

# Договор об оказании платных медицинских услуг № [DOC\_NUMBER]

г. Москва

[DOC\_TODAY]

ООО "Клиника Гавриловых "Реацентр", 129515, г. Москва, Останкинский, ул. Хованская, д. 6, пом. XIV, лицензия № ЛО-56-01-001588, выдана 13.10.2015г. Департаментом здравоохранения города Москвы, виды деятельности: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; физиотерапии; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии; терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: детской эндокринологии; мануальной терапии; неврологии; остеопатии; рефлексотерапии; физиотерапии; функциональной диагностике; эндокринологии, далее именуемое «Исполнитель» в лице Директора Поповой Алевтины Александровны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и законный представитель несовершеннолетнего пациента [CONTRAGENT\_TITLE] [CONTRAGENT\_PREAMBULA], далее именуемый(ая) «Плательщик», с другой стороны, и законный представитель несовершеннолетнего пациента:[REPRESENT\_FIO], [REPRESENT\_STATUS],на основании [PATIENT\_DOCUMENT],серия: [PATIENT\_DOCUMENT\_SERIES], №[PATIENT\_DOCUMENT\_SN],от [PATIENT\_DOCUMENT\_DATE], далее именуемый «Заказчик», с третьей стороны, представляющий(ая) интересы своего сына (дочери) [PATIENT\_FIO\_GEN], далее именуемый(ая) Пациент, далее вместе именуемые «Стороны», а по отдельности «Сторона» заключили настоящий договор о нижеследующем:

## 1. Предмет договора

1.1. В соответствии с настоящим договором Исполнитель обязуется оказать, а Заказчик действуя в интересах и являясь законным представителем несовершеннолетнего Пациента [REPRESENT\_FIO] оплатить следующие медицинские услуги Пациенту: [PATIENT\_FIO\_DAT], дата рождения:[PATIENT\_BIRTHDAY], проживающему по адресу: [PATIENT\_ADDR].

Срок оказания платных медицинских услуг	Медицинская услуга	Кол-во сеансов	Цена 1 сеанса в рублях с НДС	Общая стоимость в рублях с НДС
[DOC_TODAY]	Лечение прибором «МЭКС» (курс №[DOC_COURSE_NUM])	15		

1.2. Процедуры рефлексотерапии проводятся в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития РФ от 13.04.2007 № 266 "Об утверждении рекомендуемых перечней медицинских показаний и противопоказаний к применению рефлексотерапии в клинической практике".

1.3. Пациент получает лечение в соответствии с Клиническими рекомендациями и стандартом оказания медицинской помощи и подтверждает свое согласие на оказание медицинских услуг в виде отдельных консультаций и (или) медицинских вмешательств, входящих в клинические рекомендации и стандарт медицинской помощи, а также дает свое согласие на оказание дополнительных медицинских услуг в объеме, превышающем стандарт медицинской помощи.

1.4. Наименование дополнительных медицинских услуг, предоставленных пациенту, а также их количество и стоимость указаны в дополнительном соглашении к настоящему Договору.

1.5. При исполнении настоящего Договора стороны руководствуются действующим российским законодательством, регулирующим предоставление платных медицинских услуг медицинскими учреждениями.

## 2. Права и обязанности сторон

### 2.1. Исполнитель обязан:

- 2.1.1. Информировать Представителя об особенностях проводимых лечебных процедур (Приложение №1).
- 2.1.2. Оказать услуги, указанные в п. 1.1 настоящего Договора, в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.
- 2.1.3. Предоставлять Представителю информацию о ходе оказания медицинских услуг в понятной и доступной форме.
- 2.1.4. Хранить информацию, содержащуюся в медицинских документах Пациента, в тайне (врачебная тайна).
- 2.1.5. Возвратить Представителю денежные средства за фактически не полученные Пациентом процедуры.
- 2.1.6. После исполнения Договора бесплатно выдать Пациенту медицинские документы (выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, диагнозе, методах лечения, в течение 5 рабочих дней.

### 2.2. Исполнитель имеет право:

- 2.2.1. Требовать от Плательщика своевременной оплаты оказываемых пациенту медицинских услуг, в соответствии с условиями настоящего договора.
- 2.2.2. Отказать пациенту в оказании услуг в соответствии с действующим законодательством.

2.2.3. Требовать от Заказчика предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания медицинских услуг Пациенту.

