



ДОГОВОР
об оказании платных медицинских услуг

г. Москва

_____ г.

ЗАО «Центральная поликлиника «Литфонда» (лицензия: № Л041-01137-77/00368531 от 11.12.2018, действует бессрочно), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____ (должность) _____ (Ф.И.О.), действующего на основании доверенности № __ дата _____, и гражданин РФ _____, именуемый в дальнейшем «Пациент», заключили настоящий Договор (далее – Договор) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать медицинские услуги согласно обращениям Пациента и медицинским показаниям, по своему профилю деятельности в соответствии с лицензией, а Пациент обязуется оказанные услуги принять и оплатить.

1.2. Настоящий Договор является рамочным (ст. 429.1 ГК РФ) – определяет общие условия обязательственных взаимоотношений сторон, которые конкретизируются и уточняются сторонами путем обращений Пациента к Исполнителю за конкретными медицинскими услугами во исполнение Договора и в период его действия.

1.3. Конкретный перечень и объем услуг, который был предоставлен в рамках определенного лечения, за которым обратился Пациент, подтверждаются медицинской документацией, оформленной при оказании услуг и являющейся неотъемлемой частью Договора.

1.4. Перечень медицинских услуг, за которыми Пациент может обратиться к Исполнителю, и их стоимость указаны на сайте Исполнителя: <https://lit-clinic.ru/> (далее – сайт Исполнителя).

1.5. При исполнении настоящего Договора Исполнитель руководствуется действующим законодательством РФ, регулирующим предоставление платных медицинских услуг, в частности Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Законом РФ от 07.02.1992 N 2300-1 "О защите прав потребителей", Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736), действующими стандартами оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и иными нормативными актами.

1.6. Исполнитель **не участвует** в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. При этом Пациент предупрежден о возможности получения медицинской помощи без взимания платы в рамках таких программ в других медицинских учреждениях.

1.7. Информация об условиях и сроках ожидания платных медицинских услуг указана в Правилах внутреннего распорядка для пациентов (правила поведения пациентов), размещенных на сайте Исполнителя, являющихся неотъемлемой частью Договора.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель вправе:

2.1.1. Информировать Пациента о перечне медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, о стоимости этих услуг, о порядке работы Исполнителя, о Правилах внутреннего распорядка для пациентов Исполнителя (правила поведения пациентов), а также обо всех изменениях данных сведений путем размещения соответствующей информации на сайте Исполнителя.

2.1.2. Требовать от Пациента соблюдать Правила внутреннего распорядка для пациентов Исполнителя (правила поведения пациентов), размещенные на сайте Исполнителя.

2.1.3. Получить от Пациента информированное добровольное согласие в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан

2.1.4. Привлекать третьих лиц для оказания медицинских услуг, при этом ответственность перед Пациентом несет Исполнитель.

2.1.5. Отвечать на письменные заявления, претензии и требования Пациента в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации, а если для определенных заявлений, претензий и требований, заявленных Пациентом, такие сроки не установлены – в течение 30 дней с момента получения соответствующего письма Пациента.

2.2. Исполнитель обязан:

2.2.1. Оказывать Пациенту медицинские услуги в соответствии с законодательством Российской Федерации и Договором.

2.2.2. Оказывать Пациенту медицинские услуги по предварительной записи.

2.2.3. Осуществлять запись Пациента на прием при его обращении через регистратуру Исполнителя, или по телефону: **8-495-150-60-01**, или через сайт Исполнителя.

2.2.4. Давать при необходимости по просьбе Пациента разъяснения о ходе оказания услуг по Договору.

2.2.5. Хранить врачебную тайну Пациента, а также обрабатывать его персональные данные с согласия Пациента в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.3. Пациент вправе:

2.3.1. Обращаться к Исполнителю за медицинской помощью и квалифицированным оказанием медицинских услуг.

2.3.2. Получать полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

2.3.3. Отказаться от получения медицинских услуг, которые не были оказаны, оплатив при этом Исполнителю стоимость медицинских услуг, которые к этому моменту оказаны были (в том числе, с учетом п. 4.5 Договора).

2.3.4. Осуществлять иные права, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации и Договором.

2.4. Пациент обязан:

2.4.1. Соблюдать Правила внутреннего распорядка для пациентов Исполнителя (правила поведения пациентов), размещенные на сайте Исполнителя (ч. 3 ст. 27 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ).

2.4.2. Выполнять все предписания и рекомендации врачей, режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности. Пациент уведомлен о том, что несоблюдение указаний (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 Пациента.

2.4.3. Сообщать Исполнителю известную Пациенту необходимую для надлежащего оказания услуг по Договору достоверную информацию о своем здоровье (например, о заболеваниях, о возможных аллергических реакциях, о соблюдении/несоблюдении указаний (рекомендаций) Исполнителя и т.п.).

2.4.4. Оплачивать оказанные Пациенту медицинские услуги.

3. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

3.1. Пациент обязуется оплатить услуги, оказанные Исполнителем, по цене в соответствии с Прейскурантом, размещенном на сайте Исполнителя и действующим на дату оказания медицинской услуги. Медицинские услуги оплачиваются в день их оказания.

