АМЕДЕОС

УТВЕРЖДАЮ

Директор ООО Фирма «Амедеос»

_____ Андрианов Ю.А.

ДОГОВОР

на оказание платных медицинских услуг

от "_____" _____ 20____г.

_____

(Ф.И.О. клиента/законного представителя)

именуемый в дальнейшем «Пациент», с одной стороны, и ООО ФИРМА «АМЕДЕОС», ОГРН 1216300015030, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Андрианова Юрия Александровича, действующего на основании Устава, с другой стороны, при совместном упоминании – «Стороны», заключили между собой договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказывать Пациенту на платной основе медицинские услуги, в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности и предусмотренные действующим Прейскурантом Исполнителя, а Пациент обязуется оплатить оказанные услуги в сроки и в порядке, предусмотренные настоящим Договором.

1.2. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором, сроки их оказания указывается в Счете. Факт выполнения услуг оформляется Актом выполненных работ. Счет и Акт являются неотъемлемой и существенной частью настоящего договора.

2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ.

2.1. Исполнитель в соответствии с п. 1.1 настоящего Договора оказывает медицинские услуги по настоящему Договору в помещении Исполнителя, расположенному по адресу г. Тольятти, ул. 40 лет Победы, 44а.

2.2. Исполнитель осуществляет медицинскую деятельность на основании Лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-63-01-005710 от 20.11.2020г. (срок действия бессрочно), выдана Министерством здравоохранения Самарской области г. Самара, ул. Ленинская, 73, тел.: 332-93-09) 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, медицинскому массажу, сестринскому делу, физиотерапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии, 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), аллергологии и иммунологии, анестезиологии и реаниматологии, дерматовенерологии, колопроктологии, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, ортодонтии, рентгенологии, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, ультразвуковой диагностике, физиотерапии, эндокринологии. При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности.

3. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Обеспечить режим конфиденциальности при обращении Пациента за медицинскими услугами и состоянии его здоровья в соответствии с законодательством о врачебной тайне.

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

3.1.3. Оформить «Согласие на обработку персональных данных», «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство». Эти согласия оформляются в одном экземпляре и содержатся в медицинской документации Пациента.
3.1.4. Предоставлять Пациенту (либо его законному представителю или поверенному) по его требованию в доступной для него форме информацию о состоянии здоровья Пациента, включая сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, его диагнозе и о прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах медицинской помощи.
3.1.5. Предоставлять для ознакомления по требованию Пациента копию лицензии или выписки из реестра лицензий.

3.2. Пациент обязуется:

3.2.1. Оплачивать стоимость оказанных медицинских услуг согласно действующему Прейскуранту Исполнителя.
3.2.2. Предоставить врачу полную информацию и документы (копии документов), касающиеся состояния его здоровья, которыми он располагает на момент заключения настоящего Договора и в течение его действия, если эта информация и документы могут повлиять на качество оказываемых Исполнителем медицинских услуг.
3.2.3. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги.
3.2.4. Соблюдать внутренний распорядок медицинской организации (правила пребывания в медицинской организации) и указания медицинского персонала.

4. ПРАВА СТОРОН

4.1. Исполнитель вправе:

4.1.1. Направить Пациента в другую медицинскую организацию, если Лицензия или возможности Исполнителя не позволяют ему осуществлять те услуги, необходимость оказания которых выявилась в процессе диагностики и лечения Пациента.
4.1.2. В случае отказа Пациента от услуг, которые могли бы, по мнению Исполнителя, уменьшить или снять опасность для здоровья Пациента, получить от него соответствующую расписку об отказе от медицинского вмешательства, разъяснив Пациенту возможные последствия такого отказа для здоровья.

4.2. Пациент вправе:

4.2.1. Получить от Исполнителя дополнительных разъяснений в отношении состояния своего здоровья, предложенных методов диагностики и лечения, если ранее предложенные ему объяснения были непонятны.
4.2.2. Получить медицинскую помощь в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в поликлинике по месту прикрепления.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.
5.2. Все споры и разногласия, вытекающие из настоящего Договора, решаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6. СРОКИ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента оплаты Пациентом услуг Исполнителя или с начала оказания Исполнителем услуг и действует в течение 1 (одного) года. Если за две недели до истечения указанного срока Стороны не заявили о своем намерении расторгнуть настоящий Договор, то он продолжает действие на следующий срок такой же продолжительностью.

7. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

7.1. Стоимость услуг настоящего Договора определяется, исходя из выполненного объема медицинских услуг на основании действующего Прейскуранта цен Исполнителя.

7.2. Расчеты между сторонами осуществляются в российских рублях за наличный расчет или иную форму расчетов, согласованную с Исполнителем, непротиворечащая действующему законодательству с применением контрольно-кассовых машин либо с использованием бланков строгой отчетности установленного образца.

7.3. Для Пациентов, обслуживающихся по договорам ДМС расчеты за оказанные Исполнителем медицинские услуги осуществляются за счет страховой компании, путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, согласно условиям договора, заключенного Исполнителем со страховой компанией Пациента.

8. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

8.1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обстоятельства, 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 подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.

8.2. Настоящий договор расторгается в случае отказа Пациента после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Отказ Пациента от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю. Исполнитель информирует Пациента о расторжении настоящего договора по инициативе Пациента, при этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

9. ДРУГИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

9.1. Все изменения и дополнения к настоящему Договору будут иметь силу и являться его неотъемлемой частью, если они составлены в письменной форме и подписаны Сторонами.