2.2.4. Самостоятельно определять объем исследований, необходимых для подтверждения диагноза, длительность лечения и объем оказываемых медицинских услуг.

2.2.5. Устанавливать систему видеонаблюдения, направленную на обеспечение безопасности рабочего процесса, поддержание порядка, предупреждение возникновения чрезвычайных ситуаций и обеспечение объективности расследования в случаях их возникновения.

### **2.3. Плательщик обязан:**

2.3.1. Своевременно и в полном объеме оплачивать медицинские услуги, оказываемые Пациенту, в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

### **2.4. Плательщик имеет право:**

2.4.1. Получить в доступной форме информацию о платных услугах, содержащую информацию о порядке оказания медицинских услуг и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; информацию о профессиональном образовании, квалификации медицинских работников клиники; информацию о методах оказания медицинской помощи, другие сведения относящиеся к предмету Договора.

2.4.2. Получать информацию о стоимости и объеме оказанных Пациенту услуг на любом этапе оказания медицинских услуг.

2.4.3. Плательщик вправе отказаться от исполнения договора в одностороннем внесудебном порядке в случае, если в установленные договором сроки лечение не состоялось, кроме случая, когда по уважительной причине оно было перенесено Исполнителем по инициативе Заказчика, о чем плательщик заблаговременно проинформирован

### **2.5. Заказчик, законный представитель Пациента, заключивший договор, обязан:**

2.5.1. Ознакомиться с особенностями проведения электропунктурного исследования и лечебных процедур и подписать до начала лечения добровольное информированное согласие (Приложение 1).

2.5.2. Предоставить лечащему врачу всю имеющуюся у него информацию о Пациенте (перенесенные заболевания, аллергические реакции, противопоказания), необходимую для подтверждения диагноза, определения тактики лечения и учета противопоказаний к лечению.

2.5.3. Своевременно предупреждать лечащего врача о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению условий настоящего Договора.

2.5.4. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с лечащим врачом употребление любых медицинских препаратов, лекарств и т. д., применение других терапевтических процедур.

2.5.5. Обеспечить явку Пациента на лечение в то время, которое назначено, лично присутствовать на сеансах лечения, соблюдать режим работы ООО «Клиника Гавриловых «Реацентр», выполнять рекомендации персонала, оказывающего Пациенту услуги по настоящему Договору.

2.5.6. За безопасность ребёнка на всей территории Исполнителя ответственность несут родители, законные представители Пациента, либо лицо, сопровождающее ребёнка на процедуры. В связи с чем, несовершеннолетний пациент должен находиться под постоянным контролем сопровождающего взрослого в помещении Исполнителя, в том числе включая туалетные комнаты, лестничные пролёты.

2.5.7. Соблюдать правила поведения в медицинской организации:

Законным представителям пациента в целях соблюдения общественного порядка, соблюдения санитарно-эпидемиологического режима запрещается:

- оставлять малолетних детей без присмотра;
- изымать какие-либо документы из медицинских карт;
- находиться в помещениях Организации в верхней одежде и грязной обуви;
- оставлять без присмотра личные вещи;
- являться на прием к специалистам в алкогольном или ином токсическом опьянении;
- проводить фото- и видеосъемку в помещении Организации;
- посещать Организацию с животными.

2.5.8. С уважением относиться к персоналу медицинской организации, выполнять рекомендации персонала, оказывающие медицинские услуги по настоящему Договору.

### **2.6. Заказчик имеет право:**

2.6.1. Требовать оказания Пациенту качественных медицинских услуг.

2.6.2. Получить в доступной форме информацию о платных услугах, содержащую информацию о порядке оказания медицинских услуг и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; информацию о профессиональном образовании, квалификации медицинских работников клиники; информацию о методах оказания медицинской помощи, другие сведения относящиеся к предмету Договора.

2.6.3. Получить документ с указанием результатов электропунктурного исследования и лечения пациента с необходимыми рекомендациями в течение 5 рабочих дней с момента окончания курса лечения.

2.6.4. Прервать электропунктурного исследования и курс лечения. В этом случае Исполнитель возвращает Заказчику денежные средства за фактически не оказанные процедуры.

2.7. Медицинские услуги, выходящие за рамки данного Договора оформляются дополнительным соглашением сторон.

