

Уведомление Потребителя (Заказчика) перед заключением договора

Я, _____ г. р., подтверждаю, что на основании "Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг" (утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 N 736) до заключения договора на оказание платных медицинских услуг я:

- 1) уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (лечащего врача, медработника, предоставляющего платную медуслугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медуслуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья, а также о необходимости соблюдения правил поведения пациента в медицинской организации;
- 2) уведомлен(а) о том, что Исполнитель не является участником Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи обязательного медицинского страхования (ОМС), а так же 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 и перечне медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в рамках государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Договор № 12137

на предоставление платных медицинских услуг

г. Хабаровск

Общество с ограниченной ответственностью «ЭГО-ЛАБ» именуемое в дальнейшем «Исполнитель», осуществляющее медицинскую деятельность на основании лицензии № ЛО41-01189-27/00344678 от 27.02.2019 года, выданной Министерством здравоохранения Хабаровского края (г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, 32, тел/факс 8(4212) 40-23-22) (Свидетельство о внесении сведений в ЕГРЮЛ 1182724025087, выдано ИФНС России №6 по Хабаровскому краю 29.10.2018 г.), в лице Главного врача Казанцевой Юлии Николаевны, действующей по доверенности от 28.08.2024 г., (при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу; сестринскому делу; сестринскому делу в косметологии; физиотерапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), дерматовенерологии, диетологии, косметологии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, физиотерапии, эндокринологии. При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по : экспертизе временной нетрудоспособности, именуемый в дальнейшем «Исполнитель» с одной стороны, и _____, именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

- 1.1 Исполнитель предоставляет Потребителю платные медицинские услуги (; ; ; ;) по своему профилю деятельности в соответствии с перечнем, предусмотренным лицензией, а Потребитель обязуется их принять и своевременно оплатить в соответствии с Прейскурантом, действующим на момент заключения договора. Срок оказания (ожидания) мед. услуги : 1-14 дней). Стоимость медицинских услуг составляет 0 руб.
- 1.2 Исполнитель по медицинским показаниям устанавливает порядок, характер, сроки и объем предоставляемых услуг, которые указывает в Дополнительных соглашениях к договору, которые становятся неотъемлемой частью Договора с момента его подписания.
- 1.3 Заказчик и (или) Потребитель (законный представитель) ознакомлен(ы) и согласен(ы) с Правилами поведения пациента в медицинской организации, Положением о платных медицинских услугах и Прейскурантом Исполнителя, размещенные как на официальном сайте Исполнителя (<https://ego-lab.ru/>) так и на информационном стенде (уголок потребителя).

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязан:

- 2.1.1. Создать необходимые условия для выполнения всех видов услуг по Договору (в случае технической невозможности оказания всех видов услуг в день подписания и оплаты Договора выполнение недостающих услуг производится по записи в другой день).
- 2.1.2. Обеспечить Заказчика бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения: - о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; - данных о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации); - сведениях о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; - других сведениях, относящихся к предмету настоящего Договора. Сведения, указанные в настоящем пункте, предоставляются потребителям «по умолчанию» путем размещения информации на официальном сайте Исполнителя, путем подписания информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (ИДС), иными способами не запрещенными законом.
- 2.1.3. В процессе оказания медицинской помощи информировать Потребителя о необходимых основных или дополнительных лечебно-профилактических и прочих процедурах, необходимых медикаментозных препаратах и расходных материалах для предоставления качественных медицинских услуг.
- 2.1.4. Предоставлять по требованию Потребителя выписку из единого государственного реестра юридических лиц или единого государственного реестра индивидуальных предпринимателей.
- 2.1.5. Оказывать медицинские услуги в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ.
- 2.1.6. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг, потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с ФЗ №323 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

2.2. Исполнитель имеет право:

