

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг
по программам медицинского обслуживания

г. Санкт-Петербург

« ____ » _____ 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 (срок действия - бессрочно), 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

ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ПАЦИЕНТА

| | | | |
|--|--|------------------------------------|--|
| ФИО отца / матери Несовершеннолетнего гражданина | | | |
| Основной контактный телефонный номер | | Дополнительный телефонный номер | |
| Основной контактный адрес электронной почты | | | |

именуемый далее – «Представитель пациента», действующий в интересах

ПАЦИЕНТ: НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИЙ, В ИНТЕРЕСАХ КОТОРОГО ДЕЙСТВУЕТ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПАЦИЕНТА

| | |
|---|--|
| ФИО Несовершеннолетнего гражданина | |
| Дата рождения несовершеннолетнего гражданина | |
| Адрес проживания несовершеннолетнего гражданина | |

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

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Учреждение обязуется оказывать Пациенту медицинские услуги согласно Программе медицинского обслуживания,

| | |
|--|--|
| Название программы Медицинского обслуживания | |
|--|--|

Далее – «Программа», являющейся Приложением №1 к настоящему Договору (далее «Услуги»), а Представитель пациента обязуется своевременно оплачивать Услуги. Услуги, оказываемые Учреждением, отвечают требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, и разрешены на территории РФ.

1.2. Перечень и стоимость Услуг, предоставляемых Пациенту по настоящему Договору, определяются Программой и действующим Прейскурантом Учреждения. Пациенту могут быть оказаны и иные услуги, количество и стоимость которых согласовывается Сторонами дополнительно и оформляется дополнительными соглашениями к настоящему Договору.

2. СУММА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

2.1. Стоимость Услуг, подлежащих оплате по Договору, определяется выбранной Программой и составляет:

| | |
|---|--------------------------------------|
| Стоимость Программы Указывается цифрой в рублях НДС не облагается | Рублей, 00 копеек, НДС не облагается |
|---|--------------------------------------|

| | |
|--|--|
| 2.2. Пациенту предоставляется дополнительная скидка в размере: | |
|--|--|

| | |
|---|--|
| 2.3. Стоимость Программы увеличивается с учетом коэффициента удаленности: | |
|---|--|

2.4. Итого стоимость Программы:

| | |
|---|--------------------------------------|
| СТОИМОСТЬ ПРОГРАММЫ С УЧЕТОМ СКИДКИ И КОЭФФИЦИЕНТА УДАЛЕННОСТИ | Рублей, 00 копеек, НДС не облагается |
| ИТОГОВАЯ СУММА | Рублей, 00 копеек, НДС не облагается |

| | |
|----------------|--|
| СУММА ПРОПИСЬЮ | |
|----------------|--|

Данная стоимость является специальной и применяется только при полном использовании всего комплекса Услуг в период действия Договора. В случае досрочного расторжения Договора, а также при иных основаниях отказа от исполнения обязательств по Договору, возврат денежных средств осуществляется с учетом расходов за оказанные Услуги, рассчитанных по действующему Прейскуранту на момент расторжения Договора, без применения скидок.

2.5. Оплата Услуг по настоящему Договору производится Представителем пациента:

- единовременно - в несколько этапов

2.6. Условия поэтапной оплаты (заполняется в случае, если в п. 2.5 указано, что оплата производится в несколько этапов):

| | | | |
|---------|--------|------------|-------|
| 1 взнос | Сумма: | В срок до: | Дата: |
| 2 взнос | Сумма: | В срок до: | Дата: |
| 3 взнос | Сумма: | В срок до: | Дата: |

2.7. Оплата Услуг по настоящему Договору производится Представителем пациента до оказания Услуг.

2.8. Оплата производится в рублях, наличными деньгами в кассу Учреждения, или путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет Учреждения.

2.9. Днем оплаты считается день поступления денежных средств в кассу или на расчетный счет Учреждения.

2.10. При неуплате очередного взноса, указанного в п. 2.6 настоящего Договора, действие Договора приостанавливается до момента уплаты взноса. Действие договора возобновляется с 00 часов дня, следующего за днем зачисления платежа по взносу, в кассу или на расчетный счет Учреждения. Период, в который действие Договора было приостановлено, включается в общий срок действия Договора, предусмотренный в п. 3.3 Договора.

3. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

3.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента уплаты первого взноса согласно п. 2.6. настоящего Договора.

3.2. В отношении новорожденных Пациентов Договор вступает в силу с момента выписки ребенка из ЛПУ (родильный дом или стационар) на амбулаторное наблюдение.

3.3. Срок действия Договора устанавливается продолжительностью 1 (один) календарный год с момента его вступления в силу.

| | |
|----------------------|-----|
| Договор действует с: | По: |
|----------------------|-----|

3.4. Существенным условием настоящего Договора признается условие о территории действия Договора. При оказании Услуг Пациенту на дому, территорией действия договора считается адрес проживания Пациента (несовершеннолетнего гражданина), указанный в настоящем Договоре.

3.5. Территория действия Договора не подлежит изменению в течение срока действия Договора. Если в период действия Договора возникает необходимость в обслуживании Пациента на иной территории действия, Стороны подписывают дополнительное соглашение к Договору, для оказания медицинских Услуг на иной территории. Данное дополнительное соглашение составляется и подписывается Сторонами только на основании письменного заявления Представителя пациента. В данном дополнительном соглашении в обязательном порядке указываются условия оказания Услуг на новой территории: сроки, объемы Услуг, стоимость Услуг.

3.6. Договор прекращает свое действие в случаях:

3.6.1. Истечение срока действия Договора;

3.6.2. Исполнение Учреждением своих обязательств по Договору в виде выполнения полного объема Услуг по Программе, согласно Приложению №1 к настоящему Договору;

3.6.3. По инициативе Представителя пациента. При досрочном расторжении Договора, Представитель пациента обязан в письменной форме уведомить Учреждение за 15 (пятнадцать) дней до предполагаемой даты расторжения Договора.

3.6.4. В других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

3.7. Договор может быть продлен в случае, если Представитель пациента в течение 30 календарных дней после окончания действия Программы производит оплату любой другой Программы Учреждения. При этом условия обслуживания по вновь приобретенной Программе прописываются в дополнительном соглашении к настоящему Договору.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Учреждение обязуется:

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

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

4.1.3. Оказывать Услуги в период действия настоящего Договора, в согласованное с Представителем пациента время.

4.1.4. В случаях, предусмотренных законодательством РФ, оказывать Услуги Пациенту в присутствии его законного Представителя (родителя, опекуна, попечителя).

4.1.5. Обеспечить реализацию всех прав Пациента, в соответствии с «Основными законодательства РФ об охране здоровья граждан».

4.1.6. При оказании Услуг использовать методы, оборудование, инструментарий и материалы, разрешенные к применению в РФ, имеющие соответствующие сертификаты и действующие на момент оказания услуг сроки годности.

4.2. Учреждение имеет право:

4.2.1. 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).

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

4.3. Представитель пациента имеет право:

4.3.1. В доступной для него форме получить полную и достоверную информацию о состоянии здоровья Пациента, включая сведения о наличии заболевания, диагнозе и прогнозе, а также о возможных и предлагаемых методах лечения, связанных с ними рисках, последствиях и ожидаемых результатах.

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

4.3.3. Отказаться от медицинского вмешательства, предлагаемого Пациенту, на любом этапе подготовки и проведения вмешательства, в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

4.3.4. Отказаться от исполнения настоящего Договора в любое время при условии оплаты Учреждению фактически понесенных расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору. Отказ от получения оплаченных Услуг возможен только в форме письменного заявления Представителя пациента. Сумма оплаты Услуг, фактически оказанных Учреждением Пациенту, исчисляется исходя из Прейскуранта Учреждения, действующего на дату возврата денежных средств, без применения скидок.

4.3.5. Возврат денежных средств осуществляется путем их перечисления со счета Учреждения на счет Представителя пациента, для этого Представитель пациента обязан предоставить Учреждению банковские реквизиты своего расчетного счета.

4.4. Представитель пациента обязуется:

4.4.1. Выполнять рекомендации Учреждения, направленные на обеспечения качества оказываемых Услуг.

