

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг

г. Грозный

от «____» _____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «АйМед Лабс» (ОГРН 1192036000342, ИНН 2014018428, юридический адрес: 364024, г. Грозный, ул. им. С.Ш. Лорсанова, д.25А, оф.213), имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности № Л041-01190-20/00324859 от 01.02.2019 г., выданную Министерством здравоохранения Чеченской Республики, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице уполномоченного представителя

(ФИО и должность представителя Исполнителя)

действующего(ей) на основании доверенности № _____ от «____» _____ 20__ г., с одной стороны, и Гражданин(ка)

(ФИО полностью)

именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», или Гражданин(ка)/Юридическое лицо

(ФИО/Наименование юридического лица и должность подписанта)

именуемый(ая/ое) в дальнейшем «Заказчик», действующий(ее) в интересах Потребителя

(ФИО полностью)

с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор (далее – Договор) о нижеследующем:

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В рамках настоящего договора используются следующие основные понятия:

«**Платные медицинские услуги**» - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан на основании договора;

«**Заказчик**» - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

«**Потребитель**» - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором (далее также именуемый - Субъект персональных данных). Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

«**Исполнитель**» – Общество с ограниченной ответственностью «АйМед Лабс», оказывающее платные медицинские услуги в соответствии с договором.

«**Сайт Лаборатории**» - информационный ресурс Лаборатории в сети «Интернет», расположенный по адресу: <https://imed-labs.ru>

1.2. Настоящий Договор заключается в письменной форме и является публичным в значении статьи 426 Гражданского кодекса Российской Федерации: Исполнитель обязан заключить его с каждым обратившимся при наличии возможности оказания соответствующих услуг.

1.3. Договор считается заключенным с момента его подписания Сторонами. Условия оказания конкретных услуг определяются Бланк-заказом (сметой), подписываемым Сторонами при каждом обращении и являющимся неотъемлемой частью Договора.

1.4. К настоящему договору об оказании медицинских услуг применены нормы ГК РФ, Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ, Федерального закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», Номенклатуры медицинских услуг, утвержденной Приказом Минздрава России.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Исполнитель обязуется оказывать Потребителю платные медицинские услуги (лабораторные исследования и связанные с ними услуги), а Потребитель (Заказчик) обязуется оплачивать эти услуги на условиях настоящего Договора в рамках следующих работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность согласно реестру лицензий: сестринское дело, лабораторная диагностика, клиническая лабораторная диагностика.

2.2. Конкретный перечень платных медицинских услуг, их стоимость, сроки оказания и иные необходимые условия для каждого обращения Потребителя определяются в Бланк-заказе (смете), оформляемом по форме Приложения № 1 к настоящему Договору и являющемся его неотъемлемой частью (далее – Бланк-заказ).

Перечень платных медицинских услуг (работ), предоставляемых по настоящему Договору и составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с реестром лицензий, определяется в Бланк-заказе (смете).

2.3. Исполнитель вправе привлекать для оказания отдельных лабораторных исследований по настоящему Договору соисполнителей (третьих лиц), перечень которых с указанием необходимых сведений приведен в Приложении № 4 к настоящему Договору («Перечень лабораторий-партнеров (соисполнителей)»). Подписывая настоящий Договор, Потребитель (Заказчик) дает свое информированное согласие на привлечение Исполнителем любого из указанных в Приложении № 4 соисполнителей для выполнения услуг, указанных в Бланк-заказе.

2.4. Платные медицинские услуги оказываются в соответствии с «Правилами предоставления платных медицинских услуг в ООО «АйМед Лабс» (далее – Правила ППМУ), утвержденными Исполнителем и размещенными для ознакомления Потребителя (Заказчика) на информационных стендах и на Сайте Лаборатории (<https://imed-labs.ru>). Подписывая Договор, Потребитель (Заказчик) подтверждает, что ознакомлен и согласен с Правилами ППМУ.

2.5. Используемые в Договоре термины понимаются в соответствии с определениями, данными в разделе 1 Правил ППМУ и действующем законодательстве РФ.

3. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

3.1. Платные медицинские услуги предоставляются Лабораторией при наличии Информированного добровольного согласия (ИДС) Потребителя (Заказчика) (его законного представителя), данного в порядке, установленном законодательством РФ об охране здоровья граждан. ИДС оформляется в письменной форме, подписывается Потребителем (Заказчиком) (законным представителем) и медицинским работником, и является неотъемлемой частью медицинской документации. Отказ от подписания ИДС является основанием для отказа в предоставлении соответствующей услуги.

