Приложение №2 к приказу 1П /05092024 от 05.09.2024г

Договор присоединения на оказание платных медицинских услуг ООО “Смартмед”

г. Ростов-на-Дону

Настоящий Договор присоединения на оказание платных медицинских услуг Общества с ограниченной ответственностью “Смартмед” (далее: «Договор присоединения», «Договор») обращен к физическим лицам, желающим получить соответствующие медицинские услуги. Настоящий договор является типовым формуляром Исполнителя, публикуемым в сети Интернет на официальном сайте по адресу: https://smartmed61.com и информационном стенде, размещенном на территории Исполнителя, заключение которого осуществляется путем присоединения Заказчика в целом к условиям Договора в соответствии со статьей 428 Гражданского кодекса Российской Федерации. Срок действия условий, указанных в настоящем формуляре Договора устанавливается с 05.09.2024 года до момента их официального отзыва или утверждения формы Договора в новой редакции.

Физические лица, желающие присоединиться к данному Договору, обязуются подписать Заявление о присоединении к Договору по форме, изложенной в Приложении № 1 к настоящему Договору. Договор считается заключенным с момента принятия Исполнителем подписанного Клиентом Заявления о присоединении.

При трактовке настоящего Договора применяется следующая терминология:

Заказчик - физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу пациента.

Исполнитель - Общество с ограниченной ответственностью «Смартмед» в лице Управляющий ИП Ноговицкой Елены Игоревны, действующей на основании Устава и Решения №2 от 14.03.2024 о вступлении в должность Управляющим ИП.

Потребитель (пациент) - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги лично в соответствии с Договором. Потребитель и Заказчик могут совпадать в одном лице.

Медицинская карта - Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (ф. 25/у), составленная по утвержденной приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации форме, содержащая сведения о пациенте, объеме оказываемых ему в рамках приема услуг, ФИО врача, дате оказания услуг. Является основным учетным медицинским документом медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях взрослому населению, хранится в медицинской организации (Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. № 834н).

Медицинские услуги (МУ) - предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования выполняемые работы, оказываемые услуги при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии; сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; рентгенологии; ультразвуковой диагностике., оказываемые ООО “Смартмед” в рамках видов медицинской деятельности, указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01050-61/01373979 04.09.2024 г., выданной МЗ РО.

Правила оказания МУ - утвержденные приказом генерального директора локальные документы, регламентирующие правила и условия оказания МУ пациентам ООО «Смартмед». Правила оказания МУ доступны для ознакомления на информационном стенде, а также на сайте https://smartmed61.com/. К ним относятся: Правила внутреннего распорядка для пациентов и Правила предоставления платных МУ ООО «Смартмед».

Прейскурант платных МУ (Прейскурант на МУ ООО «Смартмед») - действующий на момент оказания МУ утвержденный генеральным директором ООО «Смартмед» перечень оказываемых МУ и цен на них. Доступен для ознакомления на официальном сайте https://smartmed61.com/ и информационном стенде. Стоимость конкретных процедур и манипуляций, а также режим работы могут быть уточнены у администратора и/или по контактному телефону +7 (863) 320-99-02.

Присоединение - действия Заказчика/Потребителя по присоединению к Договору путем подписания Приложения №1 - Заявления о присоединении. Акцепт осуществляется после ознакомления с настоящим

Договором, сведениями об Исполнителе, правилами оказания МУ, прейскурантом и режимом работы.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. ООО «Смартмед» на основании обращения Заказчика, по его желанию и сверх Программы и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ростове-на-Дону (далее - соответственно Программа, Территориальная программа) в соответствии с условиями настоящего Договора, обязуется оказать Потребителю Медицинские услуги (МУ), а Заказчик обязуется оплатить оказанные МУ в размере, порядке и сроки, установленные настоящим Договором.

1.2. Медицинские Услуги оказываются в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи. Волеизъявление (заказ) Заказчика/Пациента отражается в Приложении №1 к настоящему Договору, содержащем конкретный перечень оказываемых Пациенту МУ; стоимость оказываемых услуг согласно Прейскуранту и составляющем неотъемлемую часть Договора. Заявление о присоединении подписывается при каждом обращении Заказчика за новыми (не предусмотренными согласованным на момент соответствующего обращения Заявлением о присоединении) МУ.

1.3. Исполнитель вправе по своему усмотрению привлекать к оказанию МУ по Договору иные медицинские организации (третьи лица), имеющие лицензии на осуществление медицинской деятельности и соответствующие иным требованиям действующего законодательства.