4.4.2. Ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

4.4.3. При оформлении настоящего Договора предъявить Учреждению документ, удостоверяющий личность Представителя пациента и документ, подтверждающий, что Представитель является законным по отношению к пациенту (свидетельство о рождении Пациента или свидетельство об установлении отцовства (материнства), где Представитель указан как родитель, либо удостоверение опекуна или попечителя)

4.4.4. Представителем пациента может являться гражданин, предъявивший действующую нотариальную доверенность от Законного представителя пациента, дающую право совершать соответствующие действия в отношении Пациента.

4.4.5. При получении Пациентом Услуг, по требованию представителей Учреждения предъявлять документ, удостоверяющий личность.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

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

5.2. Представитель пациента вправе предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора, иные требования в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. 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.

5.4. Учреждение не несет ответственности за возможные осложнения, побочные реакции, снижение показателей результативности лечения, возникшие у Пациента вследствие нарушения Представителем пациента обязанностей по выполнению назначений и рекомендаций специалистов и информированию специалистов о перенесенных Пациентом заболеваниях, известных аллергических реакциях и противопоказаниях.

5.5. При невыполнении Представителем пациента обязательств по Договору, указанных в п. 4.4, а также при грубом нарушении обязанностей Представителя пациента, указанных в Порядке предоставления медицинских услуг, п. 10.2 настоящего Договора, Учреждение имеет право в одностороннем порядке прекратить действие настоящего Договора. При этом суммы, выплаченные Представителем пациента Учреждению за уже оказанные Услуги, подлежат возврату с учетом расходов за оказанные Услуги, рассчитанные по прейскуранту Учреждения, действующему на момент расторжения Договора, без применения скидок.

5.6. 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.

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

6.1. Представитель пациента ознакомлен с Порядком предоставления и получения Услуг, а также со сведениями о квалификации и сертификации специалистов Учреждения.

6.2. Представитель Пациента 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, 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.

6.3. В случае если при предоставлении Услуг потребуется 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.

6.4. В случае если по окончании срока действия Договора по причинам, не зависящим от Учреждения, Пациентом не использован весь объем Услуг, предусмотренный Программой, денежные средства, уплаченные во исполнение Договора, возврату не подлежат.

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

6.6. При необходимости экспертной оценки и контроля над соответствием качества выполненных медицинских работ (услуг) установленным требованиям (стандартам) по жалобе Представителя Пациента, иным основаниям, предусмотренным законодательством, Учреждение вправе передавать компетентным специалистам (или экспертам) по профилю оказываемых Услуг всю медицинскую документацию и сообщать иную необходимую информацию, связанную с оказанием Услуг Пациенту.

6.7. 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. Представитель Пациента подтверждает, что указанный в настоящем Договоре основной контактный адрес электронной почты является надлежащим и достаточным для обмена с Учреждением подписанными экземплярами Приложений и дополнительных соглашений, электронными кассовыми чеками, направляемыми Учреждением в адрес Представителя Пациента во исполнение настоящего Договора.

6.8. Электронные копии документов, связанных с исполнением Договора, передаваемые между Сторонами, со стороны Представителя пациента – по основному контактному адресу электронной почты, а со стороны Учреждения – по адресу электронной почты, указанной в реквизитах Договора, имеют юридическую силу, равную оригиналам документов. При отправке документов Сторона обязана использовать исключительно электронную почту, указанную в реквизитах Договора.

6.9. Все изменения по Договору оформляются Сторонами дополнительными соглашениями, являющимися неотъемлемой частью Договора.

6.10. Все Приложения к настоящему Договору являются его неотъемлемой частью.

6.11. 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 осуществляться 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

8.1. 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, в WhatsApp или через мобильное приложение Учреждения путем отправки электронных писем и сообщений следующего содержания:

- 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

Все сообщения являются для Заказчика (Пациента) бесплатными и оплачиваются исключительно за счет отправителя.

9. СОГЛАСИЕ НА ФОТО И ВИДЕОСЪЕМКУ

9.1. 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, видеоизображений в целях:

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

9.2. 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

10.1.1 Учреждение по настоящему Договору оказывает медицинские услуги Пациенту на дому, по адресу проживания несовершеннолетнего гражданина, указанному в Договоре, или в медицинском центре Учреждения, а также организует оказание медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях Санкт-Петербурга в соответствии с Программой, имеющих с Учреждением соответствующие договоры.

