

**Уведомление потребителя (Заказчика)**

Несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медработника, предоставляющего платную медицинскую услугу (далее - услуга)), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

Договор № \_\_\_\_\_

**на оказание добровольных платных медицинских услуг от \_\_\_\_\_**

ООО "МУ "Империя здоровья", действующее на основании свидетельства о внесении записи в ЕГРЮЛ, серия 27 №002163365 выдано МИФНС №6 по Хабаровскому краю, от «28» марта 2013 г., а также лицензии № Л041-01189-27/00363578 от 28.12.2018 (Информация о лицензии приведена в Приложении № 1 к настоящему договору), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице регистратора центра \_\_\_\_\_, действующего на основании Доверенности, с одной стороны и \_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель» с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. По настоящему Договору Исполнитель обязуется за плату оказать медицинские услуги, а Заказчик обязуется оплатить стоимость услуг согласно действующему прейскуранту цен (тарифу), в размере указанном в настоящем договоре.

**2. Права и обязанности сторон**

2.1. Исполнитель обязуется предоставить медицинские услуги в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023г №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 4 октября 2012 г. N 1006».

2.2. Исполнитель вправе привлекать для оказания услуг третьих лиц.

2.3. Заказчик обязуется оплатить стоимость медицинских услуг в полном объеме путем ее внесения через кассу, при заключении настоящего договора.

2.4. Заказчик вправе отказаться от договора при условии оплаты фактических понесенных исполнителем расходов.

2.5. Заказчик обязуется соблюдать правила поведения в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения.

2.6. Заказчик обязуется выполнять все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих ему по настоящему Договору медицинские услуги, по лечению, в том числе соблюдать указания медицинского учреждения, предписанные на период после оказания услуг

2.7. Стороны пользуются иными правами и исполняют обязанности, предусмотренные действующим законодательством.

**3. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг, порядок их оплаты**

3.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует в течение 30 (тридцати) дней.

3.2. Услуги оказываются в течении действия договора в соответствии с графиком работы Исполнителя, после поступления оплаты в полном объеме в кассе медицинской организации. Медицинские услуги в рамках настоящего договора оказываются по месту нахождения Исполнителя по адресу: 680031, Хабаровский край, Хабаровск г, Карла Маркса ул, дом 134, офис 1.Сроки ожидания медицинских услуг, предоставляемых в плановом порядке определяются датой обращения за их предоставлением в медцентр, наличием возможности их оказать, загруженностью расписания специалистов, но не превышают 72 час.

3.3. Предоставление медицинских услуг осуществляется на основании **информированного добровольного согласия** Потребителя в соответствии с законодательством РФ об охране здоровья

граждан (Приложение № 2 к настоящему договору).

3.4. Выдана потребителю медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья 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, осуществляется Исполнителем в соответствии с действующим законодательством.

**4. Ответственность сторон за невыполнение условий договора**

4.1. Исполнитель не несет ответственность за качество и подлинность представленного Заказчиком биологического материала для проведения исследования в случае, если биологический материал был предоставлен Заказчиком самостоятельно (т.е. забор биологического материала был сделан не сотрудником Исполнителя).

4.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Заказчиком условий настоящего Договора.

4.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, в случае предоставления Заказчиком неполной информации о своем здоровье, в случае невозможности окончания оказания медицинской услуги, возникшей по вине Заказчика (немотивированный отказ от продолжения лечения, окончание сроков действия результатов лабораторных исследований, отказ от выполнения необходимых условий, иных действий или анатомо-физиологических особенностей организма).

В случае возникновения указанных случаев Исполнитель не производит возврат уплаченных Заказчиком денежных средств.

4.4. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по Договору при возникновении непреодолимых препятствий, под которыми понимаются: стихийные бедствия, массовые беспорядки, запретительные действия властей и иные форс-мажорные обстоятельства.

**5. Согласие на обработку персональных данных**

5.1. В соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных» №152-ФЗ Заказчик дает свое согласие на обработку персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), данные о состоянии его здоровья и иные данные, получение которых необходимо для оказания (получения) услуг (Приложение № 3 к настоящему договору).

**6. Порядок изменения и расторжения договора**

6.1. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Заказчика от получения медицинских услуг. Отказ Заказчика от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю. Исполнитель информирует потребителя (заказчика) о расторжении договора по инициативе потребителя.

**6.2. В случае расторжения договора в соответствии с п. 7.1 Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.**

**7. Перечень и стоимость платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором**

ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ОКАЗЫВАЕМЫХ ПОТРЕБИТЕЛЮ (ЗАКАЗЧИКУ)				
№	Наименование медицинской услуги	Срок оказания	Количество	Сумма, руб.
Итоговая стоимость услуг				

Всего наименований \_\_, на сумму \_\_\_\_\_ руб.

