**ДОГОВОР №**

**на оказание медицинских услуг**

г. Челябинск « » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

ООО «Клиника репродуктивной медицины», действующее на основании Свидетельства ОГРН 1067448012345 от 30.03.2006, выданным ИФНС по Курчатовскому району г. Челябинска, а также на основании лицензии № Л041-01024-74/00321582 от 22 мая 2018 г., выданной Министерством здравоохранения Челябинской области (г. Челябинск, ул. Кирова, 165, тел. +7 (351) 240-22-22), в лице администратора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности №<НомерДоверенности>, с одной стороны и гр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ именуемый в дальнейшем "Потребитель", с другой стороны, а вместе именуемые "Стороны", заключили настоящий договор о нижеследующем:

Предмет Договора

1.1. По настоящему договору Исполнитель оказывает медицинские услуги по своему профилю деятельности, согласно Прейскуранту цен на медицинские услуги (далее – Прейскурант), утвержденному в установленном порядке, действующим на момент получения услуги, а Потребитель обязуется оплатить оказанные услуги в сроки и порядке, указанные в **Дополнительном соглашении к договору**, являющимся его неотъемлемой частью.

1.2. Медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций и медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Потребителя.

1.3 Перечень и сроки оказания медицинских услуг, утверждаются Дополнительным соглашением к Договору (Приложение № 1), которое содержится в медицинской документации Пациента, оригинал которой хранится у Исполнителя, в соответствии с нормами права, регулирующими оказание медицинских услуг.

1.4. Сроки ожидания платных медицинских услуг составляют от 1 дня до 14 дней на отдельные виды медицинских вмешательств.

1.5. Платные медицинские услуги организуется и оказываются в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. № 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. № 1006", а также в соответствии со статьей 779 ГК РФ.

1.6. Подписав настоящий Договор, Потребитель подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе, в том числе с привлечением третьих юридических лиц, имеющих лицензию на оказание медицинских услуг,а также с которыми у Исполнителя заключены договоры на оказание медицинских услуг.

2. Права и обязанности Сторон

**2.1. Исполнитель обязуется:**

2.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в объеме, согласованном Сторонами, в соответствии с Перечнем оказываемых платных медицинских услуг, согласно п. 1.3. настоящего Договора.

2.1.2. Исполнитель обязан предупредить Потребителя, в случае, если требуются дополнительно оплачиваемые медицинские услуги.

2.1.3. Оказать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором, после внесения Потребителем денежных средств, в порядке, определенном разделом 3 настоящего Договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату.

2.1.4. Исполнитель обязан соблюдать врачебную тайну.

**2.2. Потребитель обязуется:**

2.2.1. Оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги.

2.2.2. Предоставить Исполнителю (в лице медицинского работника) все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. обо всех аллергических реакциях, принимаемых лекарственных препаратах, заключения и результаты диагностических обследований, выполненных в других медицинских организациях, которые могут повлиять на ход лечения.

2.2.3. При предоставлении медицинских услуг незамедлительно сообщать Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги, либо по телефону администратору медицинской организации по номеру +7(351)214-17-17) о любых изменениях самочувствия, в том числе о нежелательных реакциях на применение назначенных лекарственных препаратов, возникших осложнениях после медицинских манипуляций.

2.2.4. 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 телефону +7(351)214-17-17 администратору, не менее чем за 5 (пять часов) до времени начала их оказания.

2.2.5. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору.

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

2.2.7. Отказаться на весь период предоставления медицинских услуг по настоящему Договору, от употребления наркотиков и лекарств, их содержащих, психотропных препаратов, алкогольсодержащих напитков. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Исполнителем (медицинским работником) употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав и т. д.

2.2.8. Соблюдать внутренние правила нахождения в ООО «Клиника репродуктивной медицины», лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности

**2.3. Исполнитель имеет право:**

2.3.1. На перенос времени или даты оказания услуги Потребителю в случаях:

- состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения, или иных противопоказаний для оказания плановой медицинской помощи;

- в случае опоздания Потребителя более чем на 15 (пятнадцать) минут по отношению к назначенному времени получения услуги, без предупреждения Исполнителя за 5 (пять) часов до времени оказания услуги, в связи с невозможностью оказания качественной услуги в оставшееся для приема время.

2.3.2. На задержку приема не более 15 минут в связи с непрогнозируемой сложностью оказания медицинской помощи предыдущему пациенту или возникновением необходимости оказания неотложной помощи.

**2.4. Потребитель имеет право:**

2.4.1. В доступной для него форме получать имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагностике, прогнозе, методах лечения, связанном риске, вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

2.4.2. На устранение недостатков оказанных услуг в разумный срок, согласно статье 30 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1«О защите прав потребителей».

2.4.3. На возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью Потребителю в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3. Цена и порядок оплаты услуг

3.1. Стоимость платных медицинских услуг, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом на момент получения услуги, с которым Потребитель ознакомлен на сайте медицинской организации или у администраторов клиники, до подписания Дополнительного соглашения (Приложение № 1) к настоящему Договору.

