

ДОГОВОР № _____
возмездного оказания медицинских услуг

г. Санкт-Петербург

«_____» _____ 201_ г.

паспорт: _____, выдан _____, «__» _____ г., адрес местожительства: _____

представитель Пациента в силу закона: _____ (*отец, мать, опекун, попечитель и т.д.*), в дальнейшем именуемый "**Заказчик**", с одной стороны, и **Общество с ограниченной ответственностью «Медицинская компания «МЕДКОРП» (ООО «МЕДКОРП»)**, в лице Директора Санкт-Петербургского филиала ООО «Медицинская компания «МЕДКОРП» Кожевниковой Елены Владимировны, действующей на основании доверенности № 007 от «15» марта 2017 г., в дальнейшем именуемое "**Учреждение**" с другой стороны, заключили настоящий договор возмездного оказания медицинских услуг (далее «Договор») о следующем:

Термины, используемые в настоящем Договоре:

Заказчик – физическое лицо, являющееся Пациентом в соответствии с настоящим Договором, либо физическое лицо, действующее от имени Пациента и являющееся в соответствии с законодательством РФ законным представителем Пациента.

Пациент – физическое лицо, получающее медицинскую помощь в соответствии с условиями настоящего Договора и указанное в п.1.2. настоящего Договора.

Платные медицинские услуги (услуги) - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств Заказчика.

Информация об Учреждении:

- Полное фирменное наименование: Общество с ограниченной ответственностью «Медицинская компания «МЕДКОРП»;
- Свидетельство о внесении в Единый государственный реестр юридических лиц: серия 77 № 005423213 от 06 ноября 2002г., выдано Межрайонной инспекцией МНС России № 39 по г. Москве. ОГРН: 1027739515847;
- Лицензия на оказание медицинских услуг: серия ЛО-50 №ЛО-50-01-007573 от 12.04.2016г., выдана Департаментом здравоохранения города Москвы (адрес: 127006, г.Москва, Оружейный пер., д.43, тел. (499) 251-83-00) на срок – бессрочно, на основании решения лицензирующего органа от 12.04.2016г. №783
- Лицензия выдана на выполнение/оказание следующих работ/услуг:
Доврачебная помощь: медицинский массаж, сестринское дело, физиотерапия.
Амбулаторно-поликлиническая помощь, в т.ч. в условиях дневного стационара и стационара на дому: аллергология и иммунология, кардиология, неврология, мануальная терапия, отоларингология, офтальмология, терапия, функциональная диагностика, хирургия, эндокринология, педиатрия, ультразвуковая диагностика.
Прочие работы и услуги: экспертиза временной нетрудоспособности, предрейсовые медицинские осмотры водителей транспортных средств.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.

1.1. В соответствии с условиями настоящего Договора Учреждение обязуется оказать Пациенту платную медицинскую помощь **согласно п.1.2 настоящего Договора, на основании действующего преискуранта** (далее по тексту – «услуги») в объеме и в сроки, установленные настоящим Договором, а Заказчик обязуется своевременно оплачивать оказанные услуги.

Пациентом по настоящему Договору является:

Ф.И.О. _____;

Возраст _____ (полных лет).

паспорт/свидетельство о рождении: серия: _____ номер: _____ выдан: _____ (когда) _____ (кем),

адрес регистрации по месту жительства: _____ (регистрация)

1.2. Виды и объем медицинских услуг согласованы Сторонами и отражены в квитанции: серия: _____, номер: _____ от «__» _____ 201_ г.

1.3. Срок оказания услуг: с «___» _____ 201__г. по «___» _____ 201__г.

1.4. Учреждение оказывает платные медицинские услуги по адресу Заказчика, указанному в разделе 8 настоящего Договора.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

2.1 **Учреждение берет на себя обязательства**, используя все свои возможности, материально-технические средства, профессиональные знания специалистов, а при необходимости, привлекая сторонних специалистов и медицинские организации, осуществить следующее:

2.1.1. Обеспечить оказание качественных услуг Заказчику согласно режиму работы Учреждения и перечню предоставляемых услуг.

