ДОГОВОР № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на оказание платных медицинских услуг

г. Новосибирск *«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Автономная Некоммерческая Организация «Клиника травматологии, ортопедии и нейрохирургии НИИТО»(сокращенно – АНО «Клиника НИИТО»**), имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-01125-54/00561325 от 29.05.2020 (действует бессрочно), выданную Министерством здравоохранения Новосибирской области (г. Новосибирск, Красный проспект, д. 18; тел. (383) 238-63-63), именуемая в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(должность, фио)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_., с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «**Пациент**», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор (далее по тексту – «Договор») о нижеследующем:  | **C:\Users\MIsupova.ANO\AppData\Local\Temp\v8_FE94_1f5.jpeg** |

1. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Договор определяет условия оказания платных медицинских услуг. Исполнитель обязуется оказать Пациенту, а Пациент обязуется оплатить на условиях, предусмотренных Договором, медицинские услуги по Программе:

**(индивидуальная программа),**

объем которой определяется калькуляцией, являющейся неотъемлемой частью Договора.

В соответствии с медицинскими показаниями, выявленными Исполнителем в процессе обследования и/или лечения Пациента, перечень услуг может быть изменен (в т.ч. дополнен), предоставление услуг может быть отложено. Изменение (в т.ч. дополнение) перечня услуг, а также отложение их предоставления осуществляется Исполнителем в одностороннем порядке и с согласия Пациента. При изменении (в т.ч. дополнении) перечня услуг Исполнитель обязуется руководствоваться исключительно состоянием здоровья и медицинскими показаниями Пациента.

1.2. Во исполнение ст. 79 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Исполнитель проинформировал (уведомил) Пациента о сроках и возможности получения медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. При этом, в рамках Договора Исполнитель оказывает медицинские услуги только на возмездной основе и, подписывая Договор, Пациент сознательно и добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

Путём подписания настоящего Договора Пациент подтверждает, что Исполнитель до заключения настоящего Договора уведомил Пациента (в том числе посредством размещения на официальном сайте Исполнителя <https://clinicniito.ru> и на Информационных стендах Исполнителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

Также Пациент подтверждает то, что он ознакомлен:

- с перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией;

- с тем, что копию лицензии Исполнителя на осуществление медицинской деятельности он может получить у лица, заключающего настоящий Договор от имени Исполнителя;

- с Положением о порядке предоставления платных медицинских услуг в АНО «Клиника НИИТО»;

- с Правилами внутреннего распорядка и условиями пребывания в АНО «Клиника НИИТО»; в том числе о режиме работы, правилах поведения в помещениях, информацию о медицинском персонале;

- со стоимостью услуг АНО «Клиника НИИТО»;

- о наличии в здании АНО «Клиника НИИТО» системы видеонаблюдения и/или аудиозаписи, и не возражает против осуществляемого видеонаблюдения и /или аудиозаписи при условии соблюдения требований закона об обеспечении режима сохранения персональных данных и режима врачебной тайны.

**2.** **СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ**

2.1. Стоимость медицинских услуг, при отсутствии необходимости оказания дополнительных услуг, не предусмотренных Программой, составляет **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей**.Цена Договора не является фиксированной и может подлежать коррекции по мере оказания медицинских услуг, поскольку количество, объем оказанных по факту Исполнителем услуг может измениться с момента заключения настоящего Договора.

2.1.1.В случае необходимости оказания дополнительных платных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором, предоставление таких медицинских услуг осуществляется с согласия Пациента путем заключения дополнительного соглашения, отдельного договора. Согласие Пациента также может быть выражено в ином документе, достоверно подтверждающим согласие Пациента на оказание дополнительных медицинских услуг не предусмотренных предметом настоящего Договора.