3.2. Взятие биологического материала у Потребителя (Заказчика) и передача Потребителем (Заказчиком) биологического материала Исполнителю для оказания услуг по проведению лабораторных исследований биологического материала, а также оказание иных медицинских услуг осуществляется в процедурных кабинетах Исполнителя с использованием емкостей и расходных материалов Исполнителя и/или емкостей и расходных материалов лабораторий-партнеров (соисполнителей).

3.3. В рамках настоящего Договора Исполнитель предоставляет Потребителю (Заказчику) возможность взятия биоматериала для проведения лабораторного исследования вне медицинского центра Исполнителя по месту нахождения Потребителя. При этом взятие биоматериала по месту нахождения Потребителя осуществляется медицинским персоналом Исполнителя в составе выездной бригады. Оказание услуг производится в порядке, предусмотренном Договором, с особенностями, указанными в данном пункте. При этом оплата услуг осуществляется Потребителем (Заказчиком) через кассу Исполнителя с использованием переносного кассового аппарата. В целях

оказания/получения услуг вне медицинского центра Исполнитель и Потребитель (Заказчик) заключают Договор, в том числе Потребитель (Заказчик) знакомится с Прейскурантом и Правилами подготовки пациента к лабораторным исследованиям.

3.4. Сроки оказания медицинских услуг предусмотрены действующим на момент заключения Договора и заказа услуг Прейскурантом и указываются в Бланк-заказе (смете), которые оформляются при каждом обращении Потребителя (Заказчика). Бланк-заказ (смета) является неотъемлемой частью Договора.

Срок оказания услуг не включает в себя день взятия или получения биоматериала.

3.5. Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида. Качество услуг должно соответствовать порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям и стандартам медицинской помощи (при их наличии для конкретных услуг). Стандарты и клинические рекомендации размещены на сайте Минздрава России в Рубрикаторе клинических рекомендаций: cr.minzdrav.gov.ru.

3.6. Медицинские услуги оказываются квалифицированными медицинскими работниками Лаборатории, имеющими необходимое образование, сертификаты и допуски, в помещениях, соответствующих санитарным нормам и правилам.

3.7. Потребителю (законному представителю) после оказания услуги выдаются документы с результатами проведенных исследований, в порядке и сроки, установленные договором и/или внутренними регламентами Исполнителя, но с соблюдением предельных сроков, указанных в Прейскуранте или в Бланк-заказе (смете), без взимания дополнительной платы.

3.8. Способ выдачи результатов определяется при заключении договора или оформлении заказа на услугу с учетом требований законодательства о защите персональных данных и врачебной тайны.

Потребитель (Заказчик) имеет право воспользоваться любым из доступных Исполнителю способов передачи/получения результата исследования по собственному усмотрению. Ответственность Исполнителя возникает в том случае, если по истечении установленного срока выполнения исследования результат не был передан Потребителю (Заказчику) ни одним из перечисленных Потребителем (Заказчиком) способов.

В случае невозможности вручения Потребителю результатов Исследований по вине Потребителя (Заказчика) (если Потребитель воспользовался только одним из перечисленных способов получения результата по своему усмотрению, не воспользовавшись другими способами, так как Потребитель (Заказчик) несет ответственность за предоставление корректных и актуальных контактных данных), ответственность Исполнителя не наступает, услуги считаются оказанными качественно и в срок.

При оформлении результатов лабораторных исследований биологического материала Потребителя (Заказчика) Исполнитель вправе использовать факсимильное воспроизведение подписи врача с помощью средств механического или иного копирования, электронной подписи либо иного аналога собственноручной подписи.

Медицинские заключения и результаты лабораторных исследований могут быть выданы третьему лицу при предоставлении нотариальной доверенности или письменного согласия пациента (законного представителя), содержащее ФИО и паспортные данные (или иные однозначные идентификаторы) доверенного лица подписанной Потребителем (Заказчиком).

3.9. Информирование о передаче данных в государственные информационные системы и иные системы:

3.9.1. Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика), что при оказании отдельных видов медицинских услуг действующим законодательством РФ может быть предусмотрена обязанность Исполнителя передавать сведения о результатах исследований и иные персональные данные Потребителя, включая данные, составляющие врачебную тайну (ФИО, пол, дата рождения, адрес, СНИЛС, данные документа, удостоверяющего личность, номер полиса ОМС, результаты исследований и др.), в уполномоченные государственные информационные системы (включая системы, доступ к которым осуществляется через Единый портал государственных и муниципальных услуг (ЕПГУ)) для целей эпидемиологического надзора и учета. Такая передача осуществляется Исполнителем во исполнение требований законодательства РФ.