1.4. МУ оказываются в течение срока действия Договора в соответствии с режимом работы Исполнителя и графиком работы Медицинских работников. Конкретное время определяется посредством записи Заказчика (Пациента) на прием с учетом его желания и имеющегося свободного интервала времени приема в сетке расписания врача/специалиста.

1.5. Заказчик (Пациент) обязуется собственноручно подписать в регистратуре Заявление о присоединении к Договору. Оказание Медицинских услуг сопровождается оформлением медицинской карты при

первичном обращении Пациента и ее последующим ведением при дальнейшем наблюдении. Также Пациент подписывает информированное добровольное согласие на проведение вмешательств и согласие на обработку персональных данных. Отказ Пациента от подписания информированного добровольного согласия означает расторжение настоящего договора Пациентом в одностороннем порядке.

1.6. Присоединяясь к настоящему Договору, Заказчик (Пациент) подтверждает, что он ознакомился с локальными актами Исполнителя и обязуется их соблюдать. Изменения в указанные Правила оказания МУ размещаются на сайте Исполнителя и информационных стендах, размещенных на территории Исполнителя.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. Заказчику/Потребителю предоставлена 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.

2.2. Исполнитель обеспечил Потребителя в установленном порядке путем размещения на информационных стендах или в сети «Интернет» информацией, включающей в себя сведения об Исполнителе: адрес юридического лица в пределах места нахождения юридического лица, основной государственный регистрационный номер, идентификационный номер налогоплательщика; адрес своего сайта в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"; информацией о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; о лицензии на осуществление медицинской деятельности, ее номере, сроках действия, а также информация об органе, выдавшем указанную лицензию; о перечне платных медицинских услуг и их стоимости, порядке оплаты, месте, сроках, порядке и условиях оказания услуг, стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются МУ, сведениями о медицинских работниках (квалификации, уровне образования), режиме работы (графике работы) медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг.

2.3. МУ оплачиваются по стоимости, установленной Прейскурантом Исполнителя, действующим на дату оказания соответствующих МУ. Стоимость МУ определяется Сторонами в соответствии с Прейскурантом Исполнителя, действующим на дату присоединения Заказчика/Потребителя к настоящему Договору.

2.4. Оплата МУ может быть произведена путем перевода Исполнителю сумм на его расчетный счет либо путем наличного платежа в кассу Исполнителя, платежа банковскими картами с выдачей документа, подтверждающего оплату МУ.

2.5. Основанием для оплаты Заказчиком МУ является подписанное Заявление о присоединении, как указано в пункте 1.2. Договора.

2.6. В случае отказа Заказчика (Пациента) после заключения Договора от получения МУ Договор расторгается. При этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

2.7. МУ считаются полученными Заказчиком (Пациентом) с момента их фактического оказания Исполнителем, что подтверждается первичной медицинской документацией Исполнителя (Медицинской картой).

2.8. Исполнитель вправе отказать в приеме Заказчику (Пациенту) в случаях: состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения; когда действия Пациента неадекватны, угрожают жизни и здоровью персонала; когда состояние здоровья Пациента не позволяет оказать ему МУ надлежащего качества.

2.9. В случае, если при оказании МУ Заказчику (Пациенту) потребуется дополнительное медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств по медицинским показаниям (не экстренное и не для устранения угрозы жизни), то Заказчик (Пациент) настоящим дает согласие на соответствующее медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, а Заказчик гарантирует их оплату. Медицинское вмешательство (комплекс медицинских вмешательств) по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента осуществляется в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

3. **ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Обеспечить Заказчика (Пациента) бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных МУ, содержащей следующие сведения о: а) порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных МУ; б) данных о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную МУ (его профессиональном образовании и квалификации); в) данных о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; г) данных о лицензии на медицинскую деятельность с приложением перечня работ (МУ), составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией; д) других сведениях, относящихся к предмету настоящего Договора.

Исполнитель предоставляет Заказчику (Пациенту) информацию, перечисленную в п. п. 12 - 17, 21 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 N 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006".

3.1.2. Оказывать Заказчику (Пациенту) МУ качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения в соответствии с настоящим Договором на условиях, определенных Договором, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи, действующими на территории РФ. МУ Заказчику (Пациенту) оказываются после подписания им согласия на обработку персональных данных, отнесенных действующим законодательством к персональным данным, в том числе, составляющих врачебную тайну, и информированного добровольного согласия по форме, установленной Исполнителем в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ.

3.1.3. Предупредить Заказчика о необходимости и стоимости дополнительных МУ.