10.1.2 При оказании медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях Санкт-Петербурга, данная помощь оказывается в дни и часы работы данных учреждений.

10.1.3 Учреждение оказывает Услуги на дому по настоящему Договору в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Учреждения и доводятся до сведения Представителя пациента. Время работы в будние дни с 09:00 до 18:00. В выходные и праздничные дни визиты по острым заболеваниям осуществляет дежурный специалист (врач) после подачи Представителем Пациента заявки в круглосуточную диспетчерскую службу по телефону 331-17-08.

10.1.4 Если Представитель пациента осуществил вызов дежурного специалиста (врача) в период с 24:00 до 17:00, выезд дежурного специалиста (врача) осуществляется в день обращения.

10.1.5 Если Представитель пациента осуществил вызов дежурного специалиста (врача) в период с 17:00 до 24:00, выезд дежурного специалиста (врача) осуществляется на следующий день.

10.1.6 Для оказания Услуг по Договору за каждым Договором закрепляется специалист Учреждения – доверенный врач-педиатр. Связь Представителей пациента с доверенным врачом-педиатром осуществляется по мобильному рабочему телефонному номеру врача с 09:00 до 20:00 по рабочим дням.

10.1.7 Все вызовы специалистов (врачей), инструментальные или лабораторные исследования осуществляются по назначению доверенного врача-педиатра (или специалиста).

10.1.8 Оказание Услуг по настоящему Договору (консультаций специалистов, инструментальных исследований) в медицинском центре (или других лечебно-профилактических учреждениях) производятся только в порядке предварительной записи, которая осуществляется путем звонка на телефонный номер Учреждения 331-17-08.

10.1.9 В случае непредвиденного отсутствия специалиста (врача) в день приема или вызова на дом, Учреждение без согласования с представителем Пациента, представляет Пациенту другого специалиста соответствующего профиля и квалификации.

10.2 Обязанности Представителя Пациента по выполнению Договора

10.2.1 Представитель Пациента в порядке, предусмотренном п. 10.1.6. - 10.1.10 настоящего Договора, должен осуществить предварительную запись на оказание Услуг по настоящему Договору (консультаций специалистов, инструментальных исследований). Оказание Услуг без назначения доверенного врача-педиатра (или специалиста), без предварительной записи запрещено. При оказании Услуг по личной договоренности между врачом и Представителем Пациента, Учреждение ответственности не несет.

10.2.2 Представитель Пациента/Пациент должен обеспечить подписание и/или наличие информированного добровольного согласия (далее - "ИДС") непосредственно в день оказания Услуги. При планировании приема Пациента с сопровождением лицом, не являющимся законным представителем Пациента (бабушка, дедушка, иной уполномоченный доверенностью родственник/иное лицо) обеспечить наличие у лица, сопровождающего Пациента, подписанного бланка ИДС. Форма ИДС, необходимая для подписания, запрашивается непосредственно в Учреждении или электронными средствами связи. Оказание Услуг в отсутствие ИДС, подписанного законным представителем Пациента, запрещено. Подписание ИДС по доверенности не предусмотрено.

10.2.3 Представитель пациента должен обеспечить, чтобы Пациент был готов к оказанию Услуг

- При оказании Услуг Пациенту на дому, Представитель пациента и Пациент должны находиться дома.
- Представитель пациента должен обеспечить доступ в помещение Врачу или другому специалисту Учреждения в заранее согласованный интервал времени.
- Представитель пациента должен обеспечить возможность специалистами Учреждения провести осмотр Пациента и осуществить выполнение намеченных процедур, забор анализов.
- При неготовности Пациента и/или переносе даты выполнения процедуры или забора анализов в согласованный интервал времени, Представитель пациента обязан уведомить Учреждение заранее, не позднее, чем 08:00 утра дня оказания Услуг на дому или в медицинском центре. Уведомление производится звонком Представителя пациента диспетчеру Учреждения на телефонный номер Учреждения 331-17-08. В этом случае Учреждение предоставит услугу Пациенту в другое, заново согласованное время.
- Если по вине Представителя пациента, врачу или другому представителю Учреждения не был предоставлен доступ в помещение или не была предоставлена возможность оказать Услуги (осмотреть Пациента, провести процедуры или осуществить забор анализов), такие Услуги считаются выполненными.