2.1.2. В случае возникновения препятствий для выполнения условий настоящего договора Учреждение обязано своевременно известить Заказчика *по контактному телефону*, указанному в **Разделе 8** настоящего Договора.

2.1.3. В процессе оказания услуг, информировать Заказчика о предстоящих основных или дополнительных лечебно-профилактических и прочих процедурах и их стоимости, необходимых медикаментозных препаратах и расходных материалах и их стоимости.

2.1.4. Организовать за счет Заказчика и с его согласия необходимые дополнительные обследования и процедуры в других медицинских учреждениях, при невозможности выполнения таковых силами Учреждения.

2.1.5. Вести необходимую медицинскую документацию и после исполнения обязательств по Договору выдавать Заказчику медицинские документы установленного образца (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Пациента после получения услуг.

2.1.6. При предоставлении платных медицинских услуг Учреждение обязуется соблюдать порядок оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.1.7. Учреждение представляет Пациенту по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.2. Учреждение имеет право:

2.2.1. Получать от Пациента любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредоставления либо неполного или неверного предоставления Пациентом информации Учреждение имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до представления необходимой информации.

2.3. Заказчик обязан:

2.3.1. В случае возникновения препятствий для выполнения условий настоящего Договора, Заказчик обязан своевременно известить Учреждение *по контактному телефону: 8(812)329-19-16; 8(812)334-43-02*

2.3.2. Исполнять все назначения и требования лечащего врача, специалистов медицинского персонала Учреждения, необходимы для осуществления настоящего Договора, а также соблюдать правила поведения пациентов в медицинском Учреждении, график приема врачей-специалистов.

2.3.3. Заказчик обязан сообщить медицинскому персоналу Учреждения достоверную информацию, связанную с состоянием здоровья, перенесенными наследственными и сопутствующими заболеваниями, для успешного проведения лечебно-диагностического процесса;

2.3.3.1. Настоящим Учреждение уведомляет Заказчика а Заказчик подтверждает что уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Учреждения (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Заказчика.

2.3.4. Произвести оплату стоимости услуг в сроки и на условиях, указанных в настоящем Договоре;

2.4. Заказчик имеет право:

2.4.1. Получать информацию об объеме, стоимости и качестве услуг, оказываемых Учреждением по настоящему Договору.

2.4.2. В случае необходимости получения медицинской помощи и услуг, не указанных в Приложении №1 к настоящему Договору, согласовать с Учреждением организацию такой помощи путем подписания дополнительного соглашения (Приложение №5).

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ.

3.1. Заказчик после заключения настоящего Договора производит оплату услуг в размере, указанном в п. 3.3 Договора.

3.2. Оплата Услуг осуществляется Заказчиком в порядке 100-процентной предоплаты (авансовый платёж) в день заключения настоящего Договора, путем внесения наличных денежных средств в кассу Учреждения. Пациенту в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается квитанция, подтверждающая произведенную оплату предоставленных медицинских услуг.

До даты оплаты услуг Учреждение вправе не предоставлять их Заказчику.

3.3. Стоимость оказанных Заказчику медицинских услуг по данному Договору определяется в сумме указанной в Приложении №1 к Договору. НДС не облагается на основании п.2 ст.149 НК РФ.

3.4. В случае прерывания оказания услуг по медицинским показаниям, Учреждение возвращает оплаченную ранее по Договору сумму за вычетом стоимости фактически оказанных услуг в течение 10-ти рабочих дней с момента прекращения оказания услуг.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.

4.1. В случае нарушения условий настоящего Договора Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.2. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Учреждение несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

4.3. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Учреждением в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5. ФОРС-МАЖОР.

5.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием непреодолимой силы, возникшей после заключения настоящего Договора (пожар, наводнение, землетрясение, иные явления природы, а также война, забастовки и иные приравненные к ним события).

5.2. При наступлении указанных в статье 5.1. Договора обстоятельств, Сторона, для которой наступили эти обстоятельства, должна известить об этом другую Сторону в срок не позднее трех дней с момента их возникновения. В случае отсутствия такого уведомления Сторона утрачивает право ссылаться на обстоятельства форс-мажора как на основание освобождения от ответственности.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА.

