

УВЕДОМЛЕНИЕ

До заключения договора Исполнитель в доступной форме уведомляет Потребителя о том, что несоблюдение указанных (рекомендаций) Исполнителя (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 Потребителя, а также о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственности получения соответствующих гражданам медицинской помощи.

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № _____

Аэропорт Красноярск

« ____ » _____ 20 ____ г.

Пациент (Потребитель)

(Ф.И.О. физического лица)

Паспорт серия _____ № _____ Выдан _____ « ____ » _____ года.

Адрес фактического места жительства _____

Дата рождения: « ____ » _____ г. Телефон: +7 (____) _____ - _____ - _____ E-MAIL: _____ @ _____

Этот раздел заполняется только на лиц несовершеннолетних (не достигших 15 лет) и недееспособных являясь законным представителем – матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем

_____ (ФИО полностью, дата, месяц, год рождения)

и ООО «Аэропорт Емельяново», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Метцлера А.В., далее совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем.

1.1. Исполнитель обязуется, по желанию Пациента (законного представителя Пациента), оказать платные медицинские услуги Пациенту:

№	Код услуги	Наименование медицинской услуги	Стоимость услуги (руб)	Количество	Срок оказания услуг
1					

(далее - Услуги), а Пациент – оплатить оказанные Услуги по Прейскуранту Исполнителя в соответствии с условиями настоящего Договора. При расхождении сведений о наименовании, количества и стоимости Услуг, указанных в настоящем пункте и сведений, указанных в Акте сдачи-приемки оказанных услуг (Приложение №1 к настоящему Договору), преимущественную силу имеют сведения об Услуге(ах), указанных в Акте сдачи-приемки оказанных услуг (Приложение №1 к настоящему Договору).

1.2. Исполнитель оказывает Услуги, на основании лицензии ЛО-24-01-004155 от 25.10.2018 г., выданной Министерством Здравоохранения Красноярского края (адрес места нахождения (фактический): 660021, г. Красноярск, ул. Горького, д. 3к. тел. _____. Перечень платных медицинских Услуг, предоставляемых Исполнителем в соответствии с лицензией, сведения о квалификации медицинского персонала, а также иные сведения представлены на информационном стенде и на официальном сайте ООО «Аэропорт Емельяново» www.kja.aero в разделе «Услуги/Медицинская помощь».

1.3. Подписывая настоящий Договор, Пациент (законный представитель Пациента) подтверждает, что ему в доступной форме была разъяснена информация о методах оказания Услуг, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах. Пациент подтверждает свое добровольное согласие на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

1.5. Услуги оказываются после совершения Пациентом предварительной оплаты в размере 100% стоимости Услуг, одним из следующих способов: наличными денежными средствами либо банковской картой международных платежных систем через кассу Исполнителя. В подтверждение оплаты услуг Пациенту выдается соответствующий фискальный документ (кассовый чек).

В случае отказа Пациента от продолжения обследования, при расторжении Договора по основаниям, предусмотренным в п. 1.12 Договора, с Пациента удерживается стоимость фактически оказанных услуг и стоимость фактически понесенных Исполнителем расходов. Остаток суммы, внесенной за Услуги, предусмотренные в п. 1.1. и (или) Акте сдачи-приемки оказанных услуг (Приложение №1 к настоящему Договору), возвращается в течение 20 (двадцати) дней.

1.6. Стоимость Услуг определяется действующим в ООО «Аэропорт Емельяново» на момент заключения Договора Прейскурантом, размещенным на официальном сайте ООО «Аэропорт Емельяново» www.kja.aero в разделе "Партнерам" - Ставки аэропортовых сборов и тарифы (Прейскурант на услуги по медицинскому обслуживанию). Пациент ознакомился с Прейскурантом. Окончательный перечень, объем, стоимость Услуг определяется в Акте сдачи-приемки оказанных услуг (Приложение №1 к Договору).

1.7. Подписывая настоящий Договор, Пациент тем самым подтверждает, что ознакомлен с установленными Исполнителем сроками оказания медицинских услуг, выполнения исследований, диагностики и согласен с таковыми сроками. Пациент обязан предоставить Исполнителю всю необходимую информацию (аллергической предрасположенности) и других обстоятельствах, необходимых для оказания заказанной Пациентом медицинской услуги.

1.9. Пациент со своего согласия может получать результаты по телефону текстовым сообщением, по электронной почте или другими способами, которые потенциально допускают разглашение врачебной тайны.

1.10. По запросу Пациента Исполнитель выдает Справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации по форме утвержденной приказом Минздрава России и МНС России от 25 июля 2001 г. № 289/БГ-3-04/256.

1.11. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с текущим разделом настоящего договора.

1.12. Договор считается заключенным с момента его подписания Сторонами и действует в течение 1 года с учетом полного исполнения обязательств.