3.1.4. Давать, при необходимости, по просьбе Пациента, разъяснения о ходе оказания МУ ему и заинтересованным лицам, включая государственные и судебные органы.

3.1.5. При необходимости, сотрудничать при оказании МУ по настоящему Договору с иными медицинскими учреждениями и специалистами.

3.1.6. В наглядной и доступной форме довести до сведения Потребителя и (или) Заказчика Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 N 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006".

3.2. Заказчик/Пациент обязуется:

3.2.1. Соблюдать правила оказания МУ Исполнителя.

3.2.2. Оплачивать МУ Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

3.2.3. Кроме того Заказчик (Пациент) обязан предоставить достоверную информацию о себе, включающую данные о непереносимости и аллергических реакциях на медикаментозные препараты, пищевые продукты и природные факторы; информировать о перенесенных Пациентом заболеваниях, в том числе о гепатите А,В,С, туберкулезе, приступах клаустрофобии, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания МУ, наличии беременности; предоставить полную и достоверную информацию о перенесенных Пациентом операциях, переливаниях крови и инъекциях за последние два года, наличии кардиостимуляторов, имплантатов и других изделий из металла; соблюдать правила поведения в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения; выполнять все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих ему по настоящему Договору МУ, по лечению, в том числе соблюдать указания медицинского учреждения, предписанные на период после оказания услуг.

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. Не приступать к оказанию МУ до момента исполнения Заказчиком обязательств по оплате, предусмотренных условиями Договора, и подписания Пациентом информированного добровольного согласия.

3.3.2. Изменять Прейскурант в одностороннем порядке. Информация об изменении Прейскуранта доводится до сведения Заказчика путем размещения на информационных стендах в месте оказания МУ, предусмотренных Лицензией, и на информационном сайте Исполнителя в сети Интернет.

3.3.3. Получать от Заказчика (Пациента) любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредставления либо неполного или неверного предоставления Заказчиком (Пациентом) информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до представления необходимой информации.

3.3.4. Требовать от Заказчика (Пациента) соблюдения правил оказания МУ.

3.4. Заказчик (Пациент) имеет право:

3.4.1. Получать от Исполнителя МУ в соответствии с настоящим Договором.

3.4.2. Самостоятельно выбрать кандидатуру лечащего врача с учетом всех требований и условий, необходимых для оказания МУ, а также с учетом согласия врача.

3.5. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора.

4. **ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

4.1. За неисполнение или некачественное исполнение условий настоящего договора Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ, а также в соответствии с требованиями местных территориальных органов

4.2. В случае ненадлежащего оказания МУ Заказчик (Потребитель) вправе по своему выбору потребовать: назначения нового срока оказания МУ; исполнения МУ другим специалистом; расторжения договора и возмещения затрат в установленном законодательном порядке.

4.3. Исполнитель не несет ответственности за некачественное выполнение МУ при несоблюдении Заказчиком условий настоящего Договора.

5. **ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ**

5.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров. Стороны обязаны соблюсти претензионный характер урегулирования споров. Срок для рассмотрения претензии - 10 календарных дней с момента ее получения. Претензия может быть направлена по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручена лично под расписку представителю Исполнителя.

5.2. При не урегулировании споров путем переговоров споры подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с законодательством РФ.

6. **КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ И ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ**

6.1. В целях исполнения настоящего Договора в соответствии с п. 5 ст. 6, а также ст.ст. 9 и 10 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, Заказчик/Пациент предоставляет ООО «Смартмед» свои персональные данные (данные документа, удостоверяющего личность, в том числе фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, биометрические данные, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты полиса ОМС/ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС) и прочее) и дает свое согласие на обработку персоналом Исполнителя своих персональных данных, а также специальных персональных данных, касающихся состояния здоровья Пациента, в целях получения МУ, оказываемых медицинской клиникой Исполнителя, при этом обработка такой информации осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством РФ сохранять врачебную тайну (далее - Согласие). В случае, если Пациент и Заказчик не являются одним лицом, ими подписываются отдельные Согласия на обработку персональных данных.

6.2. Указанное Согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных Заказчика/Пациента, которые необходимы для достижения вышеуказанных целей, включая без

ограничения: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование (в том числе размещение в ознакомительных целях на официальных порталах/социальных сетях медицинского центра), распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение, а также осуществление любых иных действий с персональными данными в соответствии с действующим законодательством РФ. Обработка персональных данных осуществляется Исполнителем следующими способами: обработка персональных данных с использованием средств автоматизации, обработка персональных данных без использования средств автоматизации (неавтоматизированная обработка). При обработке персональных данных Исполнитель не ограничен в применении способов их обработки. Заказчик/Пациент выражает согласие, что в случае необходимости в целях исполнения настоящего Договора Исполнитель вправе предоставить персональные данные Заказчика/Пациента третьему лицу (в т.ч. дочерним и зависимым), их агентам и иным уполномоченным ими лицам.