6.1. Настоящий Договор вступает в силу, с момента подписания его Сторонами и действует до момента исполнения Сторонами всех обязательств по настоящему Договору.

6.2. В случаях прерывания или отказа от услуг по медицинским показаниям со стороны Заказчика, обнаруженным в период действия Договора, настоящий Договор, может быть, расторгнут в одностороннем внесудебном порядке по инициативе любой из Сторон.

6.3. Настоящий Договор может быть изменен только по письменному соглашению Сторон, которое оформляется дополнительным соглашением, подписанным Сторонами и являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

6.4. Настоящий Договор может быть расторгнут в одностороннем внесудебном порядке по инициативе Заказчика (Заказчик вправе в отказаться от исполнения Договора/ части Договора) в любой период действия Договора в соответствии с действующим законодательством РФ.

В случае отказа Заказчика после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. Учреждение информирует Заказчика о расторжении договора по инициативе Заказчика, при этом Заказчик оплачивает Учреждению фактически понесенные Учреждением расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

6.4.1. Настоящий Договор может быть расторгнут Учреждением в одностороннем внесудебном порядке (Учреждение вправе в отказаться от исполнения Договора/ части Договора) при условии письменного уведомления Заказчика об этом не позднее чем за 10 дней до даты прекращения действия Договора в связи с его расторжением.

6.5. В случае досрочного расторжения Договора проводится окончательный взаиморасчет между Сторонами. При этом Учреждение возвращает Заказчику денежные средства, полученные им в счёт оплаты стоимости услуг за вычетом фактических расходов Учреждения, понесённых им в связи с оказанием услуг до даты расторжения Договора.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ.

7.1. Заказчик подтверждает, что до него и до Пациента в доступной форме доведена информация 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.

7.2. Настоящим Заказчик подтверждает, что Заказчик и Пациент в доступной форме ознакомлены с правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.

7.3. Настоящим Заказчика и Пациент проинформированы что Пациент дает свое согласие на обработку своих персональных данных путем подписания такого согласия по форме Приложения №2 настоящего Договора.

7.4. Настоящим Заказчика и Пациент проинформированы что Пациент дает свое согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которое Пациент дает информированное добровольное согласие при выборе врача для получения первичной медико-санитарной помощи путем его подписания по форме Приложения №3 настоящего Договора.

7.5. Настоящим Заказчика и Пациент проинформированы что у Пациента есть право на отказ от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые Пациент дает информированное добровольное согласие при выборе врача для получения первичной медико-санитарной помощи (форма отказа указана в Приложении №4 настоящего Договора).

7.6. Все уведомления и сообщения, направленные Сторонами в связи с исполнением настоящего договора, должны быть сделаны в письменной форме.

7.7. Стороны обязуются незамедлительно извещать друг друга о всех изменениях своих адресов и реквизитов.

7.8. Настоящий Договор составлен на 7 (семи) страницах в 3-х экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон, а один экземпляр Договора - для Пациента.

7.9. **Приложения:**

7.9.1. Приложение №1 - Квитанция на услуги.

7.9.2. Приложение №2 - Согласие субъекта персональных данных на обработку своих персональных данных.

7.9.3. Приложение №3 – Форма Информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которое Пациент дает информированное добровольное согласие при выборе врача для получения первичной медико-санитарной помощи».

7.9.4. Приложение №4 – Форма Отказа от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые Пациент дает информированное добровольное согласие при выборе врача для получения первичной медико-санитарной помощи.

7.9.5. Приложение №5 – Форма Соглашения об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг (информированное согласие).

8. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН.

Учреждение:

ООО "Медицинская компания "МЕДКОРП"

ИНН 7706181640, КПП 772501001

Юр.адрес: 115114, г.Москва, Дербеневская наб., д.7, стр.22

Коды: ОКПО – 18565607, ОКОНХ – 91514, 71212, 84200, 95120

Тел/факс +7(495) 721-10-80 / +7(495) 967-35-81

Р/с 40702810238090006498

в Сбербанк России ОАО, г.Москва

К/с 30101810400000000225,

БИК 044525225,

Заказчик:

ФИО: _____

Адрес местонахождения Пациента: _____

Домашний телефон: _____

Мобильный телефон: _____

9. ПОДПИСИ СТОРОН.