\_\_\_\_\_ рубл \_\_\_\_\_ копеек

**8. Иные условия**

8.1. Медицинские освидетельствования включающие в себя обследования врачом-психиатром и врачом-психиатром-наркологом, а также химико-токсикологические исследования (ХТИ) в случаях предусмотренных законодательством РФ проводятся потребителем самостоятельно (в специализированных медицинских организациях государственной или муниципальной системы здравоохранения по месту жительства либо месту пребывания освидетельствуемого), в стоимость услуг не включены.

8.2. Приложения № 1, № 2, № 3, а также № 4 при оказании услуг по обследованию на вич-инфекцию являются неотъемлемой частью настоящего договора.

**9. Адреса и подписи сторон**

**Исполнитель:** ООО "МУ "Империя здоровья", 680031, Хабаровский край, Хабаровск г, Карла Маркса ул, дом 134, офис 1, тел. +7 (4212) 242-242, ОГРН 1132722001763, ИНН/КПП 2722119947/272401001

Потребитель (Заказчик): \_\_\_\_\_, паспорт серия № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_ г., зарегистрирован(на) по

адресу: \_\_\_\_\_, Тел: \_\_\_\_\_.

Информирован(а) об альтернативе бесплатного получения медицинских услуг, входящих в Территориальную программу государственных гарантий оказания гражданам РФ на территории Хабаровского края бесплатной медицинской помощи.

**Настоящим выражаю свое волеизъявление на получение медицинских/ой услуги платно, в соответствии с условиями настоящего Договора.**

Исполнитель

Заказчик

Договор № \_\_\_\_\_ на оказание добровольных платных медицинских услуг от \_\_\_\_\_ г.

Приложение № 1

**Информация о лицензии**

Лицензия № Л041-01189-27/00363578 от 28.12.2018 (срок действия – бессрочно) выдана Минздравом Хаб. края, г. Хабаровск, ул. Запарина 76, тел: (4212) 40-20-00, предусматривающая перечень работ: 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: вакцинации (проведению профилактических прививок), дезинфектологии, лечебному делу, общей практике, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), организации здравоохранения общественному здоровью, педиатрии, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), гастроэнтерологии, дерматовенерологии, инфекционным болезням, кардиологии, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), офтальмологии, профпатологии, психиатрии, психиатрии-наркологии, рентгенологии, стоматологии общей практики, ультразвуковой диагностике, урологии, фтизиатрии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам(предрейсовым, послерейсовым); при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приемные родители, медицинскому освидетельствованию на наличие инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа иностранным гражданам и лицам без гражданства в выдаче либо аннулировании разрешения на временное проживание, или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе профессиональной пригодности, экспертизе временной нетрудоспособности.

## Информированное добровольное согласие

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу \_\_\_\_\_, в отношении \_\_\_\_\_, проживающим по адресу \_\_\_\_\_ даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО "МУ "Империя здоровья".

Медицинским работником \_\_\_\_\_ (Врач-терапевт) в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Мне разъяснено, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, 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 моего здоровья

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

✓

\_\_\_\_\_  
(подпись, Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
Врач-терапевт

\_\_\_\_\_  
(подпись, Ф.И.О. и должность медицинского работника)

Исполнитель \_\_\_\_\_ /

Заказчик \_\_\_\_\_ /

✓

Шурыгину Егору Евгеньевичу  
680031, Хабаровский край, Хабаровск г, Карла Маркса ул, дом 134, офис 1  
ОГРН 1132722001763 ИНН 2722119947 КПП 272401001

от \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ г.р.  
Паспорт: серия \_\_\_\_ № \_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_,

## ЗАЯВЛЕНИЕ

В соответствии с пунктом 2 Порядка организации системы документооборота в сфере охраны здоровья, утвержденного Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.09.2020 № 947н, а также в соответствии с Порядком ведения медицинской документации и хранения медицинских документов, утвержденного Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25.03.2025 № 147н, подтверждаю свое право на получение медицинской помощи при ведении медицинской документации в форме бумажных документов.

Настоящим прошу осуществлять формирование, ведение и хранение моей медицинской документации исключительно в бумажном виде, в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации в сфере охраны здоровья. Прошу вести мою медицинскую документацию в форме бумажных документов с момента подачи настоящего заявления, обеспечить надлежащее оформление, хранение и предоставление доступа к бумажной медицинской документации в установленном законодательством порядке, а также уведомить меня в случае планируемого перехода на исключительно электронный документооборот с предоставлением соответствующих гарантий сохранения доступа к моим медицинским данным.

Приложение:

1. Копия документа, удостоверяющего личность заявителя.