3.2. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, [стоимость услуг может быть изменена](http://www.uristhome.ru/document/33/protokol-soglasheniya-po-dogovornoi-tsene) при получении устного согласия Потребителя, с фиксацией в медицинской документации пациента и подтверждением факта оказания услуги в Акте выполненных работ.

3.3. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Потребителем в день подписания Акта выполненных работ с подтверждением факта оказания услуг, любым удобным законным способом, на отдельные медицинские услуги может быть установлена частичная предоплата, во время записи на прием.

3.4. Потребитель обязан подписать Акт выполненных работ с полным перечнем оказанных услуг или представить свои мотивированные возражения в течение 3 (трех) рабочих дней. В случае не предоставления Потребителем мотивированных возражений в указанный срок услуги считаются оказанными в полном объеме и с надлежащим качеством.

4. Ответственность сторон

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

4.2. 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; нарушении графика приема медицинских сотрудников; невыполнении или нерегулярном выполнении назначений и рекомендации, выданных медицинским работником Исполнителя; самовольное прерывание лечения, самолечения Потребителя.

4.3. Исполнитель может быть освобожден от ответственности в случаях прерывание лечения по причинам, связанным с нарушением Потребителем условий по настоящему договору.

4.4. Потребитель подтверждает, что до подписания настоящего Договора он информирован Исполнителем путем размещения информации на интернет сайте медицинской организации: www.clinica-repromed.ru, на стенде - стойке в зале ожидания, через администратора о следующем:

- 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;

- ознакомлен с перечнем медицинских организаций, с которыми у ООО «Клиника репродуктивной медицины» заключены договоры в целях оказания медицинских услуг, в том числе в целях контроля качества медицинской услуги;

 - ознакомлен с Правилами внутреннего распорядка ООО «Клиника репродуктивной медицины», обязательными для исполнения на территории медицинской организации

- информирован 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.

4.5. Подписав настоящий Договор, Потребитель подтверждает, что он осознает, что медицинские услуги входят в территориальную программу государственных гарантий и он может их получить бесплатно по месту прикрепления в медицинской организации, но желает получить эту услугу платно в ООО «Клиника репродуктивной медицины».

4.6. При возникновении неразрешённых в переговорах разногласий у Сторон по вопросу качества оказанных Потребителю услуг, Потребитель должен предъявить письменную претензию.

4.7. Исполнитель определил порядок и условия выдачи Потребителю после исполнения договора Исполнителем медицинских документов: заключение врача-специалиста на бланке с подписью врача, в котором содержится диагноз, обследование и лечение (назначения лекарственных средств и рекомендации по режиму). Иные медицинские документы: 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, без взимания дополнительной платы, в соответствии с сроками и условиями, утвержденными Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. N 789н "Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них".

4.7. Все споры, возникающие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

5. Порядок изменения и расторжения Договора

5.1. 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.

5.2.  При отказе Потребителя от получения медицинских услуг по настоящему Договору, Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

6. Заключительные положения

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

6.2. Договор вступает в силу даты его заключения и действует по «31» декабря 2024г. включительно, а в части взаиморасчетов — до полного исполнения Сторонами своих обязательств. Если не менее, чем за один месяц до окончания срока действия настоящего Договора, ни одна из Сторон не направит другой Стороне уведомление о прекращении настоящего Договора, настоящий Договор автоматически пролонгируется на один год.

6.3 Срок хранения договора в ООО «Клиника репродуктивной медицины» 5 лет.

6.4. Потребитель согласен получать sms- и e-mail-сообщения по медицинским услугам Клиники при условии, что он имеет право отказаться от данной рассылки путем направления в письменной форме уведомления Исполнителю.

1. **РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель**:ООО «Клиника репродуктивной медицины»454092, г. Челябинск, ул. Карла Либкнехта, 20А8(351)214-17-17, 89220123456ОГРН 1067448012345ИНН 7453159296; КПП 745301001БИК 044525976Р/с 4070281042400007317в АКБ «АБСОЛЮТ БАНК» (ПАО) г. Москвак/с 30101810500000000976\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/<ФамилияИнициалыАдминистратора>/ | **Потребитель**:<ПАЦИЕНТ\_ФИО\_ПОЛНОЕ>Паспорт <ПАСПОРТ\_СЕРИЯ> № <ПАСПОРТ\_НОМЕР>Выдан <ПАСПОРТ\_ДАТА\_ВЫДАЧИ> <ПАСПОРТ\_ВЫДАН>Проживающий по адресу: <ПАЦИЕНТ\_АДРЕС\_РЕГИСТРАЦИИ>Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ <ПАЦИЕНТ\_ФИО>/« <ДАТА\_Д> » <ДАТА\_М> <ДАТА\_Г> г. |

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я, **<ПАЦИЕНТ\_ФИО\_ПОЛНОЕ>,**

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

<ПАЦИЕНТ\_ГОД\_РОЖДЕНИЯ>  г. рождения, зарегистрированный по адресу: **<ПАЦИЕНТ\_АДРЕС\_РЕГИСТРАЦИИ>**

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                        (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

Даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в [Перечень](https://normativ.kontur.ru/document?moduleid=1&documentid=198250" \l "l2) 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 23.04.2012г. N 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 **Общество с ограниченной ответственностью «Клиника репродуктивной медицины»**

 Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (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 последствий, 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 статья 20 ФЗ от 21.11.2011 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 21.11.2011 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 моей 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\_Д> » <ДАТА\_М> <ДАТА\_Г> г.