6.3. Согласие, предусмотренное настоящим пунктом, считается данным с момента присоединения к настоящему Договору, соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет двадцать пять лет.

6.4. Заказчик/Пациент имеет право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес Исполнителя по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Исполнителя.

6.5. В случае получения письменного заявления Пациента (его представителя) и (или) Заказчика об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Исполнитель обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной Заказчику/Пациенту до этого медицинской помощи.

7. **ИНЫЕ УСЛОВИЯ**

7.1. В соответствии со ст. 428 Гражданского Кодекса РФ Договор присоединения равносилен заключению Договора на оказание МУ на условиях, изложенных в настоящем Договоре. Подписание Заявления о присоединении свидетельствует о выборе Заказчиком медицинского

учреждения и врача, согласии Заказчиком с настоящим Договором и его приложениями в полном объеме и без исключений.

7.2. Настоящий Договор может быть прекращен в одностороннем порядке в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по настоящему Договору, а также в случаях, предусмотренных настоящим Договором и действующим законодательством РФ.

7.3. Стороны допускают возможность использования аналога собственноручной подписи - факсимиле при подписании настоящего договора и приложений к нему.

7.4. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются следующее приложение:

Приложение № 1 - Заявление о присоединении к Договору присоединения на оказание платных МУ ООО “Смартмед”.

Приложение № 2 - Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные 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.

Приложение № 3 - Порядок и условия выдачи потребителю (законному представителю потребителя) после исполнения договора исполнителем медицинских документов (копии медицинских документов, 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.

7.5. Своей подписью в настоящем Договоре Заказчик подтверждает, что Заказчик (Пациент) получил исчерпывающую информацию о предоставляемых МУ, о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья. Данная информация в доступной форме включает в том числе сведения о целях, методах оказания МУ, связанном с ними риске, возможных вариантах выполнения МУ и их последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

7.6. Заказчик/Пациент предоставляет исполнителю право передавать информацию по исполнению настоящего договора, а также сообщать информацию о работе Исполнителя, акциях и предложениях сообщениями,

по телефону и на электронный адрес Заказчика (Пациента), указанные в реквизитах Договора.

7.7. Заказчик (Пациент) проинформирован, что Исполнитель проводит видеонаблюдение, с использованием камер открытого видеонаблюдения, фиксирующих звук, и запись телефонных разговоров в целях обеспечения безопасности и контроля качества оказания МУ.

Подписывая Заявление о присоединении, Пациент дает согласие на обработку персональных данных (изображения, голоса).

РЕКВИЗИТЫ ИСПОЛНИТЕЛЯ ООО “СМАРТМЕД”

ООО "Смартмед" Юридический адрес : 344068, Россия, обл Ростовская, г Ростов-на-Дону, пр-кт Михаила Нагибина, зд. 32А, стр. 8 ОГРН 1236100023037, ИНН/КПП 6161099538/616101001, Банк: ООО "Банк Точка" р/с 40702810920000034977 к/с 30101810745374525104, БИК 044525104

Управляющий ИП_____ Ноговицкая Е.И.

Приложение №1 к Договору присоединения на оказание платных медицинских услуг (далее –«Договор»)

Заявление о присоединении № ____ от _____

Я, *ФИО Заказчика, дата рождения, адрес, телефон, паспорт серия номер, дата выдачи, кем выдан*, подтверждаю, что мне полностью понятны юридические и иные последствия моего присоединения к Договору.

В соответствии со статьей 428 Гражданского кодекса Российской Федерации уведомляю ООО "Смартмед" о своем присоединении к Договору на оказание платных медицинских услуг, утвержденному приказом Управляющим ИП ООО "Смартмед" от 14.03.2024 №1П/05092024 (далее - Договор) и размещенный на сайте smartmed61.com и информационных стендах. Подписывая настоящее заявление и представляя его в ООО "Смартмед", я подтверждаю факт заключения мною Договора с ООО "Смартмед" и вступления его в силу на следующих условиях:

1. В соответствии с пунктом 1.2. Договора Исполнитель обязуется оказать *Пациенту (Потребителю) (ФИО, дата рождения, адрес, телефон, паспорт серия номер, дата выдачи, кем выдан)* следующие медицинские услуги:

Перечень медицинских услуг

№ п/п Наименование услуг Ед. изм. Кол-во Цена за 1 ед., руб. Сумма, руб. шт Итого:

А Заказчик обязуется оплатить оказанные медицинские услуги в размере, порядке и сроки, установленные настоящим Договором.