Договор может быть прекращен до истечения срока по основаниям, предусмотренным Гражданским законодательством РФ, а также в одностороннем порядке Исполнителем в случае отказа Пациента от подписания информированного добровольного согласия на оказание медицинских услуг, невозможности исполнения Исполнителем обязательств по Договору, возникшей при нарушении Пациентом режима лечения, правил поведения, установленных в Аэропорту Красноярск, назначений рекомендаций врача, появление Пациента в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

1.13. Подписывая данный договор, Пациент в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" подтверждает свое согласие на обработку ООО «Аэропорт Емельяново» персональных данных Пациента (далее –ПД), включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, фотографии и сведения, оставляющие врачебную тайну, серию и номер листка нетрудоспособности, контактные телефоны и адреса электронной почты, рекви-

зиту полиса ОМС(ДМС), данные о состоянии своего здоровья, диагнозе, и иные сведения, полученные при оказании Услуг. В процессе оказания Услуг, Пациент предоставляет право Исполнителю передавать ПД, в том числе, составляющие врачебную тайну, третьим лицам: страховым компаниям, Роспотребнадзора, авиакомпании, медицинской лаборатории, лечебно-профилактическим учреждениям в медико-профилактических целях, в целях предупреждения возникновения и распространения инфекций, в интересах обследования и лечения Пациента, для установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

Пациент предоставляет Исполнителю право осуществлять все действия с его ПД, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Исполнитель вправе обрабатывать ПД посредством внесения их в электронные базы данных, включение в списки (реестры) и отчетные формы, документы, использовать ПД посредством сообщения о времени приема и иной информации, связанной с оказанием медицинских услуг. Срок хранения ПД соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Настоящее согласие действует бессрочно и может быть отозвано Пациентом в письменном виде - заказным письмом.

1.14. Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

1.15. Подписывая данный Договор, Пациент подтверждает, что делает это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения.

1.16. Настоящий договор составлен и подписан в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

1.17. Пациент согласен, что при подписании любых дополнительных соглашений и приложений к нему, Исполнитель вправе использовать аналог собственноручной подписи, проставляемой посредством клише с факсимиле подписи, что не противоречит требованиям ст. 160 Гражданского кодекса РФ.

1.18. Неотъемлемой частью настоящего Договора является Акт сдачи-приемки оказанных услуг (Приложение №1 к Договору); Информированное согласие на оказание медицинских услуг (Приложение №2 к Договору).

<p>Исполнитель: Общество с ограниченной ответственностью «Аэропорт Емельяново» 663020, Красноярский край, Емельяновский район, пгт. Емельяново, тер. Аэропорт Красноярск ИНН 2460213509, КПП 241101001 ОГРН 1092468001482 Р/сч.: 40702810631000098329 К/с: 30101810800000000627 Банк: КРАСНОЯРСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ №8646 ПАО СБЕРБАНК БИК: 040407627 Тел/ (391) 2-286-199 Факс/ (391) 2-286-124 Генеральный директор ООО «Аэропорт Емельяново» _____ / А.В. Метцлер/ М.П.</p>	<p>Пациент: Пациент _____ ФИО _____ В случае неполучения результата лично, я согласен на получение результата диагностического исследований смс оповещением, по электронной почте (нужное подчеркнуть). Риски и последствия несанкционированного доступа третьих лиц к результатам исследований осознаю. Второй экземпляр договора получен на руки. V _____ (подпись)</p>
--	---

ПРИЛОЖЕНИЕ №1
к Договору на оказание платных
медицинских услуг № _____
от « ____ » _____ 20 ____ г.

Акт об оказанных медицинских услугах от « ____ » _____ 20 ____ г.

Исполнитель: ООО «Аэропорт Емельяново» здравпункт аэровокзала

Пациент: _____
 /Ф.И.О. пациента или его законного представителя/

Настоящий акт составлен в том что на основании договора на оказание платных медицинских услуг № _____ от « ____ » _____ 202 ____ г.
 «Исполнитель» оказал «Пациенту» следующие медицинские услуги:

№п/п	Наименование медицинской услуги	Стоимость одной услуги руб. Без НДС	Количество	Общая стоимость услуг, руб. Без НДС
1				
ИТОГО:				

Все вышеуказанные услуги оказаны полностью, Справка по результатам оказания услуг, отражающую состояние здоровья получена, претензий к качеству оказанных Исполнителем услуг Пациент не имеет.

<p>Исполнитель: Общество с ограниченной ответственностью «Аэропорт Емельяново» Генеральный директор ООО «Аэропорт Емельяново» _____ / А.В. Метцлер/ М.П.</p>	<p>Пациент: _____ _____ ФИО _____ V _____ (подпись)</p>
---	---

ПРИЛОЖЕНИЕ №2

к Договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____

от « ____ » _____ 20 ____ г.

Приложение № 2
к приказу Министерства здравоохранения Российской
Федерации от 20.12.2012 № 1177н (в ред. Приказа Мин-
здрава России
от 10.08.2015 № 549н)

Информированное добровольное СОГЛАСИЕ на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

« ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в **Здравпункте аэровокзала ООО «Аэропорт Емельяново»** Медицинским работником _____

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

в доступной для меня форме мне 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. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

У _____
(подпись) _____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О. медицинского работника)

_____ ” _____ г.
(дата оформления)