

Уведомление о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) медицинской организации

Лечебно-профилактическое учреждение, в соответствии с п.15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 №1006, уведомляет о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинской организации- Лечебно-профилактического учреждения (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

С уведомлением ознакомлен(ы) до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

/ _____
подпись

ДОГОВОР № 520

на оказание платных медицинских услуг

г. Кисловодск

именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с одной стороны, и СКУ "Санаторий им. С.М.Кирова" именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Директора Кристалюк Л.Н. действующего на основании Устава с другой стороны, вместе также именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. СВЕДЕНИЯ ОБ ИСПОЛНИТЕЛЕ

Наименование и фирменное наименование: СКУ "Санаторий им. С.М.Кирова", Адрес места нахождения: 357700, Ставропольский край, г. Кисловодск, пр. Ленина, 23, Телефон: (87937) 6-70-40, факс (87937) 6-70-41, 2-50-04 E- mail: kirova_srp@profkurort.ru, Официальный сайт в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»: , Гос. регистрация юридического лица: Свидетельство Серия 26 № 00284768 от 26.11.2002г выдано: Инспекция МНС России по г. Кисловодск Ставропольского края, лицензия на осуществление медицинской деятельности ЛО-26-01-004839 от февраля 2019 года, выдана Министерством Здравоохранения Ставропольского края, Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией: оказание первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): 1) при оказании первичной и доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: дезинфектологии; лечебной физкультуре; медицинскому массажу; организации сестринского дела; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; стоматологии; физиотерапии; функциональной диагностике; 2)при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии; терапии; 4) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); урологии; физиотерапии; 3. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): 2) при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: терапии; 6. При оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении и организуются и выполняются работы (услуги) по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); дезинфектологии, детской кардиологии; диетологии; кардиологии; лечебной физкультуре; мануальной терапии; медицинскому массажу; неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; офтальмологии; педиатрии; профпатологии; психотерапии; пульмонологии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; стоматологии; терапии; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; 7. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): 1) при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); 3) при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Исполнитель берет на себя обязательства оказать Потребителю платные медицинские услуги, предусмотренные разделом 5 договора, а Потребитель (Заказчик или Законный представитель Потребителя) уплачивает Исполнителю вознаграждение в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

2.2. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя или его Законного представителя.

2.3. Платные услуги предоставляются после их предварительной оплаты в соответствии с разделом 5 настоящего договора.

2.4. Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу: 357700, Ставропольский край, г. Кисловодск, пр. Ленина, 23 в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006). Исполнитель вправе привлекать для оказания услуг по настоящему Договору третьих лиц (соисполнителей), имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности. В этом случае услуги могут оказываться по месту нахождения соисполнителей, а оплата оказанных услуг производится Потребителем Исполнителю.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Обеспечить Потребителя (Заказчика или Законного представителя Потребителя) бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о местонахождении Исполнителя (месте его государственной регистрации), режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

3.1.2. Оказывать Потребителю медицинские услуги, предусмотренные п. 2.1 настоящего Договора, надлежащего качества, в соответствии с требованиями (стандарты и требования к медицинским услугам на территории Российской Федерации), а при необходимости и дополнительные услуги в соответствии с требованиями (стандарты и требования к медицинским услугам на территории России).

3.1.3. Предупредить Потребителя (Заказчика или Законного представителя Потребителя) в случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором. Без согласия Потребителя (Заказчика или Законного представителя Потребителя) Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные платные медицинские услуги.

3.1.4. Предоставить Потребителю или его Законному представителю список своих сотрудников, обладающих специальным образованием и профессиональными навыками, которые будут оказывать медицинские услуги.

3.1.5. Не передавать и не показывать третьим лицам без согласия Потребителя или его Законного представителя находящуюся у Исполнителя информацию (документацию) о Потребителе.

3.1.6. Сотрудничать при оказании услуг по настоящему Договору с иными медицинскими учреждениями и специалистами.

3.1.7. Предоставлять Потребителю или его Законному представителю материалы и заключения о ходе оказания услуг в печатном виде.

3.1.8. Предоставлять Потребителю или его Законному представителю по его требованию и в доступной форме информацию: - о состоянии здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

- 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.

3.1.9. Давать при необходимости по просьбе Потребителя или его Законного представителя разъяснения о ходе оказания услуг.

3.2. Потребитель или его Законный представитель обязуется:

3.2.1. Перед оказанием платных медицинских услуг дать Исполнителю информированное добровольное согласие на оказание медицинских услуг (приложение №1).

3.2.2. Соблюдать Правила оказания платных медицинских услуг.

3.2.3. Во время нахождения на территории Исполнителя соблюдать Правила поведения в медицинском учреждении, установленные Исполнителем, если они не ограничивают его права по действующему законодательству и настоящему Договору.

3.2.4. По запросу Исполнителя предоставить ему необходимые документы и материалы, связанные с оказанием платных медицинских услуг.

3.2.6. Своевременно подписывать отчеты (акты) об оказании услуг Исполнителем.

3.2.7. В случае отказа от медицинских услуг (части медицинских услуг) уведомить об этом Исполнителя в письменной форме.

3.2.8. Уведомить Исполнителя в письменной форме о несоблюдении указаний, рекомендаций Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения.

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. Получать от Потребителя или его Законного представителя любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае не предоставления либо неполного или неверного предоставления Потребителем или его Законным представителем информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

3.3.2. Требовать от Потребителя соблюдения правил оказания медицинских услуг.

