ДОГОВОР
на предоставление платных медицинских услуг
по подготовке к беременности

г. Омск «____»_____20___ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Альфа-ЭмБио», именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице директора Дворянинова Сергея Владимировича, действующего на основании Устава, а также в соответствии с выданными лицензиями на осуществление медицинской деятельности (Лицензия № ЛО-55-01-002323 от 12.04.2018 г., выдана Министерством здравоохранения Омской области, Лицензия № ФС-55-01-001390-14 от 18.09.2014 г. выдана ФС по надзору в сфере здравоохранения), с одной стороны, и
Женщина _____
_____года рождения, именуемая в дальнейшем **«Пациентка»**,
Мужчина _____
_____ года рождения, именуемый в дальнейшем «**Пациент**», совместно именуемые в дальнейшем **«Пациент»**, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту платные медицинские услуги (далее «Медицинские услуги», «Медицинская помощь»), в объеме, порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором и Программой подготовки к беременности (далее «Программа»), являющейся Приложением № 1 к Договору, а Пациент или Третье лицо обязуется оплатить эти услуги в порядке и на условиях, определенных настоящим Договором.
1.2. Медицинская помощь предоставляется Пациенту Исполнителем путем выполнения работ (оказания услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в Лицензии Исполнителя.
1.3. Рекомендованный объем (перечень и количество) медицинских услуг, кратность, периодичность их оказания определяются Программой и назначениями лечащего врача.
1.4. Медицинская помощь оказывается Исполнителем Пациенту амбулаторно по адресу: 644043 г. Омск, ул. Волочаевская, дом 11, корпус 1, в порядке, предусмотренной Программой. Медицинская помощь может оказываться в соответствии с п.п. 3.2.2, 3.2.3, 3.2.4 Договора в иных специализированных организациях.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ КЛИНИКИ.

2.1. Основанием для оказания платной Медицинской помощи является:
-Наличие лицензии на осуществление медицинской деятельности;
-Наличие информированного добровольного согласия Пациента на медицинское вмешательство, оформляемого в порядке, предусмотренном нормами действующего законодательства РФ;
- Добровольное желание Пациента получить услуги Исполнителя за плату, которое подтверждается подписанием настоящего Договора со стороны Пациента;
- Предъявление Пациентом персональных данных и согласие на их обработку: данные документа, удостоверяющего личность со сведениями о Ф.И.О., возрасте, месте регистрации по месту жительства и (или) пребывания.
2.2. Исполнитель оказывает Медицинскую помощь в соответствии с предъявляемыми действующим законодательством РФ требованиями к осуществлению медицинской деятельности.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:
3.1.1. Проводить консультации, осмотры врачами-специалистами, комплексы инструментальных, лабораторных и прочих мероприятий в объеме и на условиях, предусмотренных настоящим Договором;
3.1.2. Оказывать качественную и квалифицированную медицинскую помощь в соответствии с условиями настоящего Договора и требованиями, установленными действующим законодательством РФ;

3.1.3. Информировать Пациента по его требованию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах рекомендуемого ему лечения, о возможных осложнениях (риске), возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;
3.1.4. Информировать Пациента по мере необходимости о возможности проведения дополнительных методов обследования и лечебно-диагностических мероприятий;
3.1.5. Обеспечить Пациента в доступной форме достоверной информацией, включающей в себя сведения о местонахождении Исполнителя (месте его государственной регистрации), перечне медицинских услуг, об условиях предоставления и получения медицинской помощи, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов;
3.1.6. Обеспечить выполнение принятых по настоящему Договору обязательств, в т.ч. с привлечением соисполнителей (врачей-специалистов или организаций здравоохранения), специализирующихся на оказании медицинских услуг и обладающих необходимыми разрешениями на оказание соответствующих медицинских услуг;
3.1.7. Соблюдать установленные законодательством РФ требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их предоставления;
3.1.8. Соблюдать врачебную тайну, не допускать разглашение сведений, составляющих врачебную тайну (информацию о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при оказании медицинской помощи);
3.1.9. Соблюдать конфиденциальность персональных данных Пациента.
3.2. Исполнитель имеет право:
3.2.1. Изменить (дополнить) по согласованию с Пациентом объем и иные условия получения медицинской помощи по Программе, предусмотренной настоящим договором;
3.2.2. Привлекать соисполнителей (врачей-специалистов или организаций здравоохранения), специализирующихся на оказании медицинских услуг и обладающих необходимыми разрешениями на оказание соответствующих медицинских услуг;
3.2.3. Направить Пациента для проведения дополнительных консультаций и (или) других видов медицинской помощи в другие организации здравоохранения без каких-либо гарантий оплаты со стороны Исполнителя;
3.2.4. Направить Пациента на госпитализацию в другие специализированные стационары при условии наличия медицинских показаний и выявления состояний, требующих госпитализации и не входящих в компетенцию Исполнителя. Госпитализация не входит в объем предоставляемой Программы.
3.2.5. Отказаться в одностороннем порядке от исполнения настоящего Договора, если отказ непосредственно не угрожает жизни Пациента, по основаниям, определенным п. 5.2 настоящего Договора.
3.2.6. Реализовывать иные права, предусмотренные действующим законодательством РФ.

