

ДОГОВОР
на оказание платных медицинских услуг

г. Кисловодск

01.01.2025 г.

Акционерное общество "Санаторий "Крепость" в лице Генерального Директора Тырнова Александра Петровича, действующего на основании Устава, именуемого в дальнейшем «Исполнитель», на основании лицензии на медицинскую деятельность Л041-01197-26/01064451, с одной стороны и , , , тел. именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель» с другой стороны, вместе также именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. СВЕДЕНИЯ ОБ ИСПОЛНИТЕЛЕ

1.1 Наименование и фирменное наименование: АО «Санаторий «Крепость», Адрес места нахождения: 357700, Ставропольский край, г.Кисловодск, пр.Мира, д. 9, телефон 8 (87937) 9-60-47, 3-02-85, факс 3-70-38, сайт: www.kmvfort.ru, E-mail: mail@kmvfort.ru. Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы № 11 по Ставропольскому краю, Основной государственный регистрационный номер (ОГРН) 1232600014460. Информация о лицензии на медицинскую деятельность Регистрационный номер лицензии: Л041-01197-26/01064451; Дата предоставления лицензии: 16.02.2024; Лицензирующий орган: Министерство здравоохранения Ставропольского края.

Виды работ (услуг), выполняемых (оказываемых) в составе лицензируемого вида деятельности, в соответствии с частью 2 статьи 12 Федерального закона "О лицензировании отдельных видов деятельности": Приказ 866н; При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; медицинскому массажу; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в косметологии; стоматологии; физиотерапии; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); гастроэнтерологии; дерматовенерологии; диетологии; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; мануальной терапии; неврологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации); офтальмологии; психотерапии; пульмонологии; рентгенологии; рефлексотерапии; стоматологии общей практики; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностике; эндокринологии; эндоскопии; При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: терапии; При оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении организуются и выполняются работы (услуги) по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); гастроэнтерологии; дерматовенерологии; диетологии; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; мануальной терапии; медицинскому массажу; неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации); офтальмологии; педиатрии; психотерапии; пульмонологии; рентгенологии; рефлексотерапии; сестринскому делу; стоматологии; стоматологии общей практики; терапии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии;эндокринологии; эндоскопии; При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым).

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1 Исполнитель берет на себя обязательства оказать Потребителю платные медицинские услуги, предусмотренные разделом 5 договора, а Потребитель (Заказчик или Законный представитель Потребителя) уплачивает Исполнителю вознаграждение в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

2.2 Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя или его Законного представителя.

2.3 Платные услуги предоставляются после их предварительной оплаты в соответствии с разделом 5 настоящего договора

2.4 Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу: 357700, Ставропольский край, г.Кисловодск, пр.Мира, д. 9 в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006). Исполнитель вправе привлекать для оказания услуг по настоящему Договору третьих лиц (соисполнителей), имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности. В этом случае услуги могут оказываться по месту нахождения соисполнителей, а оплата оказанных услуг производится Потребителем Исполнителю.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Обеспечить Потребителя (Заказчика или Законного представителя Потребителя) бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о местонахождении Исполнителя (месте его государственной регистрации), режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

3.1.2. Оказывать Потребителю медицинские услуги, предусмотренные п. 2.1 настоящего Договора, надлежащего качества, в соответствии с требованиями (стандарты и требования к медицинским услугам на территории Российской Федерации), а при необходимости и дополнительные услуги в соответствии с требованиями (стандарты и требования к медицинским услугам на территории России).

3.1.3. Предупредить Потребителя (Заказчика или Законного представителя Потребителя) в случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором. Без согласия Потребителя (Заказчика или Законного представителя Потребителя) Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные платные медицинские услуги.

3.1.4. Представить Потребителю или его Законному представителю список своих сотрудников, обладающих специальным образованием и профессиональными навыками, которые будут оказывать медицинские услуги.

3.1.5. Не передавать и не показывать третьим лицам без согласия Потребителя или его Законного представителя находящуюся у Исполнителя информацию (документацию) о Потребителе.

3.1.6. Сотрудничать при оказании услуг по настоящему Договору с иными медицинскими учреждениями и специалистами

3.1.7. Представлять Потребителю или его Законному представителю материалы и заключения о ходе оказания услуг в печатном виде.

3.1.8. Предоставлять Потребителю или его Законному представителю по его требованию и в доступной форме информацию.

- о состоянии 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.

3.1.9. Давать при необходимости по просьбе Потребителя или его Законного представителя разъяснения о ходе оказания услуг.