Учреждение:

Директор СПб филиала

ООО «Медицинская компания «МЕДКОРП»

Подпись _____ / Кожевникова Е.В./

М.П.

Заказчик:

_____ / _____ /

**Согласие
на обработку персональных данных**

Я, _____ (Ф.И.О. Пациента)
паспорт/свидетельство о рождении: серия: _____ номер: _____ выдан: _____ (когда)
_____ (кем),
зарегистрированный(ая) по адресу: _____
_____ (регистрация),
постоянно проживающий(ая) по адресу: _____
_____ (фактический адрес)
в лице законного Представителя (отец, мать, опекун, попечитель и т.д.) - _____ (указать представителя)
_____ (Ф.И.О. Представителя),
паспорт серия: _____ номер: _____ выдан: _____ (когда)
_____ (кем),
зарегистрированный(ая) по адресу: _____
_____ (регистрация),
постоянно проживающий(ая) по адресу: _____
_____ (фактический адрес)

своей волей и в своем интересе/интересе Пациента в соответствии с Федеральным законом №152-ФЗ «О персональных данных» и иными нормативно-правовыми актами принял решение о предоставлении своих/Пациента персональных данных (далее – «ПД») и даю согласие на их обработку Оператору ПД - ООО «МЕДКОРП» (ОГРН: 1027739515847, ИНН: 7706181640, адрес: 196158, Россия, г.Санкт-Петербург, Московский проспект, д.79, литер А), в целях исполнения определенных сторонами условий Договора возмездного оказания медицинских услуг, на совершение действий, предусмотренных пунктом 3 статьи 3 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных".

Под ПД в настоящем документе понимается любая информация, относящаяся ко мне/Пациенту, в том числе фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, место рождения, адрес, паспортные данные(свидетельство о рождении), контактные телефоны, e-mail, профессия, состояние здоровья, и другие категории ПД.

Настоящее согласие дано на использование следующих способов обработки ПД:

- неавтоматизированная обработка персональных данных;
- исключительно автоматизированная обработка персональных данных с передачей полученной информации по сети или без таковой;
- смешанная обработка персональных данных.

Настоящее согласие действует до «__» _____ 20__ г. или до момента его отзыва, осуществляемого путем подачи мною соответствующего письменного заявления Оператору ПД, не менее чем за 3 (три) рабочих дня до даты отзыва согласия.

В случае достижения цели обработки персональных данных Оператор ПД обязан незамедлительно прекратить обработку персональных данных и уничтожить соответствующие персональные данные в срок, не превышающий 3 (Трех) рабочих дней с момента достижения цели обработки ПД.

Я проинформирован(а) о праве в любой момент отозвать данное согласие, праве на получение сведений об Операторе ПД, праве на ознакомление с моими ПД, праве требовать уточнения ПД, блокирования или уничтожения ПД в случае, если они являются неполными, устаревшими, недостоверными, незаконно полученными.

Настоящим я подтверждаю, что в соответствии с ч. 3 ст. 18 Федерального закона от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных» до начала обработки моих ПД Оператор ПД предоставил мне информацию о своем наименовании и адресе, о цели обработки ПД и ее правовом основании, о предполагаемых пользователях ПД и установленных Федеральным законом от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных» правах субъекта ПД.

Подпись _____ (_____)

Дата _____

к Договору № _____ возмездного оказания медицинских услуг
от «__» _____ 20__ г.

