**Дата \_\_\_\_/\_\_\_\_/2016г.**

**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 «Клиника «МЕДИУМ», в лице директора Карачаева Ислама Аслановича, 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 «Клиника «МЕДИУМ»**  360015, КБР, г.Нальчик, Кабардинская,162,  тел.(8662) 96-78-54, ОГРН 1080718000901 присвоен ИФНС России №2 в г.Нальчике КБР, Лицензия ЛО-07-01-000787от 13.08.2015г, перечень работ в Приложении №1 к настоящему Договору, выдана МЗ КБР г.Нальчик, ул.Кешокова, 100. тел.42-15-04  ИНН 00701012364  Директор И.А.Карачаев\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 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** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2016