### **3. Стоимость услуг и порядок платежей**

3.1. Представитель оплачивает медицинские услуги по прейскуранту, утвержденному Исполнителем.

3.2. Общая Стоимость оказываемых услуг, указанных в п.1.1 настоящего Договора, составляет: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) рублей 00 копеек без НДС.

3.3. Порядок оплаты - 100% предоплата.

3.4. Оказание медицинских услуг осуществляется только после поступления денег на расчетный счет или в

3.5. Стоимость услуг уплачивается путем перечисления суммы, указанной в п. 3.2. Договора на расчетный счет или в кассу Исполнителя.

### **4. Срок действия договора**

4.1. Настоящий договор вступает в силу с момента 100 % предоплаты (согласно п. 3.3) и действует до момента исполнения сторонами своих обязательств.

4.2. По окончании оказания медицинских услуг Исполнитель предоставляет Плательщику Акт выполненных работ в срок 14 календарных дней, после чего Договор считается исполненным.

### **5. Ответственность сторон**

5.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.2. Исполнитель не несет ответственности за результаты оказания медицинских услуг в случаях несоблюдения Представителем п.2.5. настоящего Договора и в случае досрочного прекращения Договора по инициативе Заказчика.

### **6. Рассмотрение споров**

6.1. При наличии у Заказчика претензий к электропунктурному исследованию или лечению, Заказчик обязан в тот же день информировать о данном факте лечащего врача и/или заведующего отделением. Все споры по Договору стороны намерены урегулировать путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

### **7. Порядок изменения и расторжения договора**

7.1. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством.

7.2. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме.

7.3. Договор расторгается в случае отказа Пациента после заключения договора от получения медицинских услуг. При этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

### **8. Заключительные положения**

8.1. Все изменения по настоящему договору и дополнительные соглашения сторон оформляются в письменном виде, подписываются обеими сторонами и являются неотъемлемой частью настоящего Договора.

8.2. Стороны имеют возможность подписать настоящий договор от имени любой из сторон с помощью средств механического или иного копирования («факсимиле») в соответствии со статьей 160 Гражданского кодекса Российской Федерации.

8.3. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимильной подписи на дополнительных соглашениях к настоящему договору, а также на иных документах, имеющих значение для его исполнения, изменения или прекращения.

8.4. В целях обеспечения безопасности работников и пациентов, сохранности имущества в помещении Исполнителя ведется видеонаблюдение.

8.5. Настоящий Договор составлен в трех экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон, один экземпляр хранится в истории болезни пациента.

8.6. Все вопросы, не урегулированные настоящим Договором, разрешаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

## 9. Адреса и подписи сторон

### «Заказчик»:

ФИО Заказчика: [REPRESENT\_FIO], паспортные данные: серия [REPRESENT\_DOCUMENT\_SERIES] номер [REPRESENT\_DOCUMENT\_NUM], выдан [REPRESENT\_DOCUMENT\_DEP], дата выдачи [REPRESENT\_DOCUMENT\_DATE].  
проживающий (ая) по адресу: [REPRESENT\_ADDRESS].

<p><b>«Исполнитель»:</b> ООО «Клиника Гавриловых «Реацентр» ИНН/КПП 5612160546 /771745001 , ОГРН 1155658013500 от 19.05.2015г., выдан межрайонным ИФНС №10, г. Оренбург, ул. Шарлыкское шоссе, 1/2, телефон: 47-73-77 факт. адрес: 129515, г. Москва, Останкинский, ул. Хованская, д. 6, пом. XIV. Р\сч № 40702810500490013459 в Филиале «Центральный» Банка ВТБ (ПАО) г. Москвы к/с 30101810145250000411 , БИК 044525411 , телефон: 8 (495)845-35-39</p>	<p><b>«Плательщик»:</b> [REPRESENT_FIO] Адрес регистрации: [REPRESENT_ADDRESS] Паспорт: серия [REPRESENT_DOCUMENT_SERIES], номер [REPRESENT_DOCUMENT_NUM]. Выдан: [REPRESENT_DOCUMENT_DEP]. Дата выдачи: [REPRESENT_DOCUMENT_DATE]. Телефон: [REPRESENT_MOBILE]</p>
<p>Директор _____/А.А. Попова/ М.П.</p>	<p>_____/[REPRESENT_FIO_SMALL]/</p>

**Информированное добровольное согласие на проведение процедур рефлексотерапии с применением микротокавого электропунктурного компьютерного прибора «МЭКС»**

Я информирован о том, что лечение в ООО «Клиника Гавриловых «Реацентр» проводится с использованием микротокавого электропунктурного компьютерного прибора «МЭКС» (регистрационное удостоверение Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития № ФСР 2008/02226).

