

ДОГОВОР № _____
на оказание платных разовых медицинских услуг

г. Санкт-Петербург

« ____ » _____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «ДЕТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР «ВИРИЛИС», зарегистрированное по адресу: 198303, г. Санкт-Петербург, Ленинский проспект д.108, корп.1, лит. А, пом.12Н, созданное и существующее по законодательству Российской Федерации, зарегистрированное в Едином государственном реестре юридических лиц, за регистрационным номером 1167847117074 от «02» марта 2016 года, именуемое в дальнейшем «**Учреждение**», действующее в соответствии с лицензией № Л041-01148-78/00309216 от «03» октября 2016 года, выданной Комитетом по здравоохранению города Санкт-Петербурга на осуществление медицинской деятельности, в лице Генерального директора Селивановой Екатерины Владиславовны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

ЗАКАЗЧИК: СОВЕРШЕННОЛЕТНИЙ ПАЦИЕНТ ИЛИ ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ПАЦИЕНТА

ФИО совершеннолетнего пациента или законного представителя несовершеннолетнего пациента			
Основной контактный телефонный номер		Дополнительный телефонный номер	
Основной контактный адрес электронной почты			
Адрес проживания совершеннолетнего пациента			

именуемый далее – «Заказчик»,

ПАЦИЕНТ: НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИЙ, В ИНТЕРЕСАХ КОТОРОГО ДЕЙСТВУЕТ ЗАКАЗЧИК

ФИО несовершеннолетнего пациента	
Дата рождения несовершеннолетнего пациента	
Адрес проживания несовершеннолетнего пациента	

Именуемый далее – «Пациент», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему Договору Учреждение, действуя с добровольного согласия Заказчика или законного представителя Пациента, обязуется оказать Пациенту медицинские услуги, в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья (далее по тексту – «Услуги»), а Заказчик обязуется оплатить данную помощь.

1.2. Детализация Услуг, оказываемых Пациенту в рамках настоящего Договора (наименование услуги, стоимость), указывается в Акте оказанных услуг.

1.3. В случае если при предоставлении Услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются в соответствии с «Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утв. Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 года № 1006.

2. ПЕРЕЧЕНЬ И СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ ОПЛАТЫ И ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1. Стоимость Услуг, предоставляемых Пациенту по настоящему Договору, определяется Прейскурантом Учреждения, действующим на дату оказания Услуг. Прейскурант размещен для ознакомления на информационном стенде по месту оказания услуг Учреждением, а также доступен для ознакомления на сайте Учреждения в сети интернет.

2.2. Заказчик обязуется оплатить предоставляемые Услуги в полном размере, в день оказания Услуг.

2.3. Оплата осуществляется в валюте РФ путем внесения наличных денежных средств в кассу Учреждения или безналичным путем, посредством перечисления денежных средств по платёжным реквизитам Учреждения.

2.4. В случае отказа Заказчика от предоставления Услуг до начала их выполнения и/или завершения Учреждением, а также при иных основаниях прекращения обязательств по настоящему Договору, возврат денежных средств осуществляется с учетом фактически понесенных расходов Учреждения по исполнению Договора, рассчитанных по действующему Прейскуранту на момент расторжения Договора, без учета скидок.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. **Учреждение обязуется:**

3.1.1. Оказывать Услуги в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность № Л041-01148-78/00309216 от «03» октября 2016 года.

3.1.2. Орган, регламентирующий лицензирование медицинской деятельности: Комитет по здравоохранению – г. Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая, д. 1, тел. (812) 595-89-79.

3.1.3. В период действия настоящего Договора, оказывать Услуги, предусмотренные настоящим Договором, в согласованное с Заказчиком время.

3.1.4. В случаях, предусмотренных законодательством РФ, оказывать Услуги Пациенту в присутствии его Законного представителя (опекуна, попечителя).

3.1.5. Обеспечивать реализацию всех прав Пациента в соответствии с «Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан».

3.1.6. При оказании Услуг использовать методы, оборудование, инструментарий и материалы, разрешенные к применению в РФ, имеющие соответствующие сертификаты и не истекшие сроки годности.