3.9.2. Для оказания услуг, требующих обязательной передачи данных согласно п. 3.9.1, Потребитель (Заказчик) обязуется предоставить Исполнителю все необходимые для такой передачи данные (включая СНИЛС, точные паспортные данные). В случае отказа предоставить данные, необходимые для выполнения Исполнителем обязательных требований законодательства, Исполнитель вправе отказать в оказании услуги.

3.9.3. Потребитель (Заказчик) может дополнительно и добровольно запросить передачу результатов исследований в иные системы. Такая передача осуществляется Исполнителем только при наличии у Исполнителя такой возможности и согласия Потребителя (Заказчика), выраженного в Согласии на обработку персональных данных (Приложение № 3) или ином документе, и при условии предоставления Потребителем (Заказчиком) всех необходимых для этого данных.

3.10. Исполнитель хранит результаты оказания медицинских услуг в течение сроков, предусмотренных законодательством РФ для хранения соответствующей медицинской документации.

3.11. Потребитель (Заказчик) уведомлен, что в помещениях, арендуемых Исполнителем, а также на прилегающей территории правообладателями объектов осуществляется видеонаблюдение в целях обеспечения безопасности. Операторами указанных систем видеонаблюдения являются правообладатели объектов.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

4.1. Потребитель (Заказчик) обязан:

4.1.1. Оплатить стоимость предоставляемой медицинской услуги в порядке и сроки, установленные Договором и Бланк-заказом.

4.1.2. Предоставить Исполнителю достоверные сведения о состоянии здоровья Потребителя и иную информацию, необходимую для оказания услуг.

4.1.3. Строго соблюдать правила подготовки к исследованиям и иные рекомендации медицинского персонала Исполнителя.

4.1.4. Подписать Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (Приложение № 2) и Согласие на обработку персональных данных (Приложение № 3), включая согласие на передачу персональных данных третьим лицам - лабораториям-партнерам (соисполнителям), указанным в Приложении № 4 к Договору.

4.1.4.1. Отказ от подписания Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (Приложение № 2) делает невозможным оказание любых медицинских услуг по настоящему договору.

4.1.4.2. Потребитель вправе не давать Согласие на обработку персональных данных (Приложение № 3), однако в этом случае Исполнитель не вправе осуществить передачу биологического материала и персональных данных Потребителя лабораториям-партнерам (соисполнителям), что делает невозможным выполнение лабораторных исследований, требующих привлечения соисполнителей. В связи с этим Потребитель уведомлен о том, что отказ от подписания Согласия на обработку персональных данных влечет невозможность оказания услуг по настоящему Договору в полном объеме, за исключением случаев, предусмотренных п. 3.9.1 Договора, когда обработка персональных данных (включая передачу в государственные информационные системы) прямо предусмотрена законодательством РФ.

4.1.5. Соблюдать Правила ППМУ и правила внутреннего распорядка Исполнителя.

4.2. Потребитель имеет право:

4.2.1. На получение услуг надлежащего качества в установленные сроки.

4.2.2. На получение полной и достоверной информации (в т.ч. о состоянии своего здоровья, результатах исследований).

4.2.3. На сохранение в тайне информации (врачебная тайна).

4.2.4. На отказ от получения медицинской услуги на любом этапе, при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору.

4.3. Исполнитель обязан:

4.3.1. Оказывать платные медицинские услуги качественно, безопасно, в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи (при их наличии для конкретных услуг), в сроки, согласованные в Бланк-заказе.

4.3.2. Обеспечить участие в оказании услуг медицинских работников необходимой квалификации.

4.3.3. Соблюдать врачебную тайну и требования законодательства о персональных данных при обработке информации о Потребителе.

4.3.4. Вести установленную медицинскую документацию.

4.3.5. Предоставлять Потребителю (Заказчику) документы об оплате услуг.

4.3.6. Информировать Потребителя о возникновении обстоятельств, способных повлиять на объем и сроки оказания услуг.

4.4. Исполнитель имеет право:

4.4.1. Требовать от Потребителя (Заказчика) предоставления достоверной информации, необходимой для качественного оказания услуг, включая сведения о состоянии здоровья, аллергических реакциях, принимаемых препаратах.

4.4.2. Требовать своевременной оплаты услуг.