3.2. Потребитель или его Законный представитель обязуется:

3.2.1. Перед оказанием платных медицинских услуг дать Исполнителю информированное добровольное согласие на оказание медицинских услуг (приложение №2) и соглашение об объемах и условиях оказываемых платных медицинских услуг (приложение 3).

3.2.2. Соблюдать Правила оказания платных медицинских услуг.

3.2.3. Во время нахождения на территории Исполнителя соблюдать Правила поведения в медицинском учреждении, установленные Исполнителем, если они не ограничивают его права по действующему законодательству и настоящему Договору.

3.2.4. По запросу Исполнителя предоставить ему необходимые документы и материалы, связанные с оказанием платных медицинских услуг.

3.2.6 Своевременно подписывать отчеты (акты) об оказании услуг Исполнителем.

3.2.7. В случае отказа от медицинских услуг (части медицинских услуг) уведомить об этом Исполнителя в письменной форме.

3.2.8. Уведомить Исполнителя в письменной форме о несоблюдении указаний, рекомендаций Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения.

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. Получать от Потребителя или его Законного представителя любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае не предоставления либо неполного или неверного предоставления Потребителем или его Законным представителем информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

3.3.2. Требовать от Потребителя соблюдения правил оказания медицинских услуг.

3.3.3. В случае отказа Потребителя или его Законного представителя от услуг, которые могли бы, по мнению Исполнителя, уменьшить или снять опасность для его здоровья, получить от Потребителя или его Законного представителя соответствующую расписку об отказе от медицинского вмешательства

3.4. Потребитель или его Законный представитель имеет право:

3.4.1. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с п 1.1 настоящего Договора.

3.4.2. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 N 1006).

3.5. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора.

4. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА

4.1. Подписываемые Сторонами отчеты (акты, результаты анализов, заключения) об оказании услуг являются подтверждением оказания услуг Исполнителем Потребителем.

4.2. Отчеты (акты, результаты анализов, заключения) представляются Исполнителем не позднее 7 дней со дня оказания услуг.

4.3. Потребитель или его Законный представитель обязуются рассмотреть и подписать отчеты (акты, результаты анализов, заключения), представленные Исполнителем, при их получении, при условии отсутствия у Потребителя или его Законного представителя каких-либо замечаний к оказанным Исполнителем услугам.

При наличии замечаний к оказанным Исполнителем услугам Потребитель или его Законный представитель указывает об этом в отчете (акте, результатах анализов, заключениях) и после устранения Исполнителем всех выявленных замечаний подписывает отчет (акт) и передает один экземпляр Исполнителю.

5. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

5.1. Стоимость Услуг устанавливается действующим прейскурантом и составляет:

Наименование медицинской услуги	Кол-во	Цена услуги	Сумма
Итого без НДС			
НДС			
Всего с учетом НДС			

Всего оказано услуг на сумму: 0 рублей.

5.2. Оплата Услуг осуществляется Потребителем (Заказчиком или Законным представителем Потребителя) с его согласия в порядке 100-процентной (100 %) предоплаты до получения Услуги путем использования национальных платежных инструментов, а также наличных расчетов по выбору Потребителя (внесение наличных денежных средств в кассу «Исполнителя») или по безналичному расчёту путём перечисления денежных средств на расчётный счёт «Исполнителя» или любым доступным способом.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1 Исполнитель несет ответственность перед Потребителем или его Законным представителем за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора по вине Исполнителя, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя.

6.2. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам исполнения услуг Потребитель вправе по своему выбору:

- назначить новый срок оказания услуги;
- потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;
- потребовать исполнения услуги другим специалистом;
- расторгнуть настоящий Договор и потребовать возмещения убытков.

6.3. В случае отказа Потребителя (Заказчика или Законного представителя Потребителя) от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика или Законного представителя Потребителя) о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель (Заказчик или Законный представитель Потребителя) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

6.4 Ни одна из Сторон не будет нести ответственность за полное или частичное неисполнение другой стороной своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом

Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

6.5 Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по Договору, обязана не позднее двух дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств

7. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

7.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров

7.2. При не урегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством РФ.

8. ПОРЯДОК ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ И СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

8.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания договора, и действует до полного исполнения сторонами всех обязательств.

8.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию Сторон.

8.3 Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон.

9. ИНЫЕ УСЛОВИЯ

9.1. Договор считается расторгнутым в случае отказа Потребителя или его законного представителя дать Исполнителю в письменной форме информированное добровольное согласие на оказание медицинских услуг (медицинское вмешательство).

9.2. Персональные данные, полученные от Потребителя или от его законного Представителя при заключении договора и в процессе его исполнения, обрабатываются в соответствии со статьей 6 и статьей 10 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» с учетом положений нормативных актов, регулирующих сроки хранения документов, содержащих персональные данные.