2.2. Оплата медицинских услуг производится до начала оказания медицинской услуги наличными в кассу Исполнителя или путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя (предоплата – 100%) не позднее 30 (тридцати) календарных дней с даты заключения Договора. Исполнитель, в случае отсутствия оплаты в установленный Договором срок, вправе не приступать к оказанию медицинских услуг до момента исполнения Пациентом обязательства по оплате, о чем Исполнитель уведомляет Пациента, прием/госпитализация Пациента переносится, о чем Исполнитель уведомляет Пациента по телефону.

В случае, если медицинские услуги не будут оплачены в установленные настоящим договором сроки, их стоимость может быть пересчитана Исполнителем по Прейскуранту, действующему на момент оплаты.

В случае нарушения Плательщиком (Пациентом) срока оплаты более чем на 10 (десять) календарных дней, Договор считается расторгнутым в одностороннем порядке без предварительного письменного уведомления Плательщика (Пациента) и без подписания Сторонами дополнительного соглашения.

2.3. Медицинские услуги согласно п.1.1. Договора может оплатить сам Пациент либо третье заинтересованное физическое или юридическое лицо на основании счета (далее «Плательщик»), в том числе его страховая компания. В этом случае оформляется отдельный дополнительный договор между Исполнителем и Плательщиком (Заказчиком).

2.4. **Плательщиком по договору является \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указывается Пациент, либо Заказчик с указанием даты и номера договора)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

2.5. В случае необходимости возврата оплаченной суммы по Договору по каким-либо основаниям (противопоказания к дальнейшему лечению, отказ Пациента от лечения, вынужденное прекращение оказания медицинских услуг по вине Пациента, оплата в большем, чем это предусмотрено п.2.1. размере и другие), возврату подлежит оплаченная сумма за вычетом всех фактически понесенных Исполнителем затрат.

2.6. Возврат денежных средств осуществляется на основании письменного заявления Пациента (Плательщика) по истечение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения Исполнителем письменного заявления о возврате денежных средств наличными денежными средствами.

Возврат денежных средств в безналичной форме осуществляется по истечение 14 (четырнадцати) рабочих дней с момента получения Исполнителем заявления о возврате денежных средств с указанием в нем банковских реквизитов Плательщика. Сумма возврата не может превышать суммы, оплаченной Плательщиком по настоящему Договору.

2.7. По результатам оказания медицинских услуг между Исполнителем и Пациентом подписывается Акт приема-передачи оказанных услуг, содержащий сведения о фактически оказанных услугах и их стоимости. В случае если Пациент в течение 15 дней не предоставит Исполнителю подписанный акт оказанных услуг или обоснованные возражения по акту услуги по настоящему договору считаются оказанными Исполнителем надлежащим образом в объеме, указанном в акте и принятыми Пациентом без претензий.

Информация о фактически оказанных Исполнителем Пациенту медицинских и иных услугах, в том числе фактическом количестве дней госпитализации, содержится в медицинской документации Пациента.

**3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

3.1. Исполнитель:

3.1.1. Срок оказания медицинских услуг 30 дней с момента оплаты стоимости медицинских услуг и готовности Пациента в указанный срок получить медицинские услуги. При выявлении противопоказаний к оказанию медицинских услуг Исполнитель вправе отказать Пациенту в оказании Услуг ;

3.1.2. Обязан оказать Пациенту квалифицированные качественные медицинские услуги;

3.1.3. Предоставляет Пациенту бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемых услугах;

3.1.4. В процессе оказания медицинских услуг устанавливает отсутствие противопоказаний к дальнейшему оказанию услуг. Оказание медицинских услуг прекращается на любой их стадии в случае выявления противопоказаний к дальнейшему исполнению.

3.1.5. Не имеет права передавать оригиналы или копии документов, полученных от Пациента, третьим лицам без предварительного письменного согласия Пациента, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

3.1.6. Уважительно относится к Пациенту, соблюдает принципы деонтологии;

3.1.7. Обеспечивает режим конфиденциальности при обращении Пациента за медицинскими услугами, о состоянии его здоровья в соответствии с законодательством об охране здоровья граждан и ФЗ "О персональных данных" №152-ФЗ от 27.07.2006.