Дата: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

Подпись:  \_\_\_\_\_

Расшифровка подписи: \_\_\_\_\_

-----  
линия отреза

### Согласие на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения, паспорт серия \_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_ г., проживающий/ая по адресу \_\_\_\_\_ в соответствии с требованиями ст. ст. 23,24 Конституции РФ, ст. 9 Федерального закона «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27.07.2006, ст. 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21.11.2011г. даю свое согласие на обработку ООО "МУ "Империя здоровья", 680031, Хабаровский край, Хабаровск г, Карла Маркса ул, дом 134, офис 1, тел. +7 (4212) 242-242, ОГРН 1132722001763, ИНН/КПП 2722119947/272401001 (далее – «Оператор») моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный телефон, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счёта в Пенсионном фонде России (СНИЛС), место работы, реквизиты справок и заключений, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг и осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС), в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Оператор вправе в процессе оказания медицинских услуг передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, для экспертизы качества оказания медицинских услуг, а также следующим лицам: должностным лицам Оператора, соисполнителям (в том числе юридическим лицам) Оператора, в целях оказания медицинских услуг, страховым медицинским организациям (в рамках ОМС), подсистему ЭЛМК (ЕГИСЗ), контролирующим органам (ФОМС, ТФОМС, Пенсионный фонд РФ, ФНС, ФСС, Росстат и т.д.) и иным государственным органам.


Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Оператор вправе совершать обмен моими персональными данными со страховой медицинской организацией (Страховщиком), Территориальным фондом, ОМС, органами здравоохранения. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет

Настоящее согласие дано мной 05.05.2026 и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать данное согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в месячный срок

В соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27.07.2006, даю свое согласие на получение от представителей/сотрудников Исполнителя (далее - Оператора) информации: о готовности результатов медицинского исследования, анализов, направление результатов анализов, исследований, заключений содержащую врачебную тайну и иную информацию, в том числе носящую рекламный характер, путем предоставления соответствующей информации с помощью смс-информирования, WhatsApp/Telegram-информирования. Информация разрешаю направлять мне на телефонный номер: \_\_\_\_\_ и/или по адресу электронной почты: \_\_\_\_\_. Я подтверждаю, что являюсь владельцем указанного выше телефонного номера и электронной почты, персональные данные предоставлены сознательно и добровольно. Я уведомлен, что информация будет направлена по незащищенным каналам связи, в связи с чем, Оператор не может нести ответственность за несанкционированное попадание сведений к третьим лицам.

Время рассылки с 09:00 до 22:00 по местному времени. Услуга предоставляется бесплатно. Передача информации осуществляется автоматически и не имеет 100% гарантии доставки. Я уведомлен о том, что в любой момент могу отказаться от рассылки путём направления отказа в свободной форме на e-mail: [www.medcomis.ru](mailto:www.medcomis.ru). Исключение из списка рассылки будет осуществлено в течении 5 (пяти) рабочих дней с момента получения отказа

 \_\_\_\_\_  
(подпись, Ф.И.О. гражданина или законного  
представителя гражданина)

## СОГЛАСИЕ НА РАСПРОСТРАНЕНИЕ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (полностью), число, месяц, год рождения)

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (кем выдан)

зарегистрированный(ая) по адресу:

даю ООО "МУ "Империя здоровья", зарегистрированному по адресу: 680031, Хабаровский край, Хабаровск г, Карла Маркса ул, дом 134, офис 1 (далее - оператор) согласие на распространение своих персональных данных в соответствии с требованиями п. 9 ст. 9 Федерального закона Российской Федерации от 27 июля 2006г. №152 -ФЗ «О персональных данных».

### Цель обработки персональных данных:

- обеспечение соблюдения законов и иных нормативных правовых актов;

### Персональные данные, подлежащие распространению:

Категория персональных данных	Перечень персональных данных	Разрешение к распространению (да/нет)	Условия и запреты
Общедоступные	Фамилия	да/нет	отсутствуют
Общедоступные	Имя	да/нет	
Общедоступные	Отчество	да/нет	
Общедоступные	Должность	да/нет	
Общедоступные	Адрес электронной почты (рабочий)	да/нет	
Общедоступные	Телефон (рабочий)	да/нет	
Иные	Сведения о биографии (образовании, трудовом стаже, наличии или отсутствии индивидуальных достижений, семейном положении)	да/нет	

Способами распространения персональных данных в рамках настоящего согласия являются размещения на официальном сайте <https://medcomis.ru/about/> ([markpm@medcomis.ru](mailto:markpm@medcomis.ru))

Настоящее согласие на распространение персональных данных действует с момента его представления оператору в течение сроков хранения документов по конкурсу и может быть отозвано мной в любое время путем подачи оператору заявления в простой письменной форме.

Персональные данные субъекта подлежат хранению в течение сроков, установленных законодательством Российской Федерации. Персональные данные уничтожаются: по достижению целей обработки персональных данных; при ликвидации или реорганизации оператора; на основании письменного обращения субъекта персональных данных с требованием о прекращении обработки его персональных данных (оператор прекратит обработку таких персональных данных в течение 3 (трех) рабочих дней, о чем будет направлено письменное уведомление субъекту персональных данных в течение 10 (десяти) рабочих дней.

\_\_\_\_\_ /  \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.