

**ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬ
ИГНАТОВА ИННА ВИКТОРОВНА**

ОГРНИП: 324911200082463, ИНН: 910222940006

ПРИКАЗ

от 22.10.2024 г.

№2210-дпму

г. Симферополь

Об утверждении формы договоров
на оказание платных медицинских услуг
ИП Игнатова И.В.

В целях соблюдения ИП Игнатова И.В. положений ст. 84 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ и требований Постановления правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу Постановления Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006» при осуществлении медицинской деятельности,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить и ввести в действие прилагаемые к настоящему приказу Договор на оказание платных медицинских услуг и Акт оказанных медицинских услуг (Приложение № 1).
2. Обеспечить контроль за размещением (актуализацией) Договора на оказание платных медицинских услуг и Акта оказания платных медицинских услуг на информационных стендах.
3. Контроль исполнения настоящего приказа оставляю за собой.

Индивидуальный предприниматель

И.В. Игнатова



ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг

Дата составления договора « _____ » _____ 202__ года	Место составления договора 295026, Республика Крым, г. Симферополь, ул. Мичурина, д. 14
---	--

СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА

СВЕДЕНИЯ ОБ ИСПОЛНИТЕЛЕ

Индивидуальный предприниматель **Игнатова Инна Викторовна** (ОГРНИП 324911200082463, ИНН 910222940006, адрес регистрации: 295050, Республика Крым, г. Симферополь, пер. Стрелковый, д. 38, адрес осуществления медицинской деятельности: 295026, Республика Крым, г. Симферополь, ул. Мичурина, д. 14, Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01177-91/01454172, от 21.10.2024, (действует бессрочно), выданная Министерством здравоохранения Республики Крым (адрес: Республика Крым, г. Симферополь, пр-т Кирова, 1, телефон +7(3652)62-12-71), на осуществление следующих видов работ (услуг): при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу; сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; офтальмологии, действующая на основании сведений о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя, именуемый далее «ИСПОЛНИТЕЛЬ». с одной стороны и

СВЕДЕНИЯ О ПОТРЕБИТЕЛЕ

Фамилия, имя, отчество (если имеется):

именуемый (-ая) далее «ПОТРЕБИТЕЛЬ», действующий (-ая) от своего имени на основании гражданской правоспособности, с другой стороны,

СВЕДЕНИЯ О ЗАКОННОМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ

(если договор заключается представителем)

Фамилия, имя, отчество (если имеется):

именуемый (-ая) далее «ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ», действующий (-ая) на основании (указать документ) _____, с другой стороны,

СВЕДЕНИЯ О ЗАКАЗЧИКЕ (если договор заключается заказчиком)

Фамилия, имя, отчество (если имеется)/наименование (для юридического лица):

именуемый (-ая,-ое) далее «ЗАКАЗЧИК», в лице _____, действующего (-ей) на основании (указать документ) _____, другой стороны,

именуемые далее «Стороны», а отдельно «Сторона»,

заключили настоящий договор (далее – «Договор») о нижеследующем:

УСЛОВИЯ ДОГОВОРА

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему Договору Исполнитель обязуется оказать/предоставить Потребителю платные медицинские услуги по своему профилю деятельности в соответствии с выданной лицензией на осуществление медицинской деятельности, согласно утвержденным тарифам на медицинские услуги (далее – Прейскурант/Прайс), а Потребитель/Законный представитель/Заказчик обязуется принять и оплатить оказанные услуги. Подписывая настоящий договор Потребитель/Законный представитель/Заказчик выражает свое волеизъявление на получение Потребителем платных медицинских услуг, являющихся предметом настоящего договора, в объеме и сроки, закреплённые в его условиях.

1.1.1. Медицинские услуги предоставляются в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации, утвержденными в установленном порядке.

1.1.2. Медицинские услуги предоставляются в соответствии с положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, в полном объеме в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации и клиническими рекомендациями (при их наличии) либо по просьбе Потребителя/Законного представителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в большем или меньшем объеме, чем предусмотрено стандартом медицинской помощи.