3.1.8. Поддерживает необходимый санитарно-гигиенический и противоэпидемический порядок на своей территории при оказании медицинских услуг;

3.1.9. Обязан разместить копию лицензии на виды оказываемых медицинских услуг на информационном стенде, в том числе путем размещения на официальном сайте Исполнителя; по требованию Пациента предоставить ему копию лицензии на виды оказываемых медицинских услуг;

3.1.10. Своевременно информирует Пациента о невозможности оказания запланированных услуг, по мере возможностей предоставляет альтернативные варианты;

3.1.11. Согласовывает с Пациентом и разъясняет весь объем планируемых к проведению медицинских вмешательств и предоставляет ему для подписания информированное согласие на их проведение;

3.1.12. Информирует Пациента или его поверенного, законного представителя, о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболеваний, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях (возможных осложнениях) и результатах проведенного лечения, с учетом согласия Пациента на получение данной информации и в соответствии с действующим законодательством;

3.1.13. В случае обнаружения заболеваний у Пациента, о которых не было известно при подписании Договора, ставит в известность Пациента о наличии таковых и предлагает методы дальнейшей диагностики и лечения с учетом имеющихся у Пациента противопоказаний, внеся соответствующую информацию в медицинскую документацию Пациента;

3.1.14. В случае несовместимости заболевания, обнаруженного после подписания Договора, с выбранной методикой оказания медицинских услуг, предлагает и согласовывает с Пациентом другой метод оказания данных услуг;

3.1.15. Ведет медицинскую документацию и отчетность, касающуюся состояния здоровья Пациента, в установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации порядке;

3.1.16. Хранит медицинскую отчетность, касающуюся состояния здоровья Пациента, в установленные Министерством здравоохранения Российской Федерации порядке и сроки;

3.1.17. По требованию Пациента или его поверенного, законного представителя знакомит непосредственно с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья Пациента.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. Самостоятельно привлекать другие медицинские организации и сторонних квалифицированных специалистов (соисполнителей) для оказания медицинских услуг, указанных в калькуляции (программе лечения);

3.2.2. Отказать в проведении лечебно-диагностических мероприятий в случае невыполнения Пациентом требований лечащего врача, несоблюдения лечебно-охранительного режима и правил внутреннего распорядка организации Исполнителя, а также условий Договора;

3.2.3. Самостоятельно определять время медицинских манипуляций, устанавливать объем и характер обследования и лечения Пациента, способы его лечения. В случае возникновения неотложных состояний - самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, необходимых для установления диагноза и оказания неотложной медицинской помощи. При необходимости расширения планового объема медицинских услуг, составляющих предмет Договора, в связи с возникновением неотложной ситуации и увеличением объема оказываемых услуг, Пациент производит доплату согласно действующему прейскуранту Исполнителя;

3.2.4. В случае возникновения экстренной ситуации направляет Пациента в другую медицинскую организацию, если Лицензия или возможности Исполнителя не позволяют ему осуществлять те услуги, необходимость оказания которых выявилась в процессе диагностики и лечения Пациента;

3.2.5. При согласовании с Пациентом в любой момент действия Договора изменить способ, методику или тактику лечения Пациента;

3.2.6. Изменить стоимость услуг в соответствии с фактическими затратами Исполнителя (изменением срока лечения, сложности операции, проведением дополнительных диагностических, лечебных мероприятий), получив на это согласие Пациента. В этом случае Плательщик производит доплату на основании дополнительного соглашения или Акта выполненных работ.