3.3. Пациент обязуется:
3.3.1. Предоставить необходимую и достоверную информацию, обеспечивающую качественное предоставление медицинских услуг: о состоянии своего здоровья и здоровья ближайших родственников, об имеющейся в анамнезе патологии, перенесенных или имеющихся заболеваниях, инфекциях, наличии вредных привычек и профессиональных вредностей, аллергических реакциях, а также предоставить Исполнителю информацию для связи (адрес электронной почты, номера телефонов, фактический адрес проживания);
3.3.2. Оформить в установленном законом порядке информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства;
3.3.3. Посещать Исполнителя для проведения осмотров, процедур, консультаций, исследований и т.п. по назначению врачей Исполнителя в предварительно согласованные сроки и время. В случае невозможности явки заблаговременно в срок, не позднее, чем за 3 часа до согласованного времени оказания медицинских услуг, предупредить Исполнителя об этом;
3.3.4. Добросовестно выполнять указания (рекомендации) Исполнителя (медицинских работников Исполнителя), в том числе назначенного режима наблюдения (лечения);
3.3.5. Своевременно оплачивать Исполнителю Медицинские услуги в порядке и сроки, предусмотренные настоящим Договором;
3.3.6. Выполнять иные обязанности, определенные действующим законодательством, положениями настоящего Договора.

3.4. Пациент имеет право:
3.4.1. Получить по требованию от Исполнителя полную и всестороннюю информацию о состоянии здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах диагностики и лечения, о возможных осложнениях (риске), возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; об используемых (назначаемых) при предоставлении медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению;
3.4.2. Получать квалифицированную Медицинскую помощь в соответствии с условиями настоящего Договора, а также отказаться от ее получения;
3.4.3. Реализовывать иные права, предусмотренные действующим законодательством РФ.

Исполнитель: _____ *Пациент:*_____

4. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

4.1. Стоимость Медицинских услуг по настоящему Договору определяется в размере **16 500 (шестнадцать тысяч пяьсот) руб.** Оплата Медицинских услуг производится в порядке 100% предоплаты.
Оплата производится в рублях наличными денежными средствами или с использованием банковской карты через кассу Исполнителя. По согласованию сторон оплата медицинских услуг может осуществляться путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.
4.3. Медицинские услуги (полностью или частично) по настоящему Договору могут быть оплачены за счет личных средств Пациента, средств Третьего лица - иных физических и юридических лиц, в том числе страховыми организациями по программам добровольного медицинского страхования, работодателем или иным лицом. Оплата медицинских услуг в этом случае будет считаться оплатой Медицинских услуг для Пациента, и не будет считаться основанием для предоставления Медицинских услуг лицу, осуществившему оплату.
4.4. В случае неполучения Пациентом по вине или инициативе Пациента всего перечня услуг, предусмотренного Программой, стоимость, за не оказанные Исполнителем услуги, Пациенту не возвращается.