1.1.3. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя/Законного представителя, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

1.2. Перечень платных медицинских услуг, являющихся предметом настоящего Договора, оказываемых Потребителю в соответствии с его условиями, с указанием их стоимости определяется в Акте (ах) оказания медицинских услуг, который является неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.3. Потребитель/Законный представитель/Заказчик подтверждает, что до подписания настоящего Договора:

- Исполнитель уведомил Потребителя/Законного представителя/Заказчика 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;

- Исполнитель ознакомил Потребителя/Законного представителя о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

- Исполнитель уведомил Потребителя/Законного представителя/Заказчика 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 её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя;

- Исполнитель ознакомил Потребителя/Законного представителя/Заказчика с Правилами предоставления платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736, с внутренними локальными актами, регулирующими порядок предоставления платных медицинских услуг Исполнителем, а также правилами внутреннего распорядка для пациентов и посетителей в медицинской организации (правила поведения в медицинской организации);

- Исполнитель ознакомил Потребителя/Законного представителя/Заказчика с порядками оказания медицинской помощи, со стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги, сроками ожидания предоставления платных медицинских услуг, сведениями о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, их графике работы, перечне категорий потребителей, имеющих право на получение льгот, а также перечень льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг;

- Исполнитель ознакомил с действующим в медицинской организации Прейскурантом/Прайсом Исполнителя на платные медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;

1.4. Подписывая настоящий Договор, получив в доступной форме информацию о состоянии здоровья, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, а также о результатах проведенного лечения, Потребитель/Законный представитель/Заказчик дает свое согласие на предоставление платных медицинских услуг, оговоренных в настоящем Договоре его приложениях и дополнительных соглашениях к нему (при их наличии), в том числе и медицинских услуг, предусмотренных в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на обработку его персональных данных.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги.

2.1.2. Оказывать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором.

2.1.3. Осуществлять медицинскую деятельность и оказывать платные медицинские услуги по настоящему договору в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе с порядками оказания медицинской помощи, со стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями (при их наличии), утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.1.4. Вести медицинскую документацию в установленном порядке и обеспечить Потребителю/Законному представителю непосредственное ознакомление по его требованию с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья Потребителя (включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях и т. п.) и выдать копии этих медицинских документов, в течение 30 дней с момента получения письменного требования Потребителя/Законного представителя, в том числе после исполнения настоящего Договора. Под медицинскими документами в настоящем пункте понимаются копии медицинских документов либо выписки из медицинских документов, отражающие состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях.

2.1.5. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

2.2. Потребитель/Законный представитель/Заказчик/ обязуется:

2.2.1. Оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги, согласно Прейскуранту/Прайсу, и в порядке, определенном разделом 3 настоящего Договора.

2.2.2. Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

2.2.3. Соблюдать график приема медицинскими работниками, предоставляющими медицинские услуги по настоящему Договору.

2.2.4. Соблюдать внутренний режим (правила) нахождения в медицинской организации, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

2.2.5. Бережно относиться к имуществу Исполнителя. В случае причинения ущерба Исполнителю вследствие порчи имущества возместить действительный нанесенный ущерб в полном объеме в сроки, указанные в требовании Исполнителя.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. Оказывать платные медицинские услуги в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе Потребителя/Законного представителя/Заказчика в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в большем или меньшем объеме, чем предусмотрено стандартом медицинской помощи.

2.3.2. Требовать от Потребителя/Законного представителя предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему платных медицинских услуг.

2.3.3. В одностороннем порядке изменить предварительно определенный объем оказываемых медицинских услуг в случае, если существует угроза жизни или здоровью Потребителя.

2.3.4. Отказать в оказании платных медицинских услуг при:

- выявлении противопоказаний у Потребителя;
- нарушении Потребителем/Законным представителем/Заказчиком условий настоящего Договора;
- выявлении у Потребителя алкогольного или наркотического опьянения;
- препятствования Потребителя/Законного представителя/Заказчика оказанию услуг.