4.4.3. Отказаться в предоставлении услуги или перенести ее оказание в случаях, предусмотренных в Правилах ППМУ (в т.ч. при наличии противопоказаний, несоблюдении правил подготовки, отказе от подписания Информированного добровольного согласия (далее – ИДС) (Приложение №2) или Согласия на обработку персональных данных (Приложение №3)).

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН И ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.

5.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе Законом «О защите прав потребителей».

5.2. Исполнитель не несет ответственности за качество оказанной медицинской услуги, если до оказания медицинской услуги Потребитель (Заказчик) не исполнил указания Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу) по информированию Исполнителя о перенесенных им (Потребителем) заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, наличии аллергических реакций, противопоказаний и/или не соблюдал рекомендации по подготовке к проведению лабораторных исследований биологического материала и рекомендации по лечению, если оказание медицинской услуги ненадлежащего качества и/или причиненный вред явились следствием отсутствия у Исполнителя такой информации и/или несоблюдения указанных рекомендаций.

5.3. В случае, если качество биологического материала, передаваемого Потребителем (Заказчиком) Исполнителю для проведения лабораторных исследований, не соответствует требованиям, предъявляемым к нему Исполнителем в соответствии с медицинскими стандартами и предусмотренными «Правилами подготовки пациента к лабораторным исследованиям», Исполнитель оставляет за собой право не принять от Потребителя (Заказчика) данный биологический материал и сообщить Потребителю (Заказчику) о причинах отказа в приеме биологического материала.

5.4. В случае если в силу особенностей конкретного вида биологического материала, передаваемого для проведения лабораторных исследований, Исполнитель имеет возможность обнаружить, что качество биологического материала не соответствует вышеуказанным требованиям Исполнителя, только после взятия (принятия) у Потребителя (Заказчика) биологического материала, Исполнитель не проводит лабораторные исследования данного биологического материала и сообщает Потребителю (Заказчику) о необходимости повторного взятия биологического материала с последующим повторным выполнением заказанных лабораторных исследований за счет Исполнителя, в связи с тем, что Потребитель (Заказчик) оплатил лабораторные исследования в полном объеме.

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

5.6. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения Потребителем обязательных требований и рекомендаций Исполнителя (включая правила подготовки), либо по иным основаниям, предусмотренным законом.

5.7. Споры, возникающие при исполнении договора, решаются путем переговоров, а при недостижении согласия – в порядке, установленном законодательством РФ.

5.8. Претензии в связи с исполнением настоящего Договора направляются Потребителем (Заказчиком) в письменной форме по адресу Исполнителя или по электронной почте. Исполнитель рассматривает претензии в сроки, установленные Законом РФ «О защите прав потребителей». Книга отзывов и предложений размещена на стойке администратора и предоставляется по первому требованию Потребителя (Заказчика).

6. ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. Потребитель (Заказчик) вправе отказаться от исполнения договора об оказании платных медицинских услуг в любое время при условии оплаты Исполнителем фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору. Для этого Потребитель (Заказчик) подает письменное заявление Исполнителю.

Возврат денежных средств производится в течение 10 (десяти) дней со дня получения Исполнителем письменного заявления Потребителя (Заказчика) за вычетом фактически понесенных Исполнителем расходов.

6.2. Исполнитель вправе отказаться в оказании медицинской услуги (приостановить ее оказание) с возвратом уплаченных денежных средств (за вычетом фактически понесенных Исполнителем расходов), в случаях, когда действия Потребителя делают невозможным или небезопасным оказание услуги, а именно:

- не выполняет обязательные требования и рекомендации Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление медицинской услуги (включая правила подготовки к исследованиям), и был об этом предупрежден;
- отказался от подписания ИДС на необходимое медицинское вмешательство;
- отказался от подписания Согласия на обработку персональных данных;
- при наличии медицинских противопоказаний к проведению исследования, выявленных после заключения договора;
- при грубом нарушении Правил внутреннего распорядка Лаборатории, создающем угрозу для персонала или иных пациентов.

6.3. Об отказе от исполнения договора Исполнитель уведомляет Потребителя (Заказчика) и производит возврат уплаченных денежных средств в течение 10 (десяти) дней за вычетом фактически понесенных расходов (если таковые были).

7. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ И ЗАЩИТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

7.1. Исполнитель обеспечивает конфиденциальность сведений, составляющих врачебную тайну, в соответствии со статьей 13 Федерального закона № 323-ФЗ.