2. Срок оказания медицинских услуг составляет 1 год с момента присоединения к настоящему Договору. Место оказания услуг: по месту нахождения Исполнителя.

3. Стоимость услуг по договору определяется в соответствии с действующим прейскурантом Исполнителя и указывается в таблице услуг, НДС не облагается.

4. Подписывая настоящее Заявление о присоединении Заказчик (Пациент) подтверждает, что ему предоставлена Исполнителем в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

5. Исполнитель уведомляет Заказчика (Пациента) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную МУ), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной МУ, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

6. Подписывая настоящее Заявление о присоединении, Заказчик и Пациент/Представитель пациента, в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», дает согласие на обработку (своих и лица, законным представителем которого он является) персональных данных Исполнителем в порядке, указанном в Разделе 6 Договора присоединения на оказание платных МУ ООО «Смартмед».

7.

а) В случае, если Заказчик является Пациентом

Я, ФИО Пациента даю свое согласие на отправку информации о результатах медицинских услуг и иных данных, непосредственно связанных с медицинским вмешательством, полученных мною в ООО «Смартмед» по электронной почте или мессенджеру: _____(адрес электронной почты/номер мессенджера). Подписывая данное согласие, я проинформирован(а) о том, что электронная почта является незащищенным каналом связи. За взлом почтового ящика, утечку информации и неполучение отправленных результатов исследования ООО «Смартмед» ответственности не несет.

б) В случае, если Заказчик является представителем недееспособного Пациента или ребенка до 15 лет

Я, _____ *(ФИО Представителя пациента)* даю свое согласие на отправку информации о результатах медицинских услуг и иных данных, непосредственно связанных с медицинским вмешательством, полученных Пациентом, в том числе финансовых документов и документации _____ *(ФИО*

пациента) в ООО «Смартмед» по электронной почте или мессенджеру: _____(адрес электронной почты/номер мессенджера). Подписывая данное согласие, я проинформирован(а) о том, что электронная почта является незащищенным каналом связи. За взлом почтового ящика, утечку информации и неполучение отправленных результатов исследования ООО «Смартмед» ответственности не несет.

_____

подпись Пациента/Представителя Пациента

в) В случае, если Заказчик не является Пациентом либо его представителем, настоящее согласие подписывает Пациент

Я, ФИО Пациента даю свое согласие на отправку информации о результатах медицинских услуг и иных данных, непосредственно связанных с медицинским вмешательством, полученных мною в ООО «Смартмед» по электронной почте или мессенджеру: _____(адрес электронной почты/номер мессенджера). Подписывая данное согласие, я проинформирован(а) о том, что электронная почта является незащищенным каналом связи. За взлом почтового ящика, утечку информации и неполучение отправленных результатов исследования ООО «Смартмед» ответственности не несет.

8. Настоящее Заявление о присоединении вступает в силу с даты его подписания и является неотъемлемой частью Договора.

Реквизиты сторон:

ИСПОЛНИТЕЛЬ: ООО "Смартмед" Юридический адрес : 344068, Россия, обл Ростовская, г Ростов-на-Дону, р-н Ворошиловский, пр-кт Михаила Нагибина, зд. 32А, стр. 8 ОГРН 1236100023037, ИНН/КПП 6161099538/616101001, Банк: ООО "Банк Точка" р/с 40702810920000034977 к/с 30101810745374525104, БИК 044525104

Управляющий ИП_____ Ноговицкая Е.И.

ЗАКАЗЧИК: ФИО: Паспорт: Адрес: Телефон: Заказчик:_____ /_____ /

Приложение №2 к Договору присоединения на оказание платных медицинских услуг (далее –«Договор»)

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____года рождения, проживающий (ая) по адресу:_____
___

Этот раздел бланка **заполняется только для лиц, не достигших возраста 15 лет** или недееспособных граждан:
Я,_____года рождения
Паспорт:_____
Являюсь законным представителем (мать/отец/усыновитель/опекун/попечитель)(подчеркнуть)
_____
ФИО ребенка или недееспособного гражданина (полностью)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные 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, утвержденный приказом МЗ и социального развития РФ от 23.04.2012 г. № 390н (зарегистрирован МЮ РФ 05.05.2012 г. № 24082) (далее — Перечень), в ООО «Смартмед» Медицинским работником: _____ (должность, Ф. И. О. медицинского работника)

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, 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 медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября

2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446). Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____

(ФИО гражданина, контактный телефон).