3.2.7. В случае отказа Пациента от услуг, которые могли бы, по мнению Исполнителя, уменьшить или снять опасность для здоровья Пациента, получить от него соответствующий письменный отказ от медицинского вмешательства, разъяснив Пациенту возможные последствия такого отказа для его здоровья;

3.2.8. В случае безосновательного отказа Пациента от услуг и невыполнении им пунктов 3.3.3, 3.3.4. Договора, зафиксировать факт отказа актом в составе комиссии, состоящей, по крайней мере, из трех сотрудников Исполнителя во главе с должностным лицом Исполнителя;

3.2.9. Не нести ответственности за результат оказания медицинских услуг Пациенту при ухудшении состояния здоровья Пациента в следующих случаях:

- при невыполнении Пациентом рекомендаций и предписаний специалистов (врачей) Исполнителя по его лечению;

- при не информировании Исполнителя о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, непереносимости лекарственных препаратов и других осложнений, в том числе, с которыми Пациент был знаком до начала и в процессе лечения;

- при обострении воспалительных процессов и других ухудшениях состояния здоровья Пациента после прерывания/самостоятельного изменения схемы лечения по его вине;

- при обострении сопутствующей патологии Пациента.

3.3. Пациент обязан:

3.3.1. Информировать врача до оказания медицинских услуг обо всех перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;

3.3.2. Своевременно оплачивать услуги, оказанные Исполнителем;

3.3.3. Предоставить Исполнителю полную информацию и документы (копии документов), содержащие сведения о состоянии здоровья, которыми он располагает на момент заключения Договора и в течение его действия, если эта информация может повлиять на качество услуг Исполнителя;

3.3.4. Точно выполнять назначения врача, соблюдать лечебно-охранительный режим и правила внутреннего распорядка организации Исполнителя, а также условия Договора и иные указания медицинского персонала Исполнителя.

3.3.5. При первой возможности информировать (в частности, по телефону) специалистов (врачей) Исполнителя о невыполнении сделанных ими назначений и причинах этого, о реакциях, возникших после приема лекарств, вакцинации, или после проведения какого-либо обследования, манипуляции;

3.3.6. В случае отказа от услуг, которые могли бы по мнению Исполнителя уменьшить или снять опасность для его здоровья, дать письменный отказ от медицинского вмешательства.

3.4. Пациент имеет право:

3.4.1. На предоставление информации о медицинских услугах и Исполнителе;

3.4.2. В любое время проверять ход и качество услуги, оказываемой Исполнителем, не вмешиваясь в его деятельность;

3.4.3. Потребовать от Исполнителя дополнительных разъяснений в отношении состояния своего здоровья, предложенных методов диагностики и лечения, если ранее предложенные ему объяснения были ему не понятны;

3.4.4. Отказаться от выполнения медицинских назначений специалистов (врачей) Исполнителя, если обнаружит, что эти назначения ухудшают или могут ухудшить его здоровье или являются необоснованными. В этом случае Пациент оформляет письменный отказ;

3.4.5. Получать заверенные копии всех медицинских документов, результатов анализов и другую документацию только при наличии заявления и документа удостоверяющего личность.

3.4.6. Отказаться от получения медицинских услуг, при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

**4. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГЕ**

4.1. Датой начала оказания медицинских услуг считается дата госпитализации Пациента. Датой окончания оказания услуг является дата выписки Пациента из стационара.

4.2. В связи с тем, что осложнения могут возникать вследствие биологических особенностей организма и используемая технология оказания медицинской помощи не может полностью исключить их вероятность, Исполнитель не несет ответственности за наступление осложнений, если медицинские услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований.

4.3. Подписью в Договоре Пациент подтверждает, что ознакомлен с дополнительной информацией, касающейся:

4.3.1. Особенностей своего заболевания, диагноза, методов лечения, прогнозах заболевания;

4.3.2. Особенностей медицинских услуг, указанных в Договоре и Программе лечения, условий их предоставления, всех возможных осложнениях и исходах оказания услуг.

4.4. Пациент уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, медицинских работников Исполнителя, 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 Пациента.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1. В случае неисполнения либо ненадлежащего исполнения Договора одной из Сторон, повлекшего неблагоприятные последствия для другой стороны, ответственность наступает согласно действующему законодательству Российской Федерации.