3.3.3. В случае отказа Потребителя или его Законного представителя от услуг, которые могли бы, по мнению Исполнителя, уменьшить или снять опасность для его здоровья, получить от Потребителя или его Законного представителя соответствующую расписку об отказе от медицинского вмешательства.

3.4. Потребитель или его Законный представитель имеет право:

3.4.1. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с п. 1.1 настоящего Договора.

3.4.2. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 N 1006).

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

3.6. Ознакомиться с информацией о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи размещена на стенде в организации Исполнителя, с которой можно ознакомиться при заключении договора.

4. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА

4.1. Подписываемые Сторонами отчеты (акты, результаты анализов, заключения) об оказании услуг являются подтверждением оказания услуг Исполнителем Потребителю.

4.2. Отчеты (акты, результаты анализов, заключения) представляются Исполнителем не позднее 7 дней со дня оказания услуг.

4.3. Потребитель или его Законный представитель обязуются рассмотреть и подписать отчеты (акты, результаты анализов, заключения), представленные Исполнителем, при их получении, при условии отсутствия у Потребителя или его Законного представителя каких-либо замечаний к оказанным Исполнителем услугам.

При наличии замечаний к оказанным Исполнителем услугам Потребитель или его Законный представитель указывает об этом в отчете (акте, результатах анализов, заключениях) и после устранения Исполнителем всех выявленных замечаний подписывает отчет (акт) и передает один экземпляр Исполнителю.

5. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

5.1. Стоимость Услуг устанавливается действующим прейскурантом и составляет:

Наименование услуг	Количество	Цена (без НДС), руб.	Сумма, руб. (без НДС)	Срок оказания услуги
		0		
Итого без НДС:				
Итого НДС:				
Всего (с учетом НДС):				

5.2. Оплата Услуг осуществляется Потребителем (Заказчиком или Законным представителем Потребителя) с его согласия в порядке 100-процентной предоплаты до получения Услуги путём использования национальных платежных инструментов, а также наличных расчетов по выбору Потребителя (внесение наличных денежных средств в кассу «Исполнителя» или по безналичному расчёту путём перечисления денежных средств на расчётный счёт «Исполнителя»).

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем или его Законным представителем за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора по вине Исполнителя, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя.

6.2. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам исполнения услуг Потребитель вправе по своему выбору:

- назначить новый срок оказания услуги;
- потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;
- потребовать исполнения услуги другим специалистом;
- расторгнуть настоящий Договор и потребовать возмещения убытков.

б.3. В случае отказа Потребителя (Заказчика или Законного представителя Потребителя) от получения медицинских услуг договор расторгается, Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика или Законного представителя Потребителя) о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель (Заказчик или Законный представитель Потребителя) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

6.4. Ни одна из Сторон не будет нести ответственность за полное или частичное неисполнение другой стороной своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

6.5. Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по Договору, обязана не позднее двух дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

7. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

7.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем перегово-
ров.

7.2. При не урегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством РФ.

8. ПОРЯДОК ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ И СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

8.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания договора, и действует до полного исполнения сторонами всех обязательств.

8.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию Сторон.

8.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон.

9. ИНЫЕ УСЛОВИЯ

9.1. Персональные данные, полученные от Потребителя или от его законного Представителя при заключении договора и в процессе его исполнения, обрабатываются в соответствии со статьей 6 и статьей 10 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» с учетом положений нормативных актов, регулирующих сроки хранения документов, содержащих персональные данные.

9.2. Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

9.3. Настоящий Договор составлен в количестве экземпляров, равном количеству сторон в договоре, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

10. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ЗАКАЗЧИК

ИСПОЛНИТЕЛЬ

СКУ "Санаторий им. С.М.Кирова"
357700, Ставропольский край, г. Кисловодск, пр. Ленина, 23
тел: (87937) 6-70-40, факс: (87937) 6-70-41, 2-50-04
E-mail: kirova_srp@profkurort.ru
ОГРН: 1022601318431 ОКАТО: 07415000000
ИНН/КПП: 2628037743 / 262801001
Филиал «Центральный» Банк ВТБ (ПАО) в г. Москве.
р/с 40703810600980000677
к/с 30101810145250000411
БИК:044525411

Директор _____ Кришталюк Л.Н.

М.П.

М.П.

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я _____ являясь Потребителем медицинских услуг,
в целях оказания платных медицинских услуг, даю согласие (не даю согласие) на обработку моих персональных данных
(ненужное вычеркнуть)
(персональных данных Потребителя), включая данные о состоянии моего здоровья (о состоянии здоровья Потребителя). Разрешаю
обработку и хранение персональных данных.

Потребитель (законный представитель Потребителя):

Болдырева О Н

(подпись)

« _____ » _____ 20 _____ г.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
при оказании платных медицинских услуг

Я _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

_____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

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 Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в **Частное обращение WEB**

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником **Бухгалтер кассир**

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

(дата оформления)

СКУ "Санаторий им. С.М.Кирова"
357700, Ставропольский край, г. Кисловодск, пр. Ленина, 23

Акт выполненных работ №

Ф И О :
Гражданство :
Заявка :

Оплата :

№	Наименование работы (услуги)	Ед. изм.	Количество	Цена	Сумма без НДС
1		Штук			
Итого без НДС:					
Итого НДС:					
Всего (с учетом НДС):					

Всего оказано услуг на сумму:

Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

Исполнитель:

_____ Кристалюк Л.Н.
М.П.

Заказчик:

_____ М.П.