9.2. Настоящий Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

10. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН:

«Исполнитель»:

ООО ФИРМА "АМЕДЕОС"
ИНН 6321467775 КПП 632101001
ОГРН 1216300015030 от 25.03.2021 г.
Регистрирующий орган:
Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы № 20 по Самарской области

Адрес: 445030, РФ, Самарская область,
г. Тольятти, ул. 40 лет Победы, 44а
e-mail: amedeos@list.ru
тел.: (8482) 77-14-41, (8482) 70-27-67

Р/с 40702810903000121173 в Приволжский филиал ПАО «ПРОМСВЯЗЬБАНК»
г. Нижний Новгород
К/с 30101810700000000803
БИК 042202803

Директор_____Андрианов Ю.А.

«_____»_____20___г.

«Пациент»:

_____

_____

Адрес:_____

_____

Телефон:_____

_____ _____
(подпись) (расшифровка подписи)

От экземпляра договора Пациента отказываюсь

«Пациент»:

_____

_____ _____
(подпись) (расшифровка подписи)

«_____»_____20___г.

АМЕДЕОС

УТВЕРЖДАЮ
Директор ООО Фирма «Амедеос»
_____ Андрианов Ю.А.

Добровольное согласие на обработку персональных данных

В целях выполнения требований Федерального Закона Российской Федерации
от 27 июля 2006г. №152-ФЗ «О персональных данных»

Я,_____
(фамилия, имя, отчество)
основной документ, удостоверяющий личность (паспорт)_____
(серия, номер, дата выдачи документа)
_____
(наименование выдавшего органа)
проживающий(ая) по адресу_____
(вписать нужное)
даю согласие на обработку ООО фирма «Амедеос» (далее Оператор) ОГРН 1216300015030, адрес местонахождения: Самарская область, г. Тольятти, ул. 40 лет Победы, 44а, своих персональных данных, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (предоставление, доступ, в том числе передачу третьему лицу (НЕНУЖНОЕ ВЫЧЕРКНУТЬ):

— общество с ограниченной ответственностью «ОМ ЛАБОРАТОРИЯ», ОГРН 1216300029538;
— государственное бюджетное учреждение здравоохранения Самарской области "ТОЛЬЯТТИНСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 2 ИМЕНИ В. В. БАНЫКИНА", ОГРН 1026301977316;
— государственное бюджетное учреждение здравоохранения Самарской области "ТОЛЬЯТТИНСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 5", ОГРН 1026301981452;
— закрытое акционерное общество «МЕДИЦИНСКАЯ КОМПАНИЯ ИДК», ОГРН 1026301515371;
— общество с ограниченной ответственностью "КДЛ ДОМОДЕДОВО-ТЕСТ", ОГРН 1045002010085;
— общество с ограниченной ответственностью «ИНВИТРО-САМАРА», ОГРН 1076316009450;
— общество с ограниченной ответственностью «КОМПАНИЯ «ТЕНЗОР», ОГРН: 1027600787994;
— _____;
(иное)
— _____),
(наименование страховой компании пациента, обслуживающегося по ДМС)

обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных с целью обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов, заключения, исполнения договора на оказание платных медицинских услуг и оказания мне медицинских услуг.

Перечень моих персональных данных, на обработку которых я даю согласие: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, паспортные данные, ИНН, данные СНИЛС, адрес фактического проживания, адрес электронной почты, номер телефона (домашний, мобильный), реквизиты полиса медицинского страхования (ДМС), сведения о случаях обращения за медицинской помощью, данные о состоянии здоровья.

Настоящее согласие действует со дня подписания до дня его отзыва его в письменной форме. Хранение персональных данных осуществляется в течение срока хранения документации, установленного законодательством.

Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению, которое может быть либо направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручено лично под расписку представителю Оператора.

В случае отзыва указанного согласия Оператор обязуется прекратить обработку, а также уничтожить все имеющиеся персональные данные в сроки, установленные ФЗ «О персональных данных».

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

Я внимательно ознакомился(лась) с документом и понимаю, что «Добровольное согласие на обработку персональных» является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Пациент:

_____ _____

(подпись) (расшифровка подписи)

«_____» _____ 20_____г.

АМЕДЕОС+

УТВЕРЖДАЮ

Директор ООО Фирма «Амедеос»

_____ Андрианов Ю.А.

Заявление на получение результатов медицинских анализов по электронной почте

Я,_____ ____.____._____ г.р.,
(Ф.И.О.)

проживающий(-ая) по адресу: _____,
документ, удостоверяющий личность_____, серия _____, номер _____,
выдан _____
_____,
(дата и название выдавшего органа)

с целью ознакомления с результатами медицинских анализов, пройденных
мною / моим ребенком / подопечным _____
(ненужное зачеркнуть)
_____, _____._____._____ г.р.,

прошу Вас осуществить отправку информации о результатах медицинских анализов, сданных
в ООО ФИРМА «АМЕДЕОС», по электронной почте:

(адрес электронной почты ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)

Подписывая данное согласие, я проинформирован (а) о том, что электронная почта является незащищенным каналом. За несанкционированный доступ к моему почтовому ящику третьих лиц, утечку информации в ходе передачи по открытым каналам связи и неполучение отправленных результатов ООО ФИРМА «АМЕДЕОС» ответственности не несет.

Оставляю за собой право отозвать настоящее согласие посредством составления соответствующего письменного заявления.

Согласие, изложенное в Заявлении, вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока.

_____/ _____ «____» _____ 20___ г
(подпись) (расшифровка подписи)