмотрам профилактическим;
 - 2) при проведении медицинских освидетельствований:
 - медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством;
 - медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием;
 - 3) при проведении медицинских экспертиз по:
 - экспертизе качества медицинской помощи;
 - экспертизе временной нетрудоспособности;
 - экспертизе профессиональной пригодности.

Согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных

Ф.И.О. субъекта персональных данных: _____

Адрес регистрации: _____

Документ удостоверяющий личность: _____

Даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «ПолиКлиника» (далее – Оператор), расположенному по адресу: 454100, г. Челябинск, ул. 40 – летия Победы, дом.11, нежилое помещение № 1, на обработку персональных данных для осуществления медико-профилактических целей, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицами, профессионально занимающимися медицинской деятельностью и обязанными в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну по следующему перечню персональных данных: фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), пол, дата рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, дата регистрации, страховой номер индивидуального лицевого счета, номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица, номер полиса добровольного медицинского страхования застрахованного лица,

анамнез, диагноз, сведения об организации, оказавшей медицинские услуги, вид оказанной медицинской помощи, условия оказания медицинской помощи, сроки оказания медицинской помощи, объем оказанной медицинской помощи, результат обращения за медицинской помощью, серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии), сведения об оказанных медицинских услугах, примененные стандарты медицинской помощи, сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу.

Предоставляю Оператору право осуществлять ведение персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности.

В случае, если Оператор поручит обработку персональных данных другому лицу, ответственность перед субъектом персональных данных за действия указанного лица несет Оператор. Лицо, осуществляющее обработку персональных данных по поручению Оператора, несет ответственность перед Оператором.

Даю согласие субъекта персональных данных на обработку моих персональных данных в течение срока хранения медицинской карты амбулаторного больного (форма медицинской документации № 025/у) – двадцать пять лет.

Оставляю за собой право отозвать согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных посредством составления соответствующего письменного заявления, которое будет вручено лично под расписку представителю Оператора или направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении.

20 января 2016 года

Субъект персональных данных (Законный представитель) _____ /ФИО

Форма
Дополнительное соглашение от «__» _____ 2015 года №__
к Договору на оказание платных медицинских услуг от «__» _____ 2015 года №__

Общество с ограниченной ответственностью «ПолиКлиника», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____,
действующего на основании _____, с одной стороны и

(ФИО потребителя/Законного представителя, ЧЧ.ММ.ГГ рождения, адрес места жительства, № контактного телефона)
действующий (ая) в интересах несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица

(ФИО несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица, реквизиты документа удостоверяющего личность)
именуемый(-ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, а совместно именуемые «Стороны», заключили настоящее Дополнительное соглашение к
Договору в целях определения Перечня медицинских услуг, оказываемых Потребителю и их стоимости, подлежащей оплате, в соответствии с условиями
настоящего Договора:

Перечень (смета) платных медицинских услуг

| № п/п | Наименование услуг | Кол-во | Срок исполнения, дата | Цена по прейскуранту, руб. | Итого сумма к оплате, руб. |
|-------|--------------------|--------|-----------------------|----------------------------|----------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Стоимость медицинских услуг составляет _____ (_____) рублей ____ копеек и определяется на основании действующего Прейскуранта, утвержденного Исполнителем и согласованного с Потребителем в соответствии п. 2.2. настоящего Договора.

Потребитель _____ «__» _____ 2015 г.

Исполнитель _____ «__» _____ 2015 г.

Форма
Акта оказанных медицинских услуг

Медицинские услуги в соответствии с Дополнительным соглашением от «__» _____ 2015 г. №__ и к Договору от «__» _____ 2015 г. №__ на общую сумму ____ (_____) рублей ____ копеек, оказаны в полном объеме, надлежащего качества, прием медицинским персоналом осуществлялся в соответствии с согласованным графиком, рекомендации выданы, лечение (обследование) проведено надлежащим образом, ведение медицинской документации осуществлялось своевременно. Медицинские услуги оплачены. Претензий к Исполнителю не имею.

Потребитель _____
подпись, ф.и.о.

Исполнитель _____ «__» _____ 2015 г.

«__» _____ 2015 г.

Исполнитель _____

Потребитель _____

Уведомление

Настоящим, Общество с ограниченной ответственностью «ПолиКлиника» (далее ООО «ПолиКлиника»), до заключения договора на оказание медицинских услуг, уведомляет Потребителя о том, что не соблюдение:

- указаний (рекомендаций) медицинских работников ООО «ПолиКлиника», в том числе назначенного режима лечения, рекомендаций по профилактике осложнений и обострений заболевания, несоблюдение назначенного режима лечения;
- непредставление или неполное предоставление информации об имеющихся у Потребителя аллергических реакций, перенесенных заболеваниях и возникших вследствие этого осложнениях, а также иных сведений, которые, могут оказывать влияние на результаты диагностики и лечения;

могут снизить качество предоставляемых ООО «ПолиКлиника» платных медицинских услуг, повлечь за собой невозможность завершения их в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Также ООО «ПолиКлиника» уведомляет о том, что соответствующие виды и объемы медицинской помощи, предоставляемые ООО «ПолиКлиника», Потребитель может получить без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в медицинских организациях, являющихся участниками указанных программ.

С уведомлением ознакомлен,

Мне, также, разъяснено, что я могу получить в ООО «ПолиКлиника» как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов платных медицинских услуг.

Я ознакомлен(а) с Прейскурантом ООО «ПолиКлиника», осознаю стоимость запрашиваемых мною медицинских (и иных) услуг и прошу ООО «ПолиКлиника» заключить со мной договор на оказание медицинских (и иных) услуг.

Оплату медицинских (и иных) услуг гарантирую.

Потребитель:
Ф.И.О.

Паспортные данные:

Адрес места жительства:

Потребитель _____ 20 января 2016 года

Я свидетельствую, что разъяснил(а) все вопросы, связанные с заключением договора на оказание медицинских услуг и дал(а) ответы на все вопросы. Потребитель (законный представитель) расписался(ась) в моём присутствии.

Исполнитель _____ 20 января 2016 года