ФОРМА

«Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которое Пациент дает информированное добровольное согласие при выборе врача для получения первичной медико-санитарной помощи»

Я, _____ «__» _____ г.р.,
(Ф.И.О. Пациента)
паспорт/свидетельство о рождении: серия: _____ номер: _____ выдан: _____ (когда)
_____ (кем),
зарегистрированный(ая) по адресу: _____
_____ (регистрация),
постоянно проживающий(ая) по адресу: _____
_____ (фактический адрес)
в лице законного Представителя (отец, мать, опекун, попечитель и т.д.) - _____ (указать представителя)
_____ (Ф.И.О. Представителя),
паспорт серия: _____ номер: _____ выдан: _____ (когда)
_____ (кем),
зарегистрированный(ая) по адресу: _____
_____ (регистрация),
постоянно проживающий(ая) по адресу: _____
_____ (фактический адрес)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в «Перечень определенных видов медицинских вмешательств, для получения первичной медико-санитарной помощи», утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи мной / лицом, законным представителем которого я являюсь в ООО «МЕДКОРП» (ОГРН: 1027739515847, ИНН: 7706181640, адрес: 196158, Россия, г.Санкт-Петербург, Московский проспект, д.79, литер А).

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего / лица, законным представителем которого я являюсь, заболевания, характере и неблагоприятных эффектах диагностических лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне / лицом, законным представителем которого я являюсь, делать во время их проведения. Разъяснены все возможные исходы и альтернативы по предложенному обследованию и лечению. Необходимость иных методов стационарного обследования и лечения будут мне разъяснены дополнительно, при возникновении необходимости в их осуществлении.

Я информирован(а) о распорядке и правилах лечебно-охранительного режима, установленного Учреждением и обязуюсь их соблюдать, а также о том, что мне / лицом, законным представителем которого я являюсь, необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных медицинским персоналом Учреждения, лекарств.

Я поставил(а) в известность медицинский персонал Учреждения обо всех проблемах, связанных с моим / лицом, законным представителем которого я являюсь, здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных

мною / лицом, законным представителем которого я являюсь, и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых мною / лицом, законным представителем которого я являюсь, лекарственных средствах. Я сообщал(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств. Я понимаю, что результат моего / лица, законным представителем которого я являюсь, лечения зависит, в том числе от моего / лица, законным представителем которого я являюсь, исходного состояния здоровья, а также анатомических особенностей моего / лица, законным представителем которого я являюсь, здоровья.

Я понимаю и согласен(а), что Учреждение не может нести ответственность за качество ранее проведенного лечения в других медицинских учреждениях и возникновение медицинских осложнений, связанных с обострением уже имеющихся хронических воспалительных процессов, в том числе возникших при перелечивании.

Сведения, составляющие врачебную тайну о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь, в соответствии п.3 ст.13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана: [(Ф.И.О. гражданина)] [(контактный телефон)]

[(подпись)] [(Ф.И.О. Заказчика)] [(контактный телефон)]

[(подпись)] [(Ф.И.О. медицинского работника)] [(контактный телефон)]

" ____ " _____ 201 ____ г.
[(дата оформления)]

Подписи сторон:

Учреждение:

Директор СПб филиала

ООО «Медицинская компания «МЕДКОРП»

Подпись _____ / Кожевникова Е.В./
М.П.

Заказчик:

_____ / _____ / _____

Договору № _____ возмездного оказания медицинских услуг

от «___» _____ 20__ г.

ФОРМА

«Отказ от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые Пациент дает информированное добровольное согласие при выборе врача для получения первичной медико-санитарной помощи»

Я, _____ «___» _____ г.р.,
 (Ф.И.О. Пациента)
 паспорт/свидетельство о рождении: серия: _____ номер: _____ выдан: _____ (когда)
 _____ (кем),
 зарегистрированный(ая) по адресу: _____ (регистрация),
 _____ (фактический адрес)
 постоянно проживающий(ая) по адресу: _____ (фактический адрес)
 в лице законного Представителя (отец, мать, опекун, попечитель и т.д.) - _____ (указать представителя)
 _____ (Ф.И.О. Представителя),
 паспорт серия: _____ номер: _____ выдан: _____ (когда)
 _____ (кем),
 зарегистрированный(ая) по адресу: _____ (регистрация),
 _____ (фактический адрес)
 постоянно проживающий(ая) по адресу: _____ (фактический адрес)