3.2. **Учреждение имеет право:**

3.2.1. Изменять перечень услуг и их стоимость, уведомив об этом Заказчика.

3.2.2. Отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору в одностороннем порядке при объективной невозможности обеспечить предоставление требуемой Услуги, включая возникновение медицинских противопоказаний для оказания

медицинской помощи и/или невозможность обеспечить ее безопасность (за исключением случаев необходимости оказания экстренной медицинской помощи).

3.2.3. Привлечь для оказания Услуг по настоящему Договору специалистов из других медицинских учреждений, имеющих с Учреждением соответствующие договоры.

3.3. **Заказчик имеет право:**

3.3.1. В доступной для него форме получить полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья / о состоянии здоровья Пациента, включая сведения о наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, а также о возможных и предлагаемых методах лечения, связанном с ними риске, их последствиях и ожидаемых результатах лечения.

3.3.2. Требовать предоставления необходимой информации в порядке, установленном законодательством РФ.

3.3.3. Отказаться от медицинского вмешательства на любом этапе его подготовки и проведения, в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

3.3.4. Отказаться от исполнения настоящего Договора в любое время при условии оплаты Учреждению фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору.

3.4. **Заказчик обязуется:**

3.4.1. Выполнять рекомендации Учреждения, направленные на обеспечение качества предоставляемых Услуг.

3.4.2. До оказания Услуг предоставить Учреждению письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. В случае отказа Заказчика от подписания формы Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство Учреждение вправе отказать в оказании медицинских услуг. Заказчик вправе отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители. При отказе от медицинского вмешательства Заказчику в доступной для него форме разъясняются возможные последствия такого отказа.

3.4.3. При оформлении настоящего Договора предъявить Учреждению документ, удостоверяющий личность и документ, подтверждающий отношение к Пациенту (свидетельство о рождении, удостоверение опекуна или попечителя, доверенность).

3.4.4. При последующих посещениях Учреждения предъявлять документ, удостоверяющий личность.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. Стороны несут ответственность за неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.2. Вред, причиненный жизни и здоровью Пациента в результате оказания некачественной Услуги подлежит возмещению Учреждением в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.3. Учреждение освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения Заказчиком обязанностей, предусмотренных настоящим Договором, или по другим основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

4.4. Учреждение не несет ответственности за возможные осложнения, побочные реакции, снижение показателей результативности лечения вследствие нарушения Заказчиком обязанностей по выполнению назначений и рекомендаций специалистов и информированию специалистов о перенесенных заболеваниях, известных аллергических реакциях и противопоказаниях, а равно в случае заказа Услуг непосредственно у специалиста Учреждения в нарушение установленного порядка оказания Услуг.

4.5. Все споры и разногласия, возникшие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров между Сторонами, а в случае не достижения согласия – в суде общей юрисдикции по правилам подведомственности и подсудности, установленным гражданским процессуальным законодательством.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ

5.1. Настоящий Договор вступает в силу с даты подписания и действует один календарный год. Если ни одна из Сторон не известила другую в письменной форме до окончания срока настоящего Договора о намерении его расторгнуть, Договор автоматически продлевается на один последующий год. Количество пролонгаций не ограничено.

5.2. Настоящий Договор может быть изменен либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон.

5.3. Заказчик вправе в любое время отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору в одностороннем порядке, при условии оплаты Учреждению фактически понесенных расходов по исполнению Договора в порядке, предусмотренном настоящим Договором. В данном случае Заказчик обязан в письменном виде уведомить об этом Учреждение за 15 (пятнадцать) дней до предполагаемой даты расторжения Договора.

5.4. Настоящий Договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по настоящему Договору и/или по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

6.1. Несоблюдение указаний (рекомендаций) Учреждения, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемых Услуг, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

6.2. Заказчик ознакомлен с перечнем медицинских услуг, прейскурантом оказываемых медицинских услуг, условиями предоставления скидок, условиями предоставления и получения Услуг, а также сведениями о квалификации и сертификации специалистов Учреждения.