- 2.2.1. Привлекать для оказания медицинских услуг сторонних исполнителей и соисполнителей по своему выбору.
- 2.2.2. Получать от Заказчика любую информацию, необходимую для исполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредоставления либо неполного или неверного представления Заказчиком информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.
- 2.2.3. Отказать в предоставлении медицинских услуг в случаях, предусмотренных законодательством РФ, в том числе в случае, когда предоставляемая медицинская услуга не является предметом лицензируемой деятельности Исполнителя, при наличии противопоказаний со стороны здоровья, при отсутствии медицинских показаний и риске нанесения вреда здоровью и иных объективных обстоятельствах, при которых услуга не сможет отвечать требованиям качества и безопасности, предусмотренным законом и подзаконными актами РФ, а также при отсутствии реальной возможности предоставления услуг.
- 2.2.4. В целях внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, проводить фотографирование Потребителя (Заказчика).
- 2.2.5. В целях противодействия терроризму установить на территории Исполнителя видеонаблюдение, в том числе в холле и в кабинетах медицинской организации.
- 2.2.6. Не допускать в кабинет лечащего врача посторонних лиц (включая мужа, жену и иных родственников Потребителя) во время оказания медицинских услуг Потребителю, за исключением случаев, предусмотренных ч.5 ст.19 ФЗ №323-ФЗ от 21.11.2011.

2.3. Заказчик (Потребитель) обязан:

- 2.3.1. До начала оказания медицинских услуг сообщить медицинскому персоналу все необходимые сведения о себе для успешного проведения лечебно-диагностического процесса, в том числе о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях и другие сведения, необходимые для качественного оказания медицинской помощи.
- 2.3.2. Уважительно относиться к медицинскому персоналу и другим пациентам, выполнять все рекомендованные назначения, а в случае неявки на прием в установленное время, заблаговременно извещать об этом Исполнителя.

2.3.3. Соблюдать правила поведения в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения, а также выполнять все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих ему по настоящему Договору медицинские услуги, в том числе соблюдать указания медицинского учреждения, предписанные на период после оказания услуг

2.3.4. Своевременно производить оплату медицинских услуг согласно действующему Прейскуранту.

2.4. Заказчик (Потребитель) имеет право:

2.4.1. Потребитель имеет право отказаться от получения медицинских услуг и вмешательств по своему усмотрению с предварительной отметкой (подписью) в медицинской документации.

2.4.2. Получать необходимую информацию о состоянии своего здоровья после получения платных медицинских услуг.

3. Условия и сроки ожидания платных медицинских услуг

3.1. Условия и сроки ожидания платных медицинских услуг устанавливаются в Дополнительном соглашении в соответствии с п. 1.2 Договора.

3.1. Информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги, о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи доводится до сведения Потребителя в Информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство, а также стенде Исполнителя.

3.2. Порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг указаны на интернет-портале minzdrav.gov.ru, ссылки на который размещены на стенде Исполнителя.

3.3. Возможность осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, указываются в Дополнительном соглашении к Договору.

4. Стоимость услуг и порядок расчётов

4.1. Стоимость медицинских услуг определяется в соответствии с действующим Прейскурантом, утвержденным Исполнителем на момент оказания медицинской услуги и указывается в Дополнительном соглашении к Договору.

4.2. Стороны договорились, что оплата медицинских услуг осуществляется Заказчиком и (или) в размере 100% (ста процентов) предоплаты путем внесения наличных денежных средств в кассу или путем перечисления на расчетный счет Исполнителя.

4.3. При неоплате Потребителем (Заказчиком) стоимости оказанных медицинских услуг без предварительного письменного согласования в дополнительном соглашении к договору рассрочки оплаты с Исполнителем, за каждый день просрочки со дня фактического оказания Исполнителем медицинских услуг, Потребитель (Заказчик) оплачивает пени в размере 1% стоимости неоплаченных медицинских услуг. Уплата пени не освобождает Потребителя (Заказчика) от оплаты оказанных услуг и в счет оплаты не засчитывается.

5. Порядок и условия выдачи Потребителю (законному представителю) медицинской документации

5.1. После исполнения договора, Исполнителем по письменному запросу Потребителя (законного представителя) выдаются медицинские документы, отражающие 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. Срок ответа на запрос – до 30 календарных дней. Запрос должен содержать данные, установленные Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. N 789н.

6. Расторжение или изменение условий Договора

6.1. Настоящий договор может быть изменен или расторгнут Сторонами в период его действия на основании письменного соглашения Сторон.

6.2. Потребитель вправе в любое время отказаться от получения услуг по настоящему Договору, при условии оплаты Заказчиком и (или) Потребителем предоставленных медицинских услуг и компенсации затрат, произведенных Исполнителем.

7. Порядок разрешения споров

7.1. Спор, возникший между пациентом (Потребителем) и медицинской организацией (Исполнителем) по поводу оказания медицинских услуг по настоящему Договору, может быть разрешен путем переговоров, процедуры медиации в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Данное положение не лишает Стороны настоящего Договора права на непосредственное обращение в суд, как минуя процедуры альтернативного разрешения споров, так и вследствие недостижения в ходе их проведения обоюдного согласия.