7.2. Обработка персональных данных Потребителя (Заказчика) осуществляется Исполнителем на основании настоящего Договора и письменного Согласия на обработку персональных данных (Приложение № 3) в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ и Политикой Исполнителя в отношении обработки персональных данных, размещенной на Сайте Лаборатории и информационных стендах.

7.3. Доступ к персональным данным и сведениям, составляющим врачебную тайну, имеют только уполномоченные работники Исполнителя и лица, определенные законодательством РФ.

8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

8.1. Подписав настоящий договор, Стороны подтверждают, что до заключения настоящего Договора Исполнитель уведомил Потребителя (Заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя (Заказчика), а также ознакомил Потребителя (Заказчика) с Перечнем услуг и цен на лабораторные исследования Исполнителя, Правилами внутреннего распорядка Исполнителя, Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.

8.1.1. Подписав настоящий договор, Потребитель (Заказчик) подтверждает, что уведомлен о том, что в соответствии с частью 3 статьи 27 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

8.2. Подписав настоящий договор, Потребитель дает свое согласие, что платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

8.3. Подписав настоящий договор, Потребитель подтверждает, что ему предоставлена в доступной форме 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.

8.4. Стороны договорились, что Исполнитель вправе использовать факсимильное воспроизведение подписи врача при оформлении результатов лабораторных исследований в порядке, установленном пунктом 3.8 настоящего Договора.

8.5. Расторжение Договора, а также все изменения и дополнения к настоящему Договору должны быть совершены в письменной форме в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации и настоящим Договором.

8.6. Все уведомления и сообщения в рамках Договора должны направляться Сторонами друг другу в письменной форме.

8.7. В случае, если Заказчик и Потребитель являются одним лицом, то по тексту настоящего Договора термины «Потребитель» и «Заказчик» являются равнозначными и могут применяться как совместно, так и раздельно.

8.8. Потребитель (Заказчик) заверяет и гарантирует, что он должным образом ознакомлен со всеми пунктами Договора и согласен с его условиями.

8.9. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим Договором, Стороны будут руководствоваться действующим законодательством Российской Федерации.

8.10. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

8.11. Неотъемлемыми частями настоящего Договора являются: Приложение № 1 – Форма Бланк-заказа (сметы); Приложение № 2 – Форма Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство; Приложение № 3 – Форма Согласия на обработку персональных данных; Приложение № 4 – Перечень лабораторий-партнеров и клиник-партнеров (соисполнителей).

9. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель:	Потребитель (Заказчик) - (также именуемый - Субъект персональных данных):
Общество с ограниченной ответственностью «АйМед Лабс» (ООО «АйМед Лабс») Адрес: 364024, г.Грозный, ул. им. С.Ш.Лорсанова, д.25А. E-mail: labs@imed-labs.ru WEB-сайт: https://imed-labs.ru Тел.: + 7 (938) 989-02-02 ИНН: 2014018428 КПП: 201401001 БИК: 040702615 БАНК: Ставропольское отделение №5230 ПАО Сбербанк к/сч: 30101810907020000615 р/сч: 40702810160360002455 Адрес банка: г.Грозный, ул. Ш.А. Митаева, д.12.	Фамилия имя отчество (наименование для юридического лица): _____ Дата рождения: _____ Адрес: _____ Контакты: _____ Иные адреса для направления ответов на письменные обращения: _____ Паспорт: _____ код подразделения _____, гражданство: _____ СНИЛС _____ <i>В случае, если Заказчиком является несовершеннолетний или недееспособный гражданин, от имени и в интересах Заказчика действует Законный представитель:</i> Фамилия имя отчество: _____ Адрес: _____ _____ Телефон: _____ E-mail: _____ Паспорт: серия _____ № _____, выдан _____, код подразделения _____ Данные документа, удостоверяющего представительство: _____ _____ СНИЛС _____ Дополнительно для юридического лица: ОГРН/ОГРНИП и ИНН (для юридического лица или ИП) _____ Должность, ФИО лица, заключающего договор: _____ Документ, подтверждающий полномочия: _____ _____
Исполнитель: Уполномоченный представитель по доверенности ООО «АйМед Лабс» _____ (Администратор/Медицинский регистратор/Кассир) М.П.	Потребитель (Заказчик) _____ _____ _____

**Бланк-заказ (смета)
на оказание медицинских услуг**

Дата оформления: « ____ » _____ 20__ г.