10.2.4 Забор биологического материала для проведения лабораторных исследований (анализов) проводится по будним дням:

- на дому с 09:00 до 15:00
- в медицинском центре – в часы забора анализов медицинского центра.

10.2.5 Дата и время забора анализов на дому согласуются Представителем пациента и диспетчером Учреждения накануне по телефонной линии Учреждения 331-17-08. Диспетчер должен проинформировать Представителя пациента о правилах подготовки Пациента к забору биологического материала.

10.2.6 Если на момент приезда лабораторной бригады Пациенту на дом, не были собраны анализы, услуга «забор анализов на дому» считается выполненной. Представитель пациента может организовать доставку анализов в медицинский центр Учреждения самостоятельно, без дополнительных затрат, либо может оплатить стоимость повторного забора анализов на дому в соответствии с действующим прейскурантом.

10.2.7 При наличии в Программе блока Услуг «Вакцинация» при предоставлении соответствующих Услуг, допуск Пациенту на выполнение вакцинации дает Специалист по иммунопрофилактике. Допуск оформляется в Медицинском центре непосредственно перед оказанием Услуг по вакцинации. Представитель Пациента должен предоставить Специалисту по иммунопрофилактике Сертификат о профилактических прививках, уже выполненных Пациенту на момент оказания Услуги.

10.2.8 При отсутствии в Программе блока Услуг «Вакцинация», оказание Услуг по вакцинации осуществляется путем оформления договора на оказание платных медицинских услуг (разовых). Консультация доверенного педиатра не является допуском к вакцинации.

10.2.9 Представитель пациента должен полно и откровенно информировать специалиста (врача) об истории жизни и заболеваниях Пациента, предоставлять информацию по запросам специалиста (врача) в срок и в запрашиваемом объеме.

10.2.10 Представитель пациента обязан точно выполнять назначения и рекомендации специалистов (врачей) Учреждения.

10.2.11 Представитель пациента должен обеспечить личную явку Пациента в медицинский центр Учреждения в случае, если это назначил врач (специалист) Учреждения.

10.2.12 При отказе от предлагаемого Пациенту медицинского вмешательства, Представитель пациента обязан подписать оформленный в медицинской карте Пациента текст информированного отказа, содержащий информацию о возможных последствиях такого отказа.

10.2.13 При возникновении каких-либо осложнений, прямо или косвенно связанных с выполнением медицинских услуг, в том числе в случае непредвиденной госпитализации Пациента в другое медицинское учреждение, Представитель пациента предоставляет Учреждению информацию об этом сразу. Если такой возможности нет, информация предоставляется в течение последующих 3 (трех) календарных дней.

10.3. Правило смены адреса проживания несовершеннолетнего гражданина (Пациента)

- Представитель пациента уведомляет Учреждение в письменной форме об изменении территории действия Договора не позднее, чем за 3 (три) рабочих дня до момента наступления такого изменения, в порядке, предусмотренном п. 3.5. настоящего Договора.
- В случае смены территории действия Договора, Учреждение имеет право заменить врача без согласования с Представителем Пациента.

10.4. Замена врача

В случае не установления терапевтического сотрудничества между специалистом (врачом) и Представителем пациента, замена врача может осуществляться по инициативе любой из Сторон.

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

11 ПРИЛОЖЕНИЯ К ДОГОВОРУ

Приложение №1 – Программа медицинского обслуживания

12 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) 331-17-08

э.л.почта: dmcvirilis@yandex.ru

ИНН 7806225370 КПП 780501001

р/с 40702810332060008865

в ФИЛИАЛ "САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ" АО "АЛЬФА-

БАНК" Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

к/с 30101810600000000786

БИК 044030786

Генеральный директор

_____/Е.В. Селиванова/

М.П.

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПАЦИЕНТА

(ФИО полностью)

Паспорт: серия _____ номер _____

Выдан: _____

Зарегистрирован (-на) по адресу:

Адрес места жительства Пациента (фактический):

Контактная информация:

Основной телефон: _____

Email: _____

подпись/ФИО