5. СРОКИ ПО ДОГОВОРУ И ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

5.1. Срок выполнения обязательства по предоставлению Медицинских услуг – календарный год, с момента заключения настоящего договора.
5.2. В случаях несоблюдения Пациентом указаний (рекомендаций) медицинского работника Исполнителя, в том числе назначенного режима наблюдения (лечения), Правил внутреннего распорядка Исполнителя, медицинский работник вправе по согласованию с Главным врачом принять решение об отказе от наблюдения и лечения Пациента, если отказ непосредственно не угрожает жизни Пациента. Решение медицинского работника об отказе от наблюдения и лечения Пациента является основанием для предоставления Исполнителем Пациенту иной кандидатуры медицинского работника, а в случае невозможности замены или несогласия Пациента на замену, расторжения Исполнителем настоящего Договора в одностороннем порядке в связи с возникновением объективной невозможности предоставить требуемую услугу.
5.3. Пациент имеет право по своему усмотрению отказаться от оказания Медицинских услуг или потребовать их прекращения. Отказ Пациента от Медицинских услуг оформляется в письменной форме, подписывается Пациентом и медицинским работником Исполнителя и храниться в медицинской документации Пациента.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения обязательств по Договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.
6.2. Все споры и разногласия, вытекающие из настоящего Договора и в связи с ним подлежат урегулированию путем переговоров, а в случае не достижения согласия между сторонами, подлежат урегулированию путем проведения процедуры медиации.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

7.1. В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и Федеральным законом от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Пациент дает согласие на обработку, в том числе автоматизированную, своих персональных данных (Приложение № 3 к договору).
7.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой стороны. Стороны отмечают, что при подписании настоящего Договора Пациент получил свой экземпляр договора: _____/_____/
(подпись) (ФИО)
7.3. К настоящему Договору прилагаются и являются его неотъемлемой частью:
- Приложение № 1 - Программа подготовки к беременности;
- Приложение № 2 - Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство;
- Приложение № 3 – Согласие на обработку персональных данных.
7.4. До заключения настоящего Договора Пациент ознакомлен и уведомлен:
- о том, что граждане РФ вправе получать медицинскую помощь бесплатно в организациях здравоохранения, которые предоставляют указанные услуги по программам государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в объеме и порядке, установленном действующим законодательством РФ;
- о перечне и стоимости медицинских услуг по Прейскуранту Исполнителя;
- о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, оказывающего медицинскую услугу), в том числе назначенного режима наблюдения (лечения), могут снизить качество предоставляемых медицинских услуг;

Исполнитель: _____ *Пациент:*_____

- о том, что предоставление стационарной медицинской помощи Пациенту по настоящему Договору не предусмотрено.

8. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Клиника:
Общество с ограниченной ответственностью «Альфа-ЭмБио»
Юридический адрес: 644043, г. Омск, ул. Волочаевская, д. 11, к. 1, пом. 30П; ОГРН 1125543054207
ИНН/КПП 5503238418/550301001; р/сч 40702810323320000124 в Филиале «Новосибирский» ПАО «АЛЬФА-БАНК»; к/сч 30101810600000000774; БИК 045004774; **тел.: +7 (3812) 95-55-63**

Директор: _____ /Дворянинов С.В./
м. п.

Пациент:
Женщина _____
дата рождения _____ паспорт серия _____, номер_____ выдан (кем, когда) _____,
зарегистрирована по адресу:
_____
Мужчина
_____
дата рождения _____ паспорт серия _____, номер_____ выдан (кем, когда) _____,

зарегистрирован по адресу: _____

Домашн.тел. _____; сот. тел. женщины _____; сот. тел. мужчины _____

Подпись женщины: _____/_____/

Подпись мужчины: _____/_____/

Дополнительная информация:

_____

_____

_____

Исполнитель: _____ *Пациент:*_____

Приложение № 1
к договору на предоставление платных медицинских услуг
по подготовке к беременности «____»_____г.

ПРОГРАММА
подготовки к беременности

Консультации специалистов:
- консультация акушера-гинеколога по планированию беременности (2 консультации)
- консультация уролога-андролога (1 консультация)

Для женщины
Лабораторные общеклинические исследования:
-общий анализ мочи (1 раз)
-клинический анализ крови с глюкозой (1 раз)
- гомоцистеин (1 раз)
- 25-ОН витамин Д3 (1 раз)
- ферритин (1 раз)
- ТТГ (1 раз)

Исследование урогенитального тракта:
- цитологическое исследование соскоба с шейки матки (1 раз)
- ВПЧ тест (1 раз)
- фемофлор (Скрининг ПЦР-12) (1 раз)

Серологическое исследование на ТОРЧ-инфекции:
- определение антител к вирусу краснухи, IgG (1 раз)
- ВИЧ (антитела и антигены) (1 раз)
- антитела к бледной трепонеме (T.pallidum),сум. (1 раз)
- поверхностный антиген вируса гепатита В (австралийский антиген, HbsAg) (1 раз)
- антитела к вирусу гепатита С, сум. (Anti-HCV) (1 раз)