Время оформления: ____ : ____

Исполнитель обязуется оказать, а Потребитель (Заказчик) принять и оплатить следующие платные медицинские услуги:

Пациент:	Дата рождения:	Возраст:	Пол:

Заказанные платные медицинские услуги:

№ п/п	Наименование услуги	Цена руб.	Цена со скидкой, руб.	Срок исполнения
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
ИТОГО:				

Срок исполнения указан в рабочих днях, не включая день взятия биоматериала, и является ориентировочным. Сроки могут быть увеличены при необходимости проведения дополнительных или повторных исследований, а также в случаях, предусмотренных Договором и Правилами предоставления платных медицинских услуг. Смета является твердой в части стоимости услуг.

Подтверждения Потребителя (Заказчика):

- * с Прейскурантом ООО «АйМед Лабс» на платные медицинские услуги ознакомлен(а) и согласен(а).
- * с указанными сроками исполнения исследований ознакомлен(а) и согласен(а).
- * с Правилами предоставления платных медицинских услуг ООО «АйМед Лабс», Правилами подготовки к лабораторным исследованиям ознакомлен(а).
- * Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (Приложение № 2 к Договору) мной подписано.
- * Согласие на обработку персональных данных (Приложение № 3 к Договору) мной подписано.
- * Выбранный способ получения результатов отмечен в Согласии на обработку персональных данных.
- * **Настоящим подтверждаю, что до оформления настоящего Бланк-заказа мне предоставлена 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 в медицинских организациях, участвующих в реализации этих программ.**

Отметка об оплате:

- * Оплачено: _____ руб.
- * Способ оплаты: _____
- * Номер чека ККТ: _____ Дата/Время чека: _____

Подписи Сторон:

Настоящий Бланк-заказ (смета) является неотъемлемой частью Договора № _____ от « ____ » _____ 20__ г.

Исполнитель: Представитель по доверенности ООО «АйМед Лабс»	Потребитель (Заказчик)
(Администратор/Медицинский регистратор/Кассир) М.П.	

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на медицинское вмешательство (взятие образцов биологического материала)**

Я, _____
(Фамилия, Имя, Отчество полностью пациента или законного представителя)

«___» _____ года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу: _____,

Паспорт: серия _____ № _____ выдан _____ «___» _____ года,
(заполняется при предъявлении документа; для несовершеннолетних/недееспособных указываются данные законного представителя и данные пациента)

находясь в ООО «АйМед Лабс» (ОГРН 1192036000342, лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01190-20/00324859 от 01.02.2019 г., юридический адрес: 364024, г. Грозный, ул. им. С.Ш.Лорсанова, д.25А, оф.213), даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, выполняемое медицинским персоналом ООО «АйМед Лабс», а именно:

Взятие образца(ов) биологического материала (нужное подчеркнуть или отметить):

- **Взятие венозной крови (венепункция)**
- **Взятие капиллярной крови (из пальца)**
- **Взятие мазка(ов)** _____ (указать локализацию, если применимо)
- **Иное (указать)** _____

1. Цель медицинского вмешательства: получение образца(ов) биологического материала для проведения лабораторных исследований, назначенных мне (или лицу, представителем которого я являюсь) лечащим врачом или выбранных мной самостоятельно для диагностики заболеваний, оценки состояния здоровья или контроля лечения.

2. Информация о медицинском вмешательстве.
Мне разъяснено медицинским работником ООО «АйМед Лабс» в доступной для меня форме суть предстоящего вмешательства: процедура взятия биоматериала с использованием стерильных одноразовых инструментов и расходных материалов; необходимость соблюдения правил подготовки к исследованию для получения достоверных результатов. С правилами подготовки ознакомлен(а).

3. Предполагаемые результаты: получение пригодного для исследования образца биологического материала, что позволит провести назначенные/выбранные лабораторные тесты и получить их результаты.

4. Возможные риски и осложнения.
Я проинформирован(а), что при проведении медицинского вмешательства (взятия биоматериала) существует вероятность возникновения следующих нежелательных последствий:
болезненные ощущения, дискомфорт в месте прокола/взятия мазка;
образование гематомы (синяка) в месте венепункции;
кратковременное головокружение, слабость, предобморочное или обморочное состояние (редко);
воспаление или инфицирование места прокола (крайне редко, при соблюдении правил асептики);
повреждение нервных окончаний (очень редко, проявляется чувством онемения или покалывания).
Медицинским работником даны разъяснения о необходимости информировать его о возникновении любых жалоб во время или после процедуры.

5. Альтернативные методы. Мне разъяснено, что для проведения назначенных/выбранных лабораторных исследований необходимо получение образца биологического материала, и альтернативных методов получения данного материала для этих целей не существует.