7.2. При возникновении претензий по качеству оказанной медицинской услуги Потребитель (Заказчик) имеет право подать ее в письменной форме на почтовый адрес Исполнителя, указанный в разделе договора Реквизиты сторон. В претензии должны содержаться сведения, достаточные для идентификации Потребителя (Заказчика) (ФИО, дата предоставления медицинской услуги и ее вид), а также суть претензии и контактные данные для оперативной связи с Потребителем (Заказчиком) (телефон, адрес электронной почты).

8. Ответственность сторон

8.1. Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством РФ, действующим на момент заключения Договора.

8.2. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор).

9. Заключительные положения

9.1. Настоящий договор признается заключенным с момента его подписания сторонами и прекращается по истечении 12 месяцев с даты его заключения, но не ранее полного исполнения сторонами принятых на себя обязательств. Если за 10 календарных дней до истечения срока действия договора ни одна из сторон не заявит о его прекращении, договор считается продленным на тот же срок и на тех же условиях.

9.2. Положения, не указанные в настоящем Договоре, регулируются действующим на момент заключения Договора законодательством Российской Федерации.

9.3. В соответствии с ч.2. ст. 160 ГК РФ, стороны договорились, что при подписании настоящего договора и документов, являющихся его неотъемлемой частью (дополнительных соглашений и т.д.) возможно использование факсимильного воспроизведения подписи с помощью средств механического или иного копирования либо иного аналога собственноручной подписи.

10. Подписи и реквизиты сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ: ООО «ЭГО-ЛАБ»	ЗАКАЗЧИК: со слов потребителя (анонимно) / предоставлен документ, удостоверяющий личность. Нужно подчеркнуть
Юридический адрес: 680000, Хабаровский край, г. Хабаровск, ул. Запарина, д. 59, пом 01 (1-6, 10-15, 17-32), 02 (1-29).	
ИНН 2721239350, КПП 272101001	Адрес места жительства
ОГРН 1182724025087	Телефон
ПАО «Сбербанк России»	E.mail:
БИК 040813608	Данные паспорта
Р/С 40702810870000010361	
К/С 30101810600000000608	
Главный врач ООО «ЭГО-ЛАБ» Казанцева Ю.Н.	
подпись _____	подпись _____ ✓

Претензий к качеству выполненных работ не имею (в ином случае описать) подпись _____ ✓

Заявление пациента (Заказчика)

о согласии на обработку персональных данных, биометрических персональных данных и данных о состоянии здоровья.

Я, _____ года рождения, проживающий по адресу: _____ паспорт: серия _____ номер _____

_____ выдан _____ дата выдачи _____
руководствуясь ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, даю согласие ООО «ЭГО-ЛАБ» (680000, Хабаровский край, город Хабаровск, ул. Запарина, д. 59, пом 01 (1-6, 10-15, 17-32), 02 (1-29)) на обработку в целях оказания мне медицинских услуг на автоматизированную, а так же без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а именно: фамилию, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, контактный телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях на срок хранения персональных данных. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских и стационарных документов и составляет 25 лет.

В соответствии с п. 3, 4 ч. 2 ст. 10 ФЗ от 27.07.2006 г N 152-ФЗ «О персональных данных» оператор имеет право на обработку персональных данных, если она:
- необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц и получение согласия субъекта персональных данных невозможно;
- осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских и медико-социальных услуг, при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью, либо частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

Я понимаю, что в случаях, предусмотренных п. 4 ст. 13 ФЗ N323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» сведения о моем здоровье, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы без моего согласия иным медицинским учреждениям, органам следствия и суда, органам санитарноэпидемиологической защиты, военкоматам, органам опеки и попечительства, иным органам государственной власти.

_____ ✓ ФИО _____ гг.

Так же руководствуясь ст. ст. 9, 10 ФЗ от 27.07.2006 г N 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие ООО "ЭГО-ЛАБ" (далее - Оператор, клиника) на обработку моих персональных данных о состоянии здоровья, биометрических персональных данных (физиологические, биологические характеристики человека, позволяющие идентифицировать его личность (фотографии, отпечатки пальцев, снимки, слепки, и пр). Обработка данных о моем здоровье, биометрических данных может осуществляться только в медико-профилактических целях: в целях устранения медицинского диагноза, оказания медицинских и медикосоциальных услуг при условии, что обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания ООО "ЭГО-ЛАБ" мне медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать данные о моем здоровье и биометрические данные другим должностным лицам Клиники в интересах моего обследования и лечения, а так же страховым компаниям в целях проведения экспертизы качества медицинской помощи и ее оплаты.