Ультразвуковые исследования:
- УЗИ гинекологическое (1 раз)
-УЗИ молочных желез (1 раз)
- УЗИ щитовидной железы (1 раз)

Забор крови из переферической вены (1 раз)
Взятие биологического материала на исследование (мазок, ПЦР, бактериология) (1 раза)

Для мужчины
- исследование эякулята – спермограмма с морфологией (1 раз)
- андрофлор (Скрининг ПЦР-14) (1 раз)
- ВИЧ (антитела и антигены) (1 раз)
- антитела к бледной трепонеме (T.pallidum),сум. (1 раз)
- поверхностный антиген вируса гепатита В (австралийский антиген, HbsAg) (1 раз)
- антитела к вирусу гепатита С, сум. (Anti-HCV) (1 раз)

Забор крови из переферической вены (1 раз)
Взятие биологического материала на исследование (ПЦР) (1 раз)

Исполнитель: _____ *Пациент:*_____

Примечание:

*Данная Программа обследований является базовой, при наличии у пациентов хронических заболеваний, сопутствующих патологий, выявленных в ходе обследования, могут потребоваться дополнительные исследования и визиты к врачу, которые пациент может выполнить дополнительно, по желанию. Стоимость лекарственных средств, а также дополнительных лабораторных и диагностических исследований, дополнительных приемов врачей, не вошедших в данную программу, и рекомендованных к выполнению, оплачивается пациентом дополнительно.

Исполнитель:

Директор _____ /Дворянинов С.В./

м.п.

Пациент:

Подпись женщины: _____/_____/

Подпись мужчины: _____/_____/

Исполнитель: _____ *Пациент:*_____

Приложение № 2
к договору на предоставление платных
медицинских услуг по подготовке к
беременности от «___» _____ 20___г.

Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство

(в рамках исполнения Постановления Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» и Приказа Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информационное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи»)

Настоящим даю согласие на проведение мне в ООО «Альфа-ЭмБио» следующих видов медицинского вмешательства:

- опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;
- осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование;
- антропометрические исследования;
- термометрия;
- тонометрия;
- лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, генетические;
- функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, кардиотокография (для беременных);
- рентгенологические методы обследования, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования, гистеросоносальпингографию;
- введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутремышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, интраназально.

Мне разъяснены и понятны цели всех вышеуказанных процедур, методы их проведения, связанном с ними риском, возможных вариантах медицинского вмешательства, и его последствия.

Мне разъяснено и понятно, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Клиники (медицинского работника), в том числе несоблюдение назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Пациент: «____» _____ 20 ___ г. _____ (_____)
подпись *Ф.И.О.*

Мед. Работник: «____» _____ 20 __ г. _____ (_____)
подпись *Ф.И.О.*

Исполнитель: _____ *Пациент:*_____

Приложение № 3
к договору на предоставление платных
медицинских услуг по подготовке к
беременности от «___» _____ 20___г.

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся (ая)
_____,
Проживающий (ая) по адресу:
_____
_____
_____,
Имеющий (ая) паспорт серии _____ номер_____ выдан
_____
_____ «____»
_____ 20 ___ г.
в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных», и статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации**» подтверждаю свое согласие на обработку Обществом с Ограниченной Ответственностью «Альфа ЭмБио»** (далее – Оператор) **моих персональных данных,** включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверяющего личность), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико- профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю оператору осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использования, обезличивание, уничтожение. Оператор в праве обрабатывать мои персональные данные посредствам внесения их в электронную базу данных, включая в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации. Кроме того, предоставляю Оператору право осуществлять обработку моих персональных данных для статистических и иных исследовательских целей при условии обязательного обезличивания персональных данных. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие дано мной с момента подписания данного согласия и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое 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.

Исполнитель: _____ *Пациент:*_____

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течении периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

По истечении указанного выше срока хранения моих персональных данных (двадцать пять лет) Оператор обязан уничтожить (стереть) все мои персональные данные из баз данных автоматизированных систем Оператора, включая все копии на электронных носителях информации, без уведомления меня об этом.

«____» _____ 20 ___ г. _____ (подпись)

Исполнитель: _____ *Пациент:*_____