9.3. Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

9.4. Настоящий Договор составлен в количестве экземпляров, равном количеству сторон в договоре, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

10. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ЗАКАЗЧИК	ИСПОЛНИТЕЛЬ
	АО «Санаторий «Крепость»
Паспорт:	Юридический адрес:357700, Ставропольский край, г.Кисловодск, пр.Мира, д. 9 Фактический адрес филиала: 357700, Ставропольский край, г.Кисловодск, пр.Мира, д. 9
Телефон: , E-mail:	ИНН 2628062115 КПП 262801001



подпись

Р/счет 40502810860100000023
Банк получателя: Отделение №5230 Сбербанка России г. Ставрополь
К/счет 30101810907020000615
БИК 040702615

подпись

Генеральный директор

Тырнов А. П.

АКТ выполненных работ № от 01 января 2025 г.

Телефон:

E-mail:

Вид оплаты

Наименование медицинской услуги	Кол-во	Цена услуги	Сумма
Итого без НДС			
НДС			
Всего с учетом НДС			

Всего оказано услуг на сумму: () рублей.

Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.



ФИО заказчика

подпись

Тырнов А. П.

подпись

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Потребитель подтверждает свое согласие на обработку АО «Санаторий «Крепость» своих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты полиса ОМС (ДМС), СНИЛС в ПФ РФ, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по «Договору», а также в целях организации внутреннего учета АО «Санаторий «Крепость». В процессе оказания «Услуг» по «Договору» потребитель предоставляет право АО «Санаторий «Крепость» передавать свои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, должностным лицам АО «Санаторий «Крепость» в интересах своего обследования, лечения и внутреннего учета и делопроизводства АО «Санаторий «Крепость».

Потребитель предоставляет АО «Санаторий «Крепость» право осуществлять все действия (операции) со своими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. АО «Санаторий «Крепость» вправе обрабатывать персональные данные потребителя путем внесения их в электронную базу данных АО «Санаторий «Крепость». АО «Санаторий «Крепость» вправе обмениваться персональными данными со страховой организацией во исполнении договора ДМС.

Настоящее согласие действует бессрочно до момента его отзыва потребителем, который осуществляется путем направления в адрес АО «Санаторий «Крепость» по почте заказного письма с уведомлением о вручении, либо путем вручения лично под расписку представителю АО «Санаторий «Крепость» Письменного заявления об отказе от предоставления настоящего согласия.

В случае получения АО «Санаторий «Крепость» письменного заявления от потребителя об отзыве согласия на обработку персональных данных, АО «Санаторий «Крепость» обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанных потребителю «Услуг».

В подтверждении добровольности предоставления согласия потребитель ставит собственноручную подпись: _____ подпись потребителя услуг.



ФИО отдыхающего

подпись

"01" января 2025 г.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
при оказании платных медицинских услуг

Я, , ,

- ознакомлен (ознакомлена) с распорядком работы учреждения, правилами внутреннего распорядка и правилами оказания платных медицинских услуг, установленного о данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать;

- добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического. исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализа мочи общего, электрокардиографии; проведения рентгеновских, ультразвуковых' и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

- информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения,

- извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств

- предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение назначенного режима лечения, рекомендаций медицинских работников, предоставляющих платную медицинскую услугу, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок и (или) отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных

факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками с учетом сохранения врачебной тайны;

- ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

- разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам

- мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях



ФИО отдыхающего

подпись

"01" января 2025 г.

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

Я, заказчик, , в рамках

Договора об оказании платных медицинских услуг желаю получить платные медицинские услуги в АО «Санаторий «Крепость», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников АО «Санаторий «Крепость» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне медицинских услуг, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

3. Мне разъяснено и я осознал (-а), что проводимое обследование и(или) лечение и(или) профилактика не гарантирует мне стопроцентный результат и что при оказании платных медицинских услуг как в настоящем времени, так и в будущем возможны различные осложнения.

4. Я согласен (на) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями моего организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, не несет ответственности за их возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов обследования и(или) лечения и(или) профилактики я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей «Исполнителя».

6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом, выбраны медицинские услуги, указанные в Договоре которые я хочу получить в АО «Санаторий «Крепость», и согласен (на) их оплатить.

7. Я ознакомлен (на) с действующим прейскурантом и согласен (на) оплатить стоимость указанной медицинской услуги (услуг) в соответствии с ним.

8. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом, и я даю свое согласие на их оплату в кассу (по безналичному перечислению) «Исполнителя».



ФИО заказчика

подпись