**Дата \_\_\_\_/\_\_\_\_/2014г. М**

**Уведомление о последствиях несоблюдения указаний (рекомендации) Исполнителя**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,настоящим подтверждаю, что до заключения договора на оказание медицинских услуг я уведомлен(а) Исполнителем о последствиях несоблюдения его указаний и рекомендации. Мне разъяснено, что несоблюдение указаний и рекомендаций Исполнителя (мед. работника, предоставляющего платную мед. услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной мед. услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (на состоянии здоровья Потребителя).

Потребитель (Заказчик): **V**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Договор на оказание медицинских услуг**

ООО «Многопрофильная клиника «МЕДИУМ», в лице директора Батырова Руслана Хасановича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем Исполнитель,

и гр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Заказчик», в дальнейшем совместно именуемые «Стороны» заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1.Предмет договора.**

* 1. Исполнитель обязуется оказать на возмездной основе Потребителю медицинские услуги (далее-Услуги), а Заказчик обязуется их оплатить. К Услугам относятся взятие биологического материала у Заказчика и (или) проведению медицинских лабораторных исследований биологического материала Заказчика, а так же иные Услуги в соответствие с действующими лицензиями Исполнителя на медицинскую деятельность (См.Приложение №1).
  2. Определенный Заказчиком, на основе действующего прейскуранта Исполнителя, перечень оказываемых услуг, цена за каждую услугу, общая стоимость услуг и сроки их оказания содержатся в листе посещения и квитанции.
  3. Услуги предоставляются в соответствии с расписанием работы врачей и процедурного кабинета. Сроки оказания услуг, могут быть увеличены, если в процессе оказания услуг появятся обстоятельства, влияющие на увеличение срока.
  4. Услуги предоставляются при условии их полной предоплаты Заказчиком.

1. **Права и обязанности сторон.** 
   1. Исполнитель обязан оказать Заказчику Услуги в соответствии с листом посещения.
   2. Исполнитель обязуется оказать Заказчику Услуги с соблюдением действующего законодательства, регулирующего предоставление платных медицинских услуг, а так же с соблюдением действующих санитарно-гигиенических требований.
   3. Результаты лабораторных исследований предоставляются Заказчику на бумажном бланке, либо по желанию заказчика в электронном виде.
   4. Заказчик самостоятельно, на основе действующего у Исполнителя прейскуранта, определяет перечень Услуг, который вносится в лист посещения.
   5. Заказчик обязан оплатить Услуги в полном объеме. Оплата Услуг может быть произведена как в наличной форме, так и в безналичной форме.
   6. Исполнитель вправе привлекать третьих лиц к исполнению своих обязанностей по настоящему договору.
2. **Ответственность сторон.**
   1. В случае отказа Заказчика после заключения договора от получения Услуг договор расторгается. Заказчик при этом оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему договору.
   2. В случае, когда невозможность исполнения возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из Сторон не отвечает, Заказчик возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы.
   3. Исполнитель не несет ответственности за качество биологического материала Заказчика, забор и доставка, которого была произведена Заказчиком самостоятельно.
   4. Все споры, возникшие при исполнении настоящего договора, будут решаться Сторонами путем переговоров. При невозможности решить спор путем переговоров, он разрешается в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством РФ.
3. **Порядок изменения и расторжения договора.**
   1. Настоящий договор может быть изменен или расторгнут только после подписания Сторонами дополнительного соглашения в простой письменной форме. Дополнительные соглашения, закрепляющие изменения условий настоящего договора, являются неотъемлемой частью.
4. **Заключительные положения.**
   1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до исполнения Сторонами своих договорных обязательств.
   2. Настоящий договор составлен в письменной форме, на русском языке, в двух идентичных экземплярах по одному для каждой из Сторон.
   3. При заключении настоящего договора стороны вправе использовать факсимильное воспроизведение подписи и печати с помощью средств механического и иного копирования. (ч.2 ст.160 ТК РФ)
5. **Адреса и реквизиты сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель**: | **Заказчик:** |
| **ООО «Многопрофильная клиника «МЕДИУМ»**  360015, КБР, г.Нальчик, Кабардинская,162,  тел.(8662) 96-78-54, ОГРН 1040700203576 присвоен ИФНС России №2 в г.Нальчике КБР, Лицензия ЛО-07-01-000559 от 18.10.2013г, перечень работ в Приложении №1 к настоящему Договору, выдана МЗ КБР г.Нальчик, ул.Кешокова, 100. тел.42-15-04  ИНН/КПП 0721007186/072601001.  Директор Р.Х.Батыров\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**V** |

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), **диагностических исследований** (нужное подчеркнуть/вписать): лабораторных, ультразвуковых, электрокардиографии, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **лечебных мероприятий** (нужное подчеркнуть/вписать): внутримышечных инъекций, внутривенных вливаний, физиотерапевтических процедур \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я информирован (на) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а так же о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;

Я информирован (на)о том, что процедура забора биологического материала, а также последствие его забора могут быть связаны с некоторым дискомфортом, включая возможные появления гематомы на месте укола в целях забора крови.

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

Я предупрежден (на) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендации медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария, оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я поставил(ла) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том, числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною известных 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(ла) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

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

Расписался в моем присутствии: врач (мед.сестра)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись пациента (законного представителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**V**

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 18 лет, или недееспособных граждан: Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лицо, признанного недееспособным:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Согласие на обработку персональных данных**

(на основании и в порядке ст. ст.3,5,6,9,10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных», ст.13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ)».

Я, нижеподписавшийся (аяся) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

проживающий(ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

номер телефона\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Принимаю решение о предоставлении ООО «Многопрофильная клиника «МЕДИУМ», моих персональных данных и даю согласие на их обработку свободно, в своей воле и в своем интересе (в интерес представляемого мной лица).