при оказании мне / лицу, законным представителем которого я являюсь, первичной медико-санитарной помощи в ООО «МЕДКОРП» (ОГРН: 1027739515847, ИНН: 7706181640, юр.адрес: 196158, Россия, г.Санкт-Петербург, Московский проспект, д.79, литер А) отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в «Перечень определенных видов медицинских вмешательств, для получения первичной медико-санитарной помощи», утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - виды медицинских вмешательств):
(наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____
 (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

[(подпись)] [(Ф.И.О. Заказчика)] [(контактный телефон)]

[(подпись)] [(Ф.И.О. медицинского работника)] [(контактный телефон)]

"___" _____ 201__ г.
 [(дата оформления)]

Подписи сторон:

Учреждение:

Директор СПб филиала
 ООО «Медицинская компания «МЕДКОРП»
 Подпись _____ / Кожевникова Е.В./
 М.П.

Заказчик:

_____/_____/_____

к Договору № _____ возмездного оказания медицинских услуг
от " ____ " _____ г.

Форма СОГЛАШЕНИЯ
об объеме и условиях оказываемых
платных медицинских услуг (информированное согласие)

г. Санкт-Петербург

" ____ " _____ г.

Я, _____ « ____ » _____ г.р.,
(Ф.И.О. Пациента)

паспорт/свидетельство о рождении: серия: _____ номер: _____ выдан: _____ (когда)
_____ (кем),

зарегистрированный(ая) по адресу: _____
_____ (регистрация),

постоянно проживающий(ая) по адресу: _____
_____ (фактический адрес)

в лице законного Представителя (отец, мать, опекун, попечитель и т.д.) - _____ (указать представителя)
_____ (Ф.И.О. Представителя),

паспорт серия: _____ номер: _____ выдан: _____ (когда)
_____ (кем),

зарегистрированный(ая) по адресу: _____
_____ (регистрация),

постоянно проживающий(ая) по адресу: _____
_____ (фактический адрес)

в рамках договора об оказании платных медицинских услуг желаю получить дополнительные платные медицинские услуги не предусмотренные в Договоре (Приложение №1 к Договору № _____ от « ____ » _____ 201 ____ г.), при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от врача полную информацию о возможности и условиях предоставления мне / лицу, законным представителем которого я являюсь, бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне / лицу, законным представителем которого я являюсь, платных медицинских услуг и готов(а) их оплатить.

2. Я согласен(а) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями моего / лица, законным представителем которого я являюсь, организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, не несет ответственности за их возникновение.

3. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я / лицо, законным представителем которого я являюсь, должен(а) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.

4. Мною / в пользу лица, законным представителем которого я являюсь, добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды дополнительных медицинских услуг: _____, которые я хочу получить в ООО «МЕДКОРП» и согласен(а) оплатить лечение.

5. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(а) оплатить стоимость указанной дополнительной платной медицинской услуги в соответствии с ним.

6. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом и я / в пользу лица, законным представителем которого я являюсь, даю свое согласие на их оплату в кассу (по квитанции) ООО «МЕДКОРП» в сумме: _____ руб. _____ коп.

7. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося заболевания у меня / лица, законным представителем которого я являюсь, могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной дополнительной медицинской услуги в ООО «МЕДКОРП» (ОГРН: 1027739515847, ИНН: 7706181640, адрес: 196158, Россия, г. Санкт-Петербург, Московский проспект, д. 79, литер А).

8. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне / в пользу лица, законным представителем которого я являюсь, видов платных медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Заказчик: ([подпись]) _____ ([ФИО]) _____
паспорт: ([серия]) _____, ([№]) _____, ([выдан]) _____
" " _____ г.

Настоящее соглашение подписано пациентом на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы и является приложением к договору № _____ возмездного оказания медицинских услуг от «__» _____ 201__ г..

([должность]) _____ ([ФИО]) _____ ([подпись]) _____
(фамилия, имя, отчество ответственного лица)

ООО «МЕДКОРП» М.П.

Подписи сторон:

Учреждение:

Директор СПб филиала
ООО «Медицинская компания «МЕДКОРП»
Подпись _____ / Кожевникова Е.В./
М.П.

Заказчик:

_____ / _____ /