6. Мое право на отказ. Я понимаю, что имею право отказаться от данного медицинского вмешательства на любом этапе до его начала. Отказ от медицинского вмешательства не повлечет за собой отказа в предоставлении иных услуг по Договору, не связанных с данным вмешательством, но может сделать невозможным проведение заказанных лабораторных исследований.

7. Конфиденциальность. Я осведомлен(а), что информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии моего здоровья и результатах исследований является врачебной тайной и охраняется законом.

8. Подтверждение.
Я подтверждаю, что внимательно прочитал(а) (или мне прочитали) данный документ. Мне была предоставлена возможность задавать любые вопросы о предстоящем медицинском вмешательстве, и я получил(а) на них исчерпывающие ответы. Мне понятны цель, суть процедуры, возможные риски и ожидаемые результаты. Я удовлетворен(а) полученной информацией и добровольно соглашаюсь на указанное выше медицинское вмешательство.

Только для законных представителей:
Я являюсь законным представителем _____
(ФИО пациента)

на основании _____
(свидетельство о рождении, решение органа опеки и т.д.)

Я уполномочен(а) давать согласие на медицинское вмешательство от его/ее имени.

Подпись Пациента (или Законного представителя): _____ / _____
(подпись) (расшифровка подписи - ФИО полностью)

«___» _____ 20__ г. время: ____:____

Подпись медицинского работника: _____ / _____ / _____
(подпись) (расшифровка подписи - ФИО полностью) (Должность)

«___» _____ 20__ г. время: ____:____

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, Субъект персональных данных, а в случае, если Субъектом персональных данных (Потребителем) является несовершеннолетний или недееспособный гражданин, то Заказчик (фамилия, имя, отчество, адрес, данные основного документа, удостоверяющего личность (номер, сведения о дате выдачи и выдавшем органе) Потребителя и Заказчика, а также реквизиты документа, подтверждающего полномочия Заказчика, представлены в графе «Адреса и реквизиты сторон» Договора, неотъемлемой частью которого является настоящее Соглашение), даю информированное и добровольное согласие на обработку ООО «АЙМЕД ЛАБС» (ОГРН: 1192036000342; юридический адрес: 364024, Чеченская Республика, г. Грозный, ул. им. С. Ш. Лорсанова, зд. 25А, офис 213) (далее – «Оператор»), моих (Потребителя) персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность (вид, серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ, код подразделения); место жительства; место и дата регистрации; данные полиса ОМС; СНИЛС; контактные телефоны, адрес электронной почты; а также медицинские сведения, необходимые для оказания услуг в рамках Договора, в объеме, не превышающем установленного законодательством РФ.

Настоящим даю согласие на передачу информации, содержащей мои персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, включая результаты анализов и исследований, а также биологического материала, полученного в процессе оказания медицинских услуг, в партнерские лаборатории, сторонние лаборатории-исполнители и иные медицинские организации, в том числе в рамках обмена информацией, необходимой для оказания медицинской помощи.

Указанные третьи стороны обязаны обеспечивать надлежащую защиту передаваемых данных и соблюдение врачебной тайны в соответствии с законодательством Российской Федерации, включая Федеральные законы №152-ФЗ и №323-ФЗ.

Мне известно, что без моего (законного представителя) письменного согласия не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну.

Обработка моих (Потребителя) персональных данных осуществляется:

- с целью: предоставления медицинской помощи Потребителю, исполнения Договора об оказании платных медицинских услуг, в том числе оказания Потребителю медицинских услуг;
- путем совершения следующих действий с персональными данными: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных;
- следующими способами: с использованием средств автоматизации или без использования средств автоматизации;
- в течение следующего срока (срок, в течение которого действует настоящее Соглашение): в течение срока действия Договора и (или) иного срока, установленного действующим законодательством РФ, в том числе по охране здоровья, или до момента утраты необходимости в их достижении.

Медицинская документация хранится в течение сроков, предусмотренных законодательством об охране здоровья граждан.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мной (Потребителем) посредством составления письменного документа, который может быть направлен в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае отзыва Субъектом настоящего Соглашения Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия Субъекта персональных данных только в случаях, предусмотренных федеральными законами, в том числе для целей архивного хранения медицинской документации в соответствии с законодательством

На основании ч. 3 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю согласие на передачу сведений, составляющих мою врачебную тайну (о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении), документов, содержащих мою врачебную тайну.