3.3. Общая сумма по Договору составляет общую стоимость всех оказанных Пациенту медицинских услуг.

3.4. Исполнитель вправе разрабатывать, в том числе в соответствии с рекомендациями Минздрава России, Программы оказания комплексных медицинских услуг (далее – Программы) и предлагать такие Программы Заказчику. Программы указываются на сайте Исполнителя.

Исполнитель вправе предоставить Пациенту скидку в отношении оказываемых в рамках Программы комплексных медицинских услуг.

3.5. Дополнительные медицинские услуги предоставляются на возмездной основе с учетом пунктов 1.1, 1.2, 1.3, 2.3.3 Договора, при этом оформление дополнительных соглашений или нового договора в этом случае не требуется.

3.6. Пациент выражает добровольное согласие получить медицинские услуги у Исполнителя платно за свой счет. При этом Пациент понимает и согласен получить медицинские услуги у Исполнителя, а также оплатить их самостоятельно за свой счет, даже если имеется возможность получить аналогичные медицинские услуги в иных медицинских учреждениях бесплатно, либо имеется возможность получить медицинские услуги за счет третьих лиц. В случае, если после оплаты и получения услуг Пациент договорится с каким-либо третьим лицом о компенсации Пациенту расходов по оплате этих услуг (их части) за счет такого третьего лица (например, если страховая компания признает наличие страхового случая и согласится выплатить страховое возмещение, иное третье лицо согласится оплатить расходы и т.п.), то Пациент понимает и согласен, что денежные средства Исполнителем Пациенту не возвращаются, и в этом случае Пациент получает компенсацию непосредственно от третьего лица в порядке, сроки, на условиях и в размере, достигнутых соглашением между Пациентом и этим третьим лицом.

4. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

4.1. Договор действует до конца текущего года. В случае если за неделю до окончания срока действия Договора ни одна из сторон не заявит о его прекращении, Договор пролонгируется на следующий календарный год. Количество пролонгаций не ограничено.

4.2. Стороны могут изменить или расторгнуть договор по соглашению сторон.

4.3. Пациент может расторгнуть договор в одностороннем порядке, известив Исполнителя за две недели до расторжения.

4.4. Исполнитель вправе приостановить оказание услуг (ст. 328 Гражданского кодекса РФ), а также потребовать расторжения Договора с Пациентом в случае наличия у Пациента просрочки оплаты оказанных ему услуг более чем на 5 календарных дней (ст. 782 Гражданского кодекса РФ).

4.5. В случае, если Пациенту была оказана только часть услуг из Программы, а от остальных услуг Программы он отказывается или уклоняется, то скидка **аннулируется** (не предоставляется), а услуги считаются оказанными в обычном порядке по обычным ценам Прейскуранта без предусмотренных Программой скидок.

В связи с этим сумма возврата денежных средств за не оказанные Пациенту услуги по Программе рассчитывается следующим образом: [сумма уплаченных Пациентом в рамках Программы денежных средств] минус [стоимость фактически оказанных медицинских услуг, рассчитанная по Прейскуранту, действующему на дату оказания услуг, **без скидок**].

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН И ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

5.1. Исполнитель несет ответственность перед Пациентом в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров. При не урегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке.

6. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫДАЧИ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

6.1. Медицинские документы, выписки из медицинских документов, отражающие состояние здоровья пациента, предоставляются в порядке, на условиях и в сроки, утвержденные Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 789н без взимания дополнительной платы.

7. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Пациент (Ф.И.О.): _____

Дата рождения: _____ г.

Место рождения (согласно паспорту): _____

Паспорт гражданина РФ: серия _____, номер _____, выдан _____, дата выдачи: _____ г.

Зарегистрирован(а) _____

Иной адрес для направления корреспонденции _____

Электронная почта (разборчиво): _____

Телефон: _____

Исполнитель:

Наименование: ЗАО «Центральная поликлиника Литфонда»

Адрес места нахождения: 125319, Москва, 1-ая Аэропортовская ул., д. 5,

Документ, подтверждающий внесение сведений в ЕГРЮЛ: Свидетельство серии 77 № 007773733, выданное межрайонной инспекцией МНС России № 39 по г. Москве.

Лицензия: № Л041-01137-77/00368531 от 11.12.2018 действует бессрочно, выдана Департаментом здравоохранения г.Москвы (с содержанием лицензий и перечнем медицинских услуг Пациент может ознакомиться на сайте Исполнителя, а также на сайте Росздравнадзора <https://www.roszdravnadzor.gov.ru/services/licenses>).