5.2. Исполнитель не несет ответственности за передачу им информации о Пациенте государственным органам, имеющим право ее затребовать в соответствии с законодательством РФ.

5.3. Отсутствие ожидаемого Пациентом результата, если Исполнитель при той степени заботливости и осмотрительности, какая от него требовалась по характеру обязательств и условиям Договора, предпринял все необходимые профессиональные действия, не является основанием для признания услуги ненадлежащей.

5.4. Все претензии по Договору решаются Сторонами путем переговоров.

5.5. Если Стороны не придут к соглашению путем переговоров, все споры рассматриваются в претензионном порядке. Срок рассмотрения и ответа на претензию - 1 месяц с даты получения претензии Стороной.

В случаях возникновения претензий, регулируемых Законом № 2300-1 от 07.02.1992 «О защите прав потребителей», срок рассмотрения и удовлетворения требований, изложенных в претензии - 10 календарных дней со дня предъявления соответствующего требования.

5.6. В случае если споры не урегулированы Сторонами с помощью переговоров и в претензионном порядке, то они разрешаются в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

**6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

6.1. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, за исключением наступления обстоятельств указанных в п. 2.2. Договора.

6.2. Исполнитель оставляет за собой право расторгнуть Договор в одностороннем порядке, если это не угрожает жизни Пациента и окружающих:

6.2.1. В случае невыполнения Пациентом пункта 2.2. Договора

6.2.2. В случае невыполнения Пациентом пункта 3.3. Договора.

6.2.3. В случае выявления противопоказаний по п. 3.1.4. Договора.

6.3. Договор может быть изменен по соглашению Сторон путем подписания дополнительного соглашения к Договору.

**7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

7.1. Договор вступает в силу с даты его подписания Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по Договору, за исключением наступления обстоятельств указанных в п. 2.2. Договора.

7.2. В целях оперативного обмена документами Стороны договорились о возможности использования в качестве имеющих юридическую силу документов, переданных посредством факсимильной связи с последующим обменом оригиналами посредством почты. Факсимильная копия Договора также имеет юридическую силу до получения оригинала, если содержит подписи уполномоченных лиц Исполнителя и Пациента.

7.3. Рукописные пометки и дополнения, внесенные в текст Договора, имеют юридическую силу при условии идентичности их содержания во всех экземплярах Договора и соответствующей подписи уполномоченного лица со стороны Исполнителя и подписи Пациента.

7.4. Пациент подтверждает свое согласие на обработку своих персональных данных Исполнителем, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, паспортные данные, адрес регистрации и проживания, контактный телефон, реквизиты полиса; данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицами, профессионально занимающимися медицинской деятельностью и обязанными сохранять медицинскую тайну пациента. В процессе оказания Исполнителем медицинской помощи Пациент предоставляет право медицинским работникам передавать свои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Исполнителя, в интересах обследования и лечения.

7.5. Пациент уведомлен и согласен, что Пациент для оказания ему медицинских услуг предоставляет свое согласие на обработку персональных данных, и информированные добровольные согласия, необходимые для исполнения настоящего Договора, а также для защиты прав, жизни, здоровья и иных жизненно важных интересов Пациента. Пациент уведомлен, что отказ Пациента от подписания информированных согласий, необходимых для оказания медицинских услуг влечет невозможность их оказания, за исключением случаев, предусмотренных в подпунктах 1 и 2 части четвертой статьи 13, пункте 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

7.6. Подписывая настоящий договор Пациент подтверждает и согласен, что подписывая Калькуляцию к индивидуальной программе лечения (далее – Программа лечения), являющейся неотъемлемой частью настоящего Договора, Пациент дает свое письменное согласие на изменение Программы лечения в случае, если в процессе оказания Услуг Исполнителем будет установлено, что в соответствии с медицинскими показаниями необходимо оказание медицинских услуг, не предусмотренных Программой лечения и (или) изменение количества медицинских услуг, предусмотренных Программой лечения, не влекущих изменение общей стоимости Услуг, предусмотренной настоящим Договором.