Мне разъяснено, что под обработкой персональных данных понимается любое действие (операция) или совокупность действий (операций),совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление/изменение), извлечение, использование, передачу персональных данных. К персональным данным в контексте настоящего согласия относятся следующие данные: фамилия, имя, отчество, дата рождения, пол, адрес, телефон, адрес электронной почты, номер документа удостоверяющего личность, номер полиса ОМС, номер полиса ДМС, СНИЛС, сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, а также иной указанной мной информации.

Целью обработки персональных данных является оказание медицинских услуг должного качества, исполнение договора, идентификации стороны в рамках договора, связь, в том, числе направление уведомлений, запросов и информации, касающихся оказания медицинских услуг, а также обработка запросов и жалоб. Способ обработки персональных данных – автоматизированный и / или неавтоматизированный.

Я согласен(согласна), что в соответствии со ст. 6 ФЗ «О персональных данных» обработка моих персональных данных поручена Операторам ООО «Многопрофильная клиника «МЕДИУМ» на основании заключенного с ним договора на поручение обработки персональных данных.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичной медицинской документации и составляет 25 (двадцать пять)лет.

Я согласен (согласна), получать SMS -уведомления с информацией от клиники «МЕДИУМ»

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного заявления, которое должно содержать паспортные данные , сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе может быть направлено мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

На обработку персональных данных, в том числе персональных данных касающихся здоровья, согласен (согласна), согласие на обработку персональных данных заполнено мной собственноручно.

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**V** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2014

**Приложение №1 к договору на оказание медицинских услуг**

**Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, выполняемые работы, оказываемые услуги.**

**360015,КБР,г.Нальчик, ул.Кабардинская, 160**

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуется и выполняются следующие работы(услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: бактериологии, лабораторной диагностике, медицинскому массажу, рентгенологии, сестринскому делу, сестринскому делу а педиатрии, физиотерапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии, терапии; при оказании первичной специализированной медико- санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии(за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий),аллергологии и иммунологии, бактериологии, гастроэнтерологии, гематологии, дерматовенерологии, детской кардиологии, детской урологии – андрологии, детской хирургии, детской эндокринологии, инфекционным болезням, клинической лабораторной диагностике, психиатрии, психотерапии , ревматологии, рефлексотерапии, стоматологии терапевтической, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии, эндоскопии; при оказании первичной специализированной медико – санитарной помощи в условиях дневного стационара по: неонатологии.

**360015,КБР,г.Нальчик, ул.Кабардинская, 162**

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико – санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы(услуги): при оказании первичной доврачебной медико – санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу, лабораторному делу, лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, медицинскому массажу, организации сестринского дела, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, физиотерапии; при оказании первичной врачебной медико – санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, педиатрии, терапии; при оказании первичной специализированной медико – санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии(за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), аллергологии и иммунологии, гастроэнтерологии, дерматовенерологии, инфекционным болезням, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, колопроктологии, лабораторной генетике, лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, медицинской генетике, неврологии, нейрохирургии, нефрологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии ( за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, психиатрии, ревматологии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, 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: акушерству и гинекологии ( за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), анестезиологии и реаниматологии, детской хирургии, операционному делу, оториноларингологии ( за исключением кохлеарной имплантации), реаниматологии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, травматологии и ортопедии, трансфузиологии, урологии, хирургии, хирургии (абдоминальной). При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности.

**361534, КБР, г.Баксан, пр.Ленина, д. 2 «а»**

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико – санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу, лабораторной диагностике, медицинскому массажу, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, физиотерапии; при оказании первичной врачебной медико- санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии, терапии; при оказании первичной специализированной медико –санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии( за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), аллергологии и иммунологии, гастроэнтерологии, дерматовенерологии, инфекционными болезнями, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, мануальной терапии, медицинской генетике, неврологии, нейрохирургии, нефрологии, оториноларингологии( за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, психиатрии, ревматологии, рефлексотерапии, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии, эндоскопии.

**361330,КБР, Урванский район,г.Нарткала,ул.Красная, д.68**

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико – санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (усгуги): при оказании первичной доврачебной медико –санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике, сестринскому делу; при оказании первичной врачебной медико –санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; при оказании первичной специализированной медико- санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), кардиологии, клинической лабораторной диагностике, мануальной терапии, неврологии, ультразвуковой диагностике, урологии, функциональной диагностике, эндокринологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи.

**361401, КБР, г.Чегем, ул.им.Героя России Кярова А.С, д.127**

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико – санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы(услуги): при оказании первичной доврачебной медико – санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу, медицинскому массажу, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии; при оказании первичной врачебной медико – санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии, терапии; при оказании первичной врачебной медико – санитарной помощи в условиях дневного стационара по: терапии; при оказании первичной специализированной медико – санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии ( за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), гастроэнтерологии, детской кардиологии, кардиологии, мануальной терапии, неврологии, ультразвуковой диагностике, урологии, функциональной диагностике, эндокринологии; при оказании первичной специализированной медико – санитарной помощи в условиях медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи.

**357500,Ставропольский край, г.Пятигорск, ул.40 лет Октября, д.51 А**

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико – санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико – санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; при оказании первичной врачебной медико – санитарной помощи у амбулаторных условиях по: терапии; при оказании первичной специализированной медико – санитарной помощи в амбулаторныхусловиях по: акушерству и гинекологии ( за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), дерматовенерологии, клинической лабораторной диагностике, мануальной терапии, неврологии, ультразвуковой диагностике, урологии, хирургии, эндокринологии.

**357820,Ставропольский край, г.Георгиевск, ул.Герцена-Ермолова,д.87/96**

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико – санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико – санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико – санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии ( за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), дерматовенерологии, психиатрии – наркологии.