6.3. Заказчик подтверждает, что ему предоставлена полная, достоверная и доступная информация об оказываемых Услугах, о виде деятельности Учреждения, номере лицензии, сроках действия лицензии, а также информация об органе, выдавшем указанную лицензию.

6.4. Ни одно из положений настоящего Договора не должно истолковываться как ущемляющее права Пациента по сравнению с правилами, установленными законами или иными правовыми актами Российской Федерации в области защиты прав потребителей.

6.5. В целях проверки и установления соответствия качества оказания Услуг Учреждение вправе передавать компетентным специалистам (или экспертам) по профилю оказываемых услуг всю медицинскую документацию и сообщать иную необходимую информацию, связанную с оказанием услуги Пациенту.

6.6. Стороны устанавливают, что настоящий Договор, дополнительные соглашения к нему, иная сопутствующая документация по исполнению Договора, могут быть подписаны с помощью средств механического или иного копирования (в том числе факсимильного воспроизведения подписи), в электронном виде с использованием инструментов электронной подписи (в том числе электронно-цифровой подписи, простой цифровой подписи) либо иного аналога собственноручной подписи при наличии соответствующих технических возможностей Учреждения. Сторонами признается юридическая сила документов, подписанных аналогами собственноручной подписи, равнозначной документам на бумажном носителе, подписанным собственноручной подписью. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

7. СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

- 7.1. В соответствии с требованиями Ст. 9 ФЗ от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку Учреждением (далее – Оператор) моих персональных данных (включая персональные данные лица, законным представителем которого я являюсь), включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты полиса ОМС (ДМС), паспортные данные, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг (далее – ПД).
- 7.2. В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои ПД, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения.
- 7.3. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с ПД, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать ПД посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).
- 7.4. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) ПД с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения ПД соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие действует бессрочно.
- 7.5. Я оставляю за собой право отозвать настоящее согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.
- 7.6. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку ПД, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанных Услуг.

8. СОГЛАСИЕ НА ОТПРАВКУ СООБЩЕНИЙ

Даю согласие на получение от Учреждения информации на телефонный номер, путем отправки смс-сообщений, входящих звонков оператора Учреждения или входящих звонков автоинформатора Учреждения, на электронную почту или в WhatsApp путем отправки электронных писем и сообщений следующего содержания. Все сообщения являются для Заказчика (Пациента) бесплатными и оплачиваются исключительно за счет отправителя:

- Информация о результатах лабораторных исследований (передается только на электронную почту, не сообщается по телефону)
- Информация о дисконтных мероприятиях (акциях, скидках)
- Информация о записи на прием (уведомления о предстоящей записи либо ее отмене / переносе)
- Информация о новых консультациях, диагностических или лечебных услугах
- Информация об изменении режима работы Учреждения
- Официальная информация от лица Администрации Учреждения

9. СОГЛАСИЕ НА ФОТО И ВИДЕОСЪЕМКУ

Даю согласие на фото, видеосъемку несовершеннолетнего гражданина, законным представителем которого я являюсь, в период: с даты подписания настоящего Договора до истечения срока исполнения настоящего Договора, если соответствующий отказ не будет заявлен ранее, без выплаты вознаграждения Учреждению, для последующего использования фото, видеозаписей в целях:

- размещения на сайте и в группах социальных сетей Учреждения;
- размещения на информационной и/или рекламных стендах Учреждения;
- размещения в рекламных роликах Учреждения в Интернете,
- а также иными способами, предусмотренными статьей 1270 Гражданского Кодекса РФ.

Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению. Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в интересах несовершеннолетнего.

10. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

10.1 Режим работы и порядок оказания Учреждением услуг по Договору

- Учреждение по настоящему Договору оказывает медицинские услуги Заказчику (Пациенту) на дому (по адресу проживания Заказчика /Пациента, указанному в Договоре) или в медицинском центре Учреждения.
- Учреждение оказывает услуги на дому по настоящему Договору в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Учреждения и доводятся до сведения Заказчика (Пациента). Время работы учреждения указано на официальном сайте Учреждения, www.virilismed.ru в разделе «Контакты».
- Вызов врача на дом Заказчиком / Пациентом осуществляется по телефону 331-88-94 либо на сайте Учреждения через формы обратной связи, формы вызова врача на дом или чат. Через сообщения или чат в группе ВКонтакте Учреждения.
- Предоставление услуг по Договору осуществляется только в порядке предварительной записи.