 (дата оформления)

**СОГЛАСИЕ СУБЪЕКТА**

**на обработку персональных данных**

|  |  |
| --- | --- |
| Я, | **<ПАЦИЕНТ\_ФИО\_ПОЛНОЕ> ,** |
|  | (фамилия, имя, отчество субъекта полностью) |
| проживающий/ая по адресу: | **<ПАЦИЕНТ\_АДРЕС\_РЕГИСТРАЦИИ>** |
|  | (адрес регистрации) |
| паспорт: | серия | **<ПАСПОРТ\_СЕРИЯ>** | номер | **<ПАСПОРТ\_НОМЕР>** | выдан | **<ПАСПОРТ\_ДАТА\_ВЫДАЧИ>** |
|  |  |  |  |  |  | (сведения о дате выдачи) |
|  | **<ПАСПОРТ\_ВЫДАН>** | (далее – **Субъект),** |
| (сведения о выдавшем паспорт органе) |  |  |

в соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ № 152-ФЗ от 27.07.06 г., даю согласие ООО «Клиника репродуктивной медицины» (далее – **Оператор**), расположенному по адресам:

454092, г. Челябинск, ул. Карла Либкнехта, д. 20А,

454018, г. Челябинск, ул. Братьев Кашириных, 76,

а также на основании п.2.3.2 договора Соисполнителям, имеющим договор с ООО «Клиника репродуктивной медицины» для оказания медицинских услуг Субъекту:

ООО «Ситилаб-Урал» (620023, г. Екатеринбург, ул. Щербакова, д.39)

ООО «ПМТ-Лаборатория» (454138, г. Челябинск, пр-кт Комсомольский, д.45А)

ООО МЦ «Лотос» (454080, г. Челябинск, ул. Энгельса, д.4)

ГАУЗ «ОКБ №3» (454136, г. Челябинск, пр. Победы, д.287)

на обработку моих персональных данных (см. п.4) и персональных данных моего подопечного лица (ребенка, недееспособного гражданина): <ПАЦИЕНТ\_ФИО\_ПОЛНОЕ> на следующих условиях:

1. **Субъект** дает согласие на обработку **Оператором** своих персональных данных и персональных данных подопечного лица, то есть на сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, блокировку и уничтожение, в том числе с помощью средств автоматизации, своих персональных данных, при этом общее описание вышеуказанных способов обработки данных приведено в ФЗ № 152-ФЗ от 27.07.2006 г.
2. **Оператор** обязуется использовать данные **Субъекта** и **его подопечного лица** исключительно в целях оказания медицинских услуг подопечного лица **Субъекта** в рамках заключенных с **Субъектом** договоров. **Оператор** может раскрыть правоохранительным органам любую информацию по официальному запросу в случаях, установленных законодательством в стране проживания **Субъекта**.
3. Перечень персональных данных, передаваемых **Оператору** на обработку:
* фамилия, имя, отчество **Субъекта** и **подопечного лица Субъекта**;
* дата, месяц, год рождения **Субъекта** и **подопечного лица Субъекта**;
* паспортные данные;
* номер ИНН;
* адрес регистрации;
* контактные телефоны;
* сведения о состоянии здоровья **подопечного лица Субъекта**;
* сведения полиса ДМС;
* электронная почта.
1. **Субъект** персональных данных по письменному запросу имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных и данных своего **подопечного лица** (в соответствии с п. 4 ст. 14 ФЗ №152-ФЗ от 27.07.2006 г.).
2. **Субъект** персональных данных имеет право отозвать данное согласие, направив в адрес **Оператора** письменное заявление об отзыве согласия на обработку персональных данных. При поступлении **Оператору** заявления **Субъекта** об отзыве согласия, **Оператор** обязан прекратить обработку персональных данных в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате ранее оказанных подопечному лицу **Субъекта** медицинских услуг.
3. **Субъект** уведомлен о том, что отказ от предоставления согласия на обработку своих персональных данных и персональных данных **подопечного лица Субъекта** влечет за собой невозможность предоставления медицинских услуг **Субъекту**.
4. Срок хранения персональных данных **Субъекта** и **подопечного лица Субъекта** соответствует сроку хранения медицинских документов и составляет *пять* лет.
5. Настоящее согласие действует с настоящего момента до достижения целей обработки данных (закрытия всех договоров между **Субъектом** и **Оператором)**.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| « <ДАТА\_Д> » <ДАТА\_М> <ДАТА\_Г> г |  |  |  |  | <ПАЦИЕНТ\_ФИО\_ПОЛНОЕ> |
| дата |  |  | подпись |  | расшифровка подписи |