В случае, если по медицинским показаниям необходимо будет внесение изменений в Программу лечения, в том числе в части предоставления на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, влекущих увеличение итоговой стоимости лечения, предусмотренной и согласованной Сторонами Программы лечения, Пациент выражает свое согласие на внесение таких изменений, в том числе на выполнение дополнительных медицинских услуг включая выполнение медицинских услуг, предусмотренных Программой лечения в большем количестве с оплатой за его счет. При этом, согласие Пациента на изменение Программы лечения, в том числе на выполнение дополнительных медицинских услуг, выражается путем подписания информированного добровольного согласия на оказание ему соответствующей медицинской услуги либо иного документа, подтверждающего его согласие на оказание таких дополнительных медицинских услуг, в том числе таким документом является Акт приема-передачи оказанных услуг.

Подписывая Программу лечения Пациент дает свое согласие, при наличии медицинских показаний, на увеличение количества медицинских услуг, предусмотренных Программой лечения и не требующих получения информированного добровольного согласия, в 2 (двух) кратном размере по соответствующей услуге без подписания дополнительного соглашения к Договору.

Оплата дополненных и оказанных Услуг производится Пациентом в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты окончания оказания Услуг по Договору (с даты выписки Пациента). Итоговая стоимость оказанных Услуг указывается в Акте приема-передачи оказанных услуг, подписываемому Сторонами.

7.7. Все приложения к договору, подписанные уполномоченными на то лицами сторон, являются его неотъемлемой частью.

7.8. Договор составлен и подписан в 2-х экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой Стороны.

**8. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:** | **Пациент :** |
| АНО «Клиника НИИТО»Адрес: 630091, г. Новосибирск, ул. Фрунзе, д.19А, офис 305 363-31-31ИНН 5406189081 КПП 540601001ОГРН 1025402469620р/с 40703810000770000012в ПАО «БАНК УРАЛСИБ» Г. Москва к/с № 30101810100000000787БИК 044525787 | ФИОГ.р.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Паспорт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Место регистрации по месту жительства:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Фактический адрес проживания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Эл. почта\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_(должность)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_м.п. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Приложение к Договору №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на оказание платных медицинских услуг

от «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_г.

**Калькуляция**

Пациент: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование услуги** | **Кол-во** | **Цена** | **Стоимость** |
| 1 |  |  |  |  |

**ИТОГО:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_РУБ. (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:** | **Пациент**  |
| АНО «Клиника НИИТО»Адрес: 630091, г. Новосибирск, ул. Фрунзе, д.19А, офис 305 363-31-31ИНН 5406189081 КПП 540601001ОГРН 1025402469620р/с 40703810000770000012в ПАО «БАНК УРАЛСИБ» Г. Москва к/с № 30101810100000000787БИК 044525787 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(фио)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ м.п. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Приложение

к Договору оказания платных медицинских услуг

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

(дата оформления)

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Согласие на обработку персональных данных** |

 |
|

|  |
| --- |
| Я, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, зарегистрирован(а) по адресу: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, контактный телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, документ, удостоверяющий личность: паспорт\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** выдан**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** дата выдачи**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,в соответствии с п. 4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ  «О персональных данных» **даю свое согласие** на обработку **АНО «Клиника НИИТО»** (юридический адрес: г. Новосибирск, ул. Фрунзе, 19а)(далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о документе, удостоверяющем личность, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, биометрические персональные данные, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания мне медицинских услуг, а также для формирования статистической отчетности.В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право любым медицинским работникам Оператора передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Оператор в том числе, 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 (документов) по договору на оказание платных медицинских услуг, по договорам ОМС (договорам ДМС) и в иные документы.Оператор имеет право во исполнение своих обязательств при работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами обязательного медицинского страхования с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**20\_\_\_\_** г.Я оставляю за собой право отозвать свое 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.В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение срока, установленного действующим законодательством при условии, что завершены все взаиморасчеты по оплате медицинских услуг, оказанных в рамках Договора на оказание платных медицинских услуг от **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_**г.***Примечание:***Согласно п.2. ст.9 Федерального закона от 27.07.2006  № 152-ФЗ  «О персональных данных» согласие на обработку персональных данных может быть отозвано субъектом персональных данных. В случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку персональных данных, Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, указанных, в частности, в п.4 части 2 статьи 10 указанного Федерального закона, а именно если обработка данных осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, 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. |