10.2. Обязанности Заказчика (Пациента) по выполнению Договора

- Заказчик (Пациент) должен быть готов к процедуре оказания услуг
- При оказании услуг на дому – быть дома и обеспечить доступ в помещение врачу или другому представителю Учреждения в заранее согласованный интервал времени.
- Обеспечить возможность медицинскому персоналу осмотреть Пациента и оказать намеченные медицинские услуги.
- Если при визите на дом врачу или другому представителю Учреждения Заказчиком (Пациентом) не был предоставлен доступ в помещение или возможность осмотреть Заказчика (Пациента) и оказать услуги, услуги считаются выполненными.
- Если на момент приезда бригады с лаборантом на дом не были собраны анализы, услуга «забор анализов на дому» считается выполненной.
- При предоставлении услуги «вакцинация» представитель пациента обязан иметь допуск к вакцинации от врача Учреждения. Допуски на вакцинацию от специалистов других медицинских учреждений не принимаются. Если в ходе оказания услуги «вакцинация» врач Учреждения обнаружит симптомы, препятствующие проведению Заказчику (Пациенту) процедуры, услуга «Консультация врача по иммунопрофилактике» считается выполненной.

- Заказчик (являющийся законным представителем Пациента) должен полно и откровенно информировать специалистов Учреждения об истории жизни и заболеваниях Пациента, в том числе предоставлять информацию по запросам специалистов определенном ими объеме и сроках.
- Заказчик (Пациент) должен лично являться к специалисту Учреждения, в случае, если это назначено специалистом, и точно выполнять назначения и рекомендации специалистов Учреждения
- При отказе от предлагаемого Заказчику (Пациенту) медицинского вмешательства, Заказчик (Пациент) должен подписать оформленный в медицинской карте текст информационного отказа (с предупреждением о возможных последствиях такого отказа).
- При возникновении каких-либо осложнений, прямо или косвенно связанных с выполнением медицинских услуг, в том числе в случае непредвиденной госпитализации в другое медицинское учреждение, Заказчик (Пациент) предоставляет Учреждению информацию об этом в минимально короткий срок (в течение не более чем 3 календарных дней) в диспетчерскую службу.

Условия и порядок предоставления медицинских услуг мне разъяснены и понятны. С условиями и порядком предоставления медицинских услуг согласен (-сна).

11. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

УЧРЕЖДЕНИЕ

ООО «ДМЦ «ВИРИЛИС»

Юридический адрес: 198303, г. Санкт-Петербург, Ленинский проспект д.108, корп.1, лит. А, пом.12Н.

Фактический (почтовый) адрес: 198303, г. Санкт-Петербург, Ленинский проспект д.108, корп.1, лит. А, пом.12Н.

тел./факс: (812) 331-88-94

эл.почта: dmcvirilis@yandex.ru

официальный сайт

www.virilimed.ru

официальная группа ВКонтакте

vk.com/virilil

ИНН 7806225370 КПП 780501001

р/с 40702810332060008865

в ФИЛИАЛ "САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ" АО "АЛЬФА-БАНК" Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

к/с 30101810600000000786

БИК 044030786

Генеральный директор

_____/Селиванова Е.В./

М.П.

ЗАКАЗЧИК

(ФИО полностью)

Паспорт: серия _____ номер _____

Выдан: _____

Зарегистрирован (-на) по адресу: _____

Адрес места жительства (фактический): _____

Контактная информация:

Телефон: _____

Email: _____

подпись/ФИО

Ваш детский медицинский центр:
«ВИРИЛИС», расположен по адресу: 198303, г. Санкт-Петербург,
Ленинский проспект д.108, корп.1, лит. А

Virilimed.ru
Vk.com/virilil
331-88-94