Я предоставляю Клинике право осуществлять все действия (операции) с данным о моем здоровье, биометрическими данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение данных. Клиника вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных по договорам ДМС.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских и стационарных документов и составляет 25 лет, медицинскую карту ребенка - 10 лет. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие в любое время.

Я понимаю, что согласно п.2 ст. 9 ФЗ N152 «О персональных данных» клиника имеет право продолжить обработку данных о моем здоровье в указанных целях даже в случае отзыва мною настоящего согласия.

Я понимаю, в случаях, предусмотренных п. 4 ст. 13 ФЗ N323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» сведения о моем здоровье, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы без моего согласия иным медицинским учреждениям, органам следствия и суда, органам санитарноэпидемиологической защиты, военкоматам, органам опеки и попечительства, иным органам государственной власти.

_____ ✓ ФИО _____ гг.

Согласие на получение рекламной информации (в том числе в форме рекламной рассылки)

Я, _____ года рождения, проживающий по адресу: _____

_____ паспорт: серия _____ номер _____
_____ выдан _____ дата выдачи _____

в соответствии с ч. 1 ст. 18 Федерального закона от 13.03.2006 г № 38-ФЗ "О РЕКЛАМЕ" даю свое согласие на получение по сетям электросвязи, в том числе, но не ограничиваясь телефонной, факсимильной, подвижной радиотелефонной связи, рекламной информации (в том числе в форме рекламной рассылки). Я понимаю, что в любое время могу отозвать свое согласие.

_____ ✓ ФИО _____ гг.

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ на предоставление платных медицинских услуг

к договору № 12137 от " ____ " _____ 20__ г., на предоставление платных медицинских услуг _____ г.
г. Хабаровск

Общество с ограниченной ответственностью «ЭГО-ЛАБ» именуемое в дальнейшем «Исполнитель», осуществляющее медицинскую деятельность на основании лицензии № ЛО41-01189-27/00344678 от 27.02.2019 года, выданной Министерством здравоохранения Хабаровского края (г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, 32, тел/факс 8(4212) 40-23-22) (Свидетельство о внесении сведений в ЕГРЮЛ 1182724025087, выдано ИФНС России №6 по Хабаровскому краю 29.10.2018 г.), в лице Главного врача Казанцевой Юлии Николаевны, действующей по доверенности от 28.08.2024 г., (при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу; сестринскому делу в косметологии; физиотерапии; при оказании *первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), дерматовенерологии, диетологии, косметологии, онкологии, организации здравоохранения и общественного здоровья, эпидемиологии, физиотерапии, эндокринологии. При проведении медицинских экспертиз* организации *следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности, именуемый в дальнейшем «Исполнитель» с одной стороны, и _____, именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, заключили настоящее дополнительное соглашение о нижеследующем:*

1. Дополнительные платные медицинские услуги:

- 1.1. Исполнитель обязуется оказать Заказчику медицинские услуги - ; ; ; ; , а Заказчик обязуется уплатить Исполнителю стоимость оказанных услуг в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим дополнительным соглашением и основным договором. Срок оказания мед. услуги 1-14 дней.
- 1.2. Стоимость медицинских услуг составляет 0 руб. рублей 00 коп.
- 1.3. По всем остальным не урегулированным настоящим дополнительным соглашением вопросам - стороны руководствуются основным договором.

2. Адреса и реквизиты сторон:

Исполнитель:

ООО «Эго-лаб»

Юридический адрес: 680000, Хабаровский край, г. Хабаровск,
ул. Запарина, д.59 Помещение 01(1-6, 10-15, 17-32), 02 (1-29).

ИНН 2721239350, КПП 272101001

ОГРН 1182724025087

БИК 040813608

Р/С 40702810870000010361

К/С 30101810600000000608

Главный врач ООО «ЭГО-ЛАБ» Казанцева Ю.Н.

подпись _____

г. подпись _____

Претензий к качеству выполненных работ не имею (в ином случае описать) подпись _____

Заказчик:

Адрес места жительства

Телефон

E.mail:

Данные паспорта