 |
|

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) (Ф.И.О. гражданина)**«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.**(Дата оформления) |

 |

Приложение

к Договору оказания платных медицинских услуг

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

(дата оформления)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Информированное добровольное согласие****на получение платных медицинских услуг** |

 |
|

|  |
| --- |
| Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** был(а) осведомлен(а) о следующем:**Медицинские услуги**, оказываемые мне по Договору на оказание платных медицинских услуг от **«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_** г. (далее по тексту – Договор), **я могу получить бесплатно** в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Новосибирской области.Я проинформирован(а), что медицинские услуги, в том числе предусмотренные Договором, АНО «Клиника НИИТО» предоставляет за плату:по видам медицинской помощи, не оказываемым АНО «Клиника НИИТО» в рамках территориальной программы  обязательного медицинского страхования;при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011  «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», и случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в неотложной или экстренной форме;гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;при оказании медицинской помощи на иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Новосибирской области и (или) целевыми программами по желанию потребителя (заказчика), включая в том числе:предоставление медицинской помощи вне общей очереди и/или с повышенным уровнем комфортности;предоставление медицинской помощи в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;предоставление медицинской помощи без наличия документов, подтверждающих право на оказание медицинской помощи за счет средств федерального бюджета, областного бюджета Новосибирской области, бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Новосибирской области и иных государственных внебюджетных средств.**Я подтверждаю, что у меня имеется одно или несколько из вышеуказанных оснований, не дающих мне право на получение медицинских услуг бесплатно**, в частности мною не предъявлены документы, подтверждающие право на получение медицинской помощи в АНО «Клиника НИИТО» за счет средств федерального бюджета, областного  бюджета Новосибирской области, бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Новосибирской области и иных государственных внебюджетных средств (направление на получение медицинских услуг в АНО «Клиника НИИТО», оформленное в установленном законодательством Российской Федерации порядке, страховой полис).**Я согласен(на), что в рамках Договора АНО «Клиника НИИТО» оказывает мне медицинские услуги именно на платной основе и, подписывая Договор, я сознательно и добровольно согласился(ась) на оказание мне медицинских услуг в АНО «Клиника НИИТО» на платной основе.**Я ознакомлен(а) с действующим Прейскурантом цен АНО «Клиника НИИТО» и согласен(на) оплатить стоимость медицинских услуг в соответствии с ним.Я проинформирован(а) о том, что медицинские услуги я могу получить в других медицинских организациях, и подтверждаю свое согласие на получение медицинских услуг именно в АНО «Клиника НИИТО».Я подтверждаю, что мне разъяснили все интересующие меня аспекты получения медицинских услуг на платной основе, в том числе об имеющейся альтернативе получения медицинских услуг бесплатно.  Мне была предоставлена возможность задавать интересующие меня вопросы по поводу медицинских услуг, предусмотренных Договором, я получил(а) на них ответы в доступной для моего понимания форме.Настоящим удостоверяю, что я ознакомился(ась) с приведенной выше информацией, что полученные мной разъяснения мне полностью понятны, и я полностью понимаю назначение данного документа, и **подтверждаю свое согласие на получение медицинских услуг, предусмотренных Договором, на платной основе.** |

 |
|

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* *(подпись)                                                                                             (Ф.И.О. гражданина)*

**«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_** г.*(дата оформления)* |

 |