РАЗРЕШАЮ НАПРАВЛЯТЬ РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗОВ И ИНУЮ ИНФОРМАЦИЮ, СВЯЗАННУЮ С ОКАЗАНИЕМ УСЛУГ И СОДЕРЖАЩУЮ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ НА НОМЕР МОБИЛЬНОГО ТЕЛЕФОНА И/ЛИ АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ:



Я проинформирован(а) и даю отдельное согласие на то, что для выполнения исследований, указанных в Бланк-заказе, мои персональные данные, биоматериал и контактная информация передаются в лабораторию-партнера (указана в Приложении № 4 к Договору).

Я понимаю и соглашаюсь с тем, что уведомление о готовности (SMS) и отправка результатов на указанный мной адрес электронной почты (e-mail) будут осуществлены информационной системой партнерской лаборатории с использованием адреса электронной почты Оператора (Исполнителя). Я принимаю на себя риски, связанные с возможным нарушением конфиденциальности при передаче информации по электронной почте в незашифрованном виде, и осознаю, что данный способ выбран мной добровольно.

Я даю согласие на передачу персональных данных, включая результаты исследований и сведения, составляющие врачебную тайну, следующим третьим лицам:

► ☐ **Для пациентов по ДМС:** являясь застрахованным лицом, даю согласие на передачу копий первичной медицинской документации в страховую медицинскую организацию, заключившую в мою пользу (в пользу представляемого мною лица) договор на предоставление платных медицинских услуг с Исполнителем, в целях проведения медико-экономической экспертизы и осуществления расчетов за оказанные мне услуги. Я проинформирован(а) и согласен(на), что передача данных осуществляется по электронной почте.

► ☐ **Обмен данными с партнерской клиникой:** выражаю согласие на передачу результатов моих лабораторных исследований в электронную медицинскую информационную систему клиники-партнера (указана в Приложении № 4 к Договору) в целях обеспечения преемственности лечения в отношении исследований, назначенных врачами указанной клиники.

Также, действуя свободно, своей волей и в своем интересе, в соответствии с Федеральным законом от 13.03.2006 № 38-ФЗ «О рекламе», я:

☐ **ДАЮ СОГЛАСИЕ ОПЕРАТОРУ НА НАПРАВЛЕНИЕ МНЕ СООБЩЕНИЙ РЕКЛАМНОГО И ИНФОРМАЦИОННОГО ХАРАКТЕРА ОБ УСЛУГАХ, АКЦИЯХ, СПЕЦИАЛЬНЫХ ПРЕДЛОЖЕНИЯХ И НОВОСТЯХ ОПЕРАТОРА.**

Пожалуйста, отметьте ☒ удобные для Вас способы получения такой информации:

☐ По электронной почте: на адрес _____

☐ В мессенджерах: на номер телефона _____

☐ Посредством телефонных звонков: на номер телефона _____

Я подтверждаю, что данное согласие на получение информационных и рекламных сообщений является добровольным и его непредоставление не влияет на оказание мне медицинских услуг, я могу в любое время отозвать данное согласие путем направления Оператору письменного заявления или воспользовавшись функцией отписки в полученном сообщении (при наличии).

Ставя свою подпись ниже, я подтверждаю, что ознакомлен(а) с Политикой обработки персональных данных ООО «АЙМЕД ЛАБС», размещенной на сайте <https://imed-labs.ru> и/или на информационном стенде Оператора, и согласен(на) с ее положениями.

В случае если Потребителем является несовершеннолетний или недееспособный гражданин, от имени и в интересах Потребителя действует Заказчик - Законный представитель.

Субъект персональных данных (Потребитель): _____ / _____

(подпись)

(расшифровка подписи)

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью Договора и заполняется уполномоченным представителем Исполнителя непосредственно перед подписанием Договора с конкретным Потребителем (Заказчиком).

В таблицу вносятся сведения только о тех лабораториях-партнёрах и/или клиниках-партнёрах (соисполнителях), услуги которых фактически предполагаются при исполнении данного Договора - в зависимости от перечня заказанных услуг, указанных в Бланк-заказе (Приложение № 1).

Подписывая настоящий Договор, Потребитель (Заказчик) подтверждает, что ознакомлен с данными соисполнителей, внесёнными в таблицу ниже, и даёт информированное согласие на привлечение указанных организаций для выполнения лабораторных исследований в рамках Договора.

**Перечень лабораторий-партнеров и клиник-партнеров
(соисполнителей)**

№ п/п	Наименование	Юридический адрес	ОГРН/ОГРНИП	ИНН	Номер лицензии на медицинскую деятельность
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					