Сайт Исполнителя: <https://lit-clinic.ru/>

Телефон: 8-495-150-60-01

ОГРН 1027739113214 ИНН/КПП 7714066169/771401001 ОКПО: 17298660

р/с 40702810215800000097 в филиале Банка ВТБ (ПАО) к/с 30101810700000000187 БИК 044525187

Исполнитель: _____ (_____)	Пациент: _____ (_____)
-------------------------------	---------------------------



СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Дата анкетирования: _____

Я, нижеподписавшийся(аяся) проживающий(ая) по адресу: _____ являясь законным представителем/субъект(а)ом персональных данных в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 №152-ФЗ и статьи 13 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ЗАО «Центральная поликлиника Литфонда» (далее – Оператор, поликлиника) моих персональных данных и/или персональных данных субъекта Ф.И.О.: _____,

включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса медицинского страхования (ДМС), 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 лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью им обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать 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 персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации, а также договорами на оказание медицинской помощи по программам ДМС.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договорам на обмен (прием и передачу) персональным и данными со страховыми медицинскими компаниями с использованием машинных носителей, информации по каналам связи (в том числе не защищенным) и (или) в виде бумажных документов, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранить профессиональную (служебную тайну). Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) в соответствии с действующим законодательством РФ.

Я предупрежден(а), что в целях обеспечения безопасности, оказания медицинских услуг, а также в целях обеспечения прав пациентов и работников поликлиники в холлах, коридорах, некоторых медицинских кабинетах (за исключением кабинетов, в которых проводятся конфиденциальные (скрытые от посторонних) медицинские манипуляции) и других открытых общественных местах поликлиники гласно ведется видеозапись. Также Оператор записывает все телефонные разговоры по обращениям пациентов в поликлинику. Я согласен(-на) на ведение таких видео- и аудиозаписей в том числе в отношении себя лично, а также на обработку ЗАО «Центральная поликлиника Литфонда» своих персональных данных, полученных в результате таких видео- и аудиозаписей, в указанных целях.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

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 роспись представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных. Оператор обязан:

- а) прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.
- б) по истечении указанного выше срока хранения персональных данных равного сроку хранения первичной медицинской документации, уничтожить (стереть) все персональные данные из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях, без уведомления меня об этом.

✓

(подпись) (фамилия, имя, отчество)

Заполняется ответственным работником ЗАО «Центральная поликлиника Литфонда»: личность лица, указанного выше, мной проверена. Подпись поставлена в моем присутствии.

(подпись) (фамилия, имя, отчество)

АНКЕТА о согласии на получение информации по каналам связи (СМС рассылка, интернет) и обработку персональных данных

Дата анкетирования _____

I. Анкетные данные

Фамилия, имя, отчество _____

Адрес _____

Номер телефона	+7	
Электронная почта*		

***Внимание!** Уважаемый Клиент, для Вашего удобства просим указать также адрес электронной почты, на который будет приходить информация о ходе и результатах оказания медицинских услуг. Это позволит улучшить сервис, а также даст возможность создать «личный кабинет» - современный способ ускоренного информационного взаимодействия между Вами и поликлиникой. В противном случае, некоторую информацию Вы сможете получать только при личном посещении поликлиники.

2. Согласие на получение информации по каналам связи

- Я хочу получать любую информацию от ЗАО «Центральная поликлиника Литфонда» в виде смс-сообщений на указанный выше номер сотового телефона и сообщений на указанный выше адрес электронной почты
- Я не получаю и не хочу получать любую информацию от ЗАО «Центральная поликлиника Литфонда» в виде смс-сообщений на указанный выше номер сотового телефона и сообщений на указанный выше адрес электронной почты

3. Согласие на обработку персональных данных

- Я даю свое согласие
- Я не даю свое согласие

на обработку персональных данных, содержащихся в настоящей анкете с целью направления мне любой информации, в том числе на передачу соответствующей информации лицам, привлекаемым к исполнению указанных действий. Срок действия согласия (если предоставлено): до истечения шести месяцев с момента письменного отзыва пользователем согласия от получения соответствующей информации.

4. Порядок отзыва согласия на обработку персональных данных:

для отзыва согласия на обработку персональных данных необходимо подать соответствующее заявление в письменной форме по месту нахождения ЗАО «Центральная поликлиника Литфонда» не менее чем за 30 дней до момента отзыва соответствующего согласия. После отзыва согласия персональные данные используются только в целях, предусмотренных законодательством РФ.

5. Я подтверждаю, что все указанные в настоящей анкете данные верны, подтверждаю, что указанный выше номер является моим номером телефона, выделенным мне оператором сотовой связи, и готов возместить любой ущерб, который может быть причинен в связи с указанием мной некорректных данных в настоящей анкете в полном объеме.

✓

(подпись) (фамилия, имя, отчество)

Заполняется ответственным работником ЗАО «Центральная поликлиника Литфонда»: личность лица, указанного выше, мной проверена. Подпись поставлена в моем присутствии.

(подпись) (фамилия, имя, отчество)

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
“ _____ ” _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
“ _____ ” _____ г. рождения, проживающего по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства 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 – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в **Закрытом акционерном обществе «Центральная поликлиника Литфонда»:**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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».

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), в том числе после смерти:

_____ / +7 (_____) _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина. контактный телефон)

_____ / +7 (_____) _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина. контактный телефон)

_____ +7 (_____) _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

“ _____ ” _____ г.
(дата оформления)