2.4. Потребитель/Законный представитель/Заказчик имеет право:

2.4.1. Потребитель/Законный представитель имеет право на оказание медицинских услуг в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям, в полном объеме стандарта медицинской помощи и в соответствии с клиническими рекомендациями (при их наличии), утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе Потребителя/Законного представителя/Заказчика в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в большем или меньшем объеме, чем предусмотрено стандартом медицинской помощи.

2.4.2. Потребитель имеет право получать информацию о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, определить лиц, которым в интересах Потребителя, кому может быть передана информация о состоянии его здоровья.

3. ЦЕНА И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ УСЛУГ

3.1. Стоимость медицинских услуг по настоящему Договору определяется по Прейскуранту/Прайсу платных медицинских услуг, утвержденному Исполнителем и действующему на момент оказания услуг (подписания акта).

При этом Потребитель/Законный представитель/Заказчик осознает, что в соответствии с действующим законодательством Исполнитель вправе определять цены (тарифы) на предоставляемые платные медицинские услуги самостоятельно, и подтверждает, что понимает содержащуюся в Прейскуранте/Прайсе информацию, согласен с действующими ценами на медицинские услуги, а также уведомлен о том, что оплаченные денежные средства по настоящему Договору не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования.

3.2. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Потребителем/Законным представителем/Заказчиком путем:

- по факту их оказания денежными средствами в кассе медицинской организации, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, либо иным законным способом.

По согласованию сторон может быть определен иной порядок оплаты.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

4.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье.

4.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Потребителем/Законным представителем/Заказчиком условий настоящего Договора, в случаях осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Потребителя, а также в случае, если Потребитель/Законный представитель/Заказчик не проинформировал Исполнителя о перенесенных Потребителем заболеваниях, известных аллергических реакциях, противопоказаниях, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

5.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до полного выполнения обязательств Сторон по Договору.

5.2. Настоящий Договор может быть изменен либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленному дополнительным письменным соглашением.

5.3. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Потребителя/Законного представителя/Заказчика после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Отказ Потребителя/Законного представителя/Заказчика от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю. При этом Потребитель/Законный представитель/Заказчик оплачивает Исполнителю фактически оказанные услуги и иные понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

6.1. Исполнитель обязуется охранять информацию о факте обращения Потребителя/Законного представителя/Заказчика за медицинской помощью, состоянии здоровья Потребителя, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

6.2. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Потребителя/Законного представителя допускается в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. Настоящий Договор заключён в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

7.2. Отношения Сторон, не урегулированные этим Договором, регулируются законодательством Российской Федерации и Республики Крым.

7.3. Лица, которые подписали настоящий договор, утверждают друг другу и сообщают всем заинтересованным в том лицам, что: в момент заключения настоящего Договора они осознавали (и осознают) значение своих действий и могли (могут) руководить ими; понимают природу этой сделки, свои права и обязанности по договору; при заключении договора отсутствует какой-либо обман или другое сокрытие фактов, которые имели бы существенное значение и были заведомо скрыты ими; договор заключается ими в соответствии с действительной волей, без применения физического или психического давления; договор заключается на выгодных для сторон условиях и не является результатом влияния тяжелых для Участника обстоятельств; сделка совершается с намерением создания соответствующих правовых последствий (не является фиктивной); эта сделка не скрывает другую сделку (не является притворной).

7.4. Подписывая данный договор, Потребитель/Законный представитель/Заказчик в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» дает свое согласие на обработку Исполнителем и его работниками своих персональных данных или Потребителя, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны и адреса электронной почты (при наличии), данные о состоянии здоровья и иные персональные данные в медико-профилактических целях, в целях уведомления об услугах и акциях, для установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг. Также Потребитель/Законный представитель/Заказчик дает право Исполнителям и его работникам передавать персональные данные, фотографии и сведения, составляющие врачебную тайну Потребителя, третьим лицам в интересах его обследования и лечения. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 25 лет. Настоящее согласие действует бессрочно и может быть отозвано Потребителем в письменном виде - заказным письмом.

7.5. При подписании договора Исполнитель вправе использовать факсимильное воспроизведение подписи уполномоченного на заключение Договора лица.

АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ – ИП Игнатова И.В.

Адрес местонахождения:	295026, Республика Крым, г. Симферополь, ул. Мичурина, д. 14		
ОГРНИП	324911200082463		
ИНН	910222940006		
Почтовые:	295026, Республика Крым, г. Симферополь, ул. Мичурина, д. 14		
Банковские:	Банк	РНКБ БАНК (ПАО)	
	р/с	40802810742650001159	
	БИК	043510607	
	к/с	30101810335100000607	
Контакты:	Телефон: 79789770303	E-mail: info@invizer.ru	Сайт: отсутствует

ПОТРЕБИТЕЛЬ –

Адрес регистрации:			
Почтовые:			
Данные документа, удостоверяющего личность:			
Контактные:	Телефон: _____	email: _____	

ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПОТРЕБИТЕЛЯ/ЗАКАЗЧИК

Адрес регистрации:			
Почтовые:			
Данные документа, удостоверяющего личность:			
Контактные:	Телефон: _____	email: _____	

ПОДПИСИ УПОЛНОМОЧЕННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ СТОРОН

Наименование Стороны	Должность, ФИО подписанта (полностью)	Подпись, печать
Исполнитель	Индивидуальный предприниматель Игнатова Инна Викторовна	
Потребитель Законный представитель Заказчик		

АКТ

оказания платных медицинских услуг по договору

№ ___ от «___» _____ 20__ г.

Дата составления «___» _____ 20__ года	Место составления 295026, Республика Крым, г. Симферополь, ул. Мичурина, д. 14
---	---

СВЕДЕНИЯ ОБ ИСПОЛНИТЕЛЕ

Индивидуальный предприниматель **Игнатова Инна Викторовна**, именуемый далее «ИСПОЛНИТЕЛЬ», действующая на основании сведений о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя, с одной стороны и

СВЕДЕНИЯ О ПОТРЕБИТЕЛЕ

Фамилия, имя, отчество (если имеется):

именуемый (-ая) далее «ПОТРЕБИТЕЛЬ», действующий (-ая) от своего имени на основании гражданской правоспособности, с другой стороны,

СВЕДЕНИЯ О ЗАКОННОМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ

(если акт составляется с представителем)

Фамилия, имя, отчество (если имеется):

именуемый (-ая) далее «ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ», действующий (-ая) на основании (указать документ) _____, с другой стороны,

СВЕДЕНИЯ О ЗАКАЗЧИКЕ (если акт составляется с заказчиком)

Фамилия, имя, отчество (если имеется)/наименование (для юридического лица):

именуемый (-ая,-ое) далее «ЗАКАЗЧИК», в лице _____ действующего (-ей) на основании (указать документ) _____, другой стороны,

именуемые далее «Стороны», а отдельно «Сторона», составили настоящий акт (далее – «Акт») о нижеследующем:

В соответствии с договором на оказание платных медицинских услуг № ___ от _____ Потребитель/Законный представитель/Заказчик поручает Исполнителю оказать Потребителю следующие медицинские услуги:

№ п/п	Наименование услуги	кол-во	Сроки оказания Сроки ожидания	Стоимость
ИТОГО				

«Потребитель/Законный представитель подтверждает, что он в полном объеме ознакомлен с записями в медицинской документации (в т.ч. касательно плана лечения и обследования)»

Потребитель/Законный представитель/Заказчик
_____ (ФИО)
_____ / _____ (подпись, инициалы и фамилия)

Подписанием настоящего акта Потребитель/Законный представитель/Заказчик подтверждает факт оказания Исполнителем Потребителю по договору на оказание платных медицинских услуг № ___ от _____ г. перечисленных выше услуг. Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в согласованные сроки. Потребитель/Законный представитель/Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет. С медицинскими рекомендациями ознакомлен (-а).

Исполнитель	Потребитель/Законный представитель/Заказчик
Индивидуальный предприниматель	_____ (ФИО)
_____ /И.В. Игнатова	_____ / _____ (подпись, инициалы и фамилия)
м.п.	