_____ (подпись)

(ФИО гражданина или законного представителя)

_____ (подпись)

(Ф.И.О медицинского работника)

«_____»_____ г.

Приложение №3 к Договору присоединения на оказание платных медицинских услуг (далее –«Договор»)

Порядок и условия выдачи потребителю (законному представителю потребителя) после исполнения договора исполнителем медицинских документов (копии медицинских документов, 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

1. Пациент либо его законный представитель имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента.

2. Супруг (супруга), дети, родители, усыновленные, усыновители, родные братья и родные сестры, внуки, дедушки, бабушки либо иные лица, указанные пациентом или его законным представителем в письменном согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, или информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство, имеют право непосредственно знакомиться с медицинской документацией пациента, в том числе после его смерти, если пациент или его законный представитель не запретил разглашение сведений, составляющих врачебную тайну.

3. Основаниями для ознакомления пациента, его законного представителя либо лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка, с медицинской документацией, за исключением случаев, предусмотренных пунктом 12 настоящего Порядка, является поступление в медицинскую организацию письменного запроса пациента, его законного представителя либо лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка, о предоставлении медицинской документации для ознакомления (далее - письменный запрос).

4. Письменный запрос содержит следующие сведения:

а) фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента;

б) фамилия, имя и отчество (при наличии) законного представителя пациента либо лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка;

в) место жительства (пребывания) пациента;

г) реквизиты документа, удостоверяющего личность лица, направившего запрос (номер и серия (при наличии), дата выдачи, наименование выдавшего органа);

д) реквизиты документа, подтверждающего полномочия (при наличии) законного представителя пациента (номер и серия (при наличии), дата выдачи, наименование выдавшего органа);

е) период оказания пациенту медицинской помощи в медицинской организации, за который пациент, его законный представитель либо лицо, указанное в пункте 2 настоящего Порядка, желает ознакомиться с медицинской документацией;

ж) адрес для направления ответа;

з) номер контактного телефона.

5. Письменный запрос направляется по почте либо доставляется нарочно в медицинскую организацию.

6. Поступивший письменный запрос в течение рабочего дня регистрируется в журнал входящих обращений администратором медицинской организации.

7. Рассмотрение письменных запросов осуществляется главным врачом ООО «Смартмед».

В течение двух рабочих дней со дня поступления письменного запроса пациент, его законный представитель либо лицо, указанное в пункте 2 настоящего Порядка, информируется администратором ООО «Смартмед» доступными средствами связи, в том числе по номеру контактного телефона либо по электронной почте, работником медицинской организации о дате, начиная с которой в течение пяти рабочих дней возможно ознакомление с медицинской документацией с учетом графика работы медицинской организации, а также о месте в медицинской организации, в котором будет происходить ознакомление.

Максимальный срок ожидания пациентом, его законным представителем либо лицом, указанным в пункте 2 настоящего Порядка, предоставления возможности для ознакомления с медицинской документацией не должен превышать десяти рабочих дней со дня поступления письменного запроса.

8. Ознакомление пациента, его законного представителя либо лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка, с медицинской документацией осуществляется в помещении медицинской организации в присутствии работника, ответственного за выдачу медицинской документации для ознакомления, с учетом графика работы медицинской организации.

9. Перед передачей пациенту, его законному представителю либо лицу, указанному в пункте 2 настоящего Порядка, для ознакомления оригинала медицинской документации до сведения указанного лица в устной форме доводится информация о необходимости аккуратного и бережного обращения с предоставленной для ознакомления медицинской документацией. В процессе ознакомления с медицинской документацией пациент, его законный представитель либо лицо, указанное в пункте 2 настоящего Порядка, вправе выписывать любые сведения и в любом объеме, снимать копии с медицинской документации, в том числе с помощью технических средств.

10. В медицинскую документацию пациента вносятся сведения об ознакомлении пациента, его законного представителя либо лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка, с данной медицинской документацией, с указанием даты поступления письменного запроса, даты ознакомления, фамилии, имени, отчества (при наличии) ознакомившегося

лица, а также фамилии, имени, отчества (при наличии) и должности работника, зафиксировавшего факт ознакомления, с проставлением подписи указанного работника.