Метод лечения в ООО «Клиника Гавриловых «Реацентр» - микротокавая рефлексотерапия, одобрен и разрешен к применению Минздравом РФ (Разрешение ФС №2010/189 от 18.05.2010 г, ФС №2010/031 от 24.02.2010), является разновидностью рефлексотерапии. При назначении процедур рефлексотерапии врач-рефлексотерапевт руководствуется приказом Минздрава от 13.04.2007 № 266 "Об утверждении рекомендуемых перечней медицинских показаний и противопоказаний к применению рефлексотерапии в клинической практике".

До начала курса лечения в течение трех дней проводится предварительное электропунктурное исследование. Процедура исследования занимает 10-15 минут, безболезненна и безопасна. После анализа данных врач выявляет причинно-следственные связи функциональных нарушений, определяет уровень адаптационных возможностей организма, психоэмоциональный статус пациента. Затем, сопоставляя данные предварительных электропунктурных исследований с данными опроса и осмотра пациента, с данными других объективных методов обследования, врач выбирает тактику лечения, составляет индивидуальную схему лечения пациента.

Курс лечения состоит, как правило, из 15 сеансов, проводимых ежедневно, за исключением выходных и праздничных дней. На каждом сеансе, перед лечением, пациенту проводится текущее электропунктурное исследование, по данным которого врач оценивает ход лечения, корректирует при необходимости индивидуальную схему лечения и подбирает биологически активные точки для воздействия.

В рамках проведения микротокавой рефлексотерапии по показаниям проводится микроэлектрофорез биологически активные точки фитопрепаратами (пион, пустырник, мята) витаминами группы В (В1, В6) и другими веществами для электрофореза, разрешенными в РФ.

В процессе лечения хронических заболеваний к 3-6 сеансу, может наступить обострение симптомов заболевания при лечении, связанное с восстановлением регуляторных функций организма. Аналогичные обострения наблюдаются при лечении хронических заболеваний любыми физиотерапевтическими методами, такими как массаж, грязелечение, водолечение и свидетельствует о нормальном, правильном ходе лечения. В процессе лечения обострение снимается.

Воздействие на акупунктурные точки оказывается прибором «МЭКС» слабым знакопеременным постоянным электрическим током без повреждения кожных покровов, последовательно - точка, за точкой. Воздействие на каждую точку длится 45-90 секунд и сопровождается легкими ощущениями покалывания, тепла, тяжести. Длительность сеанса лечения зависит от диагноза, жалоб, от индивидуального набора точек, которые подбираются с учетом текущего мониторингового обследования.

Я, обязуюсь изложить врачу все известные мне данные о состоянии здоровья несовершеннолетнего пациента до начала лечения и выполнить по требованию врача дополнительные обследования, необходимые для правильного выбора тактики лечения.

Мне разъяснено, что применение любых медикаментозных препаратов и проведение любых лечебных процедур, не входящих в схему лечения ООО «Клиника Гавриловых «Реацентр», должно быть согласовано с лечащим врачом. В случае нарушения графика оказания лечебных процедур (пропуска двух и более сеансов), несоблюдения рекомендаций лечащего врача, употребления медикаментов и проведения лечебных процедур не входящих в схему лечения может привести к снижению или отсутствию эффекта от лечения или усугублению симптоматики. Для получения устойчивого положительного результата лечения необходимо проведение повторных курсов. Необходимость в повторных курсах, их количество определяется лечащим врачом индивидуально, исходя из состояния пациента, особенностей его организма и хода течения заболевания.

Я, [REPRESENT\_FIO], выражаю своё добровольное согласие на проведение необходимых лечебных процедур несовершеннолетнему пациенту [PATIENT\_FIO\_DAT], с использованием прибора «МЭКС».

Подпись: \_\_\_\_\_/[REPRESENT\_FIO\_SMALL]/

[DOC\_TODAY]

## Согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся [REPRESENT\_FIO],  
(Ф.И.О. полностью)

Дата рождения \_\_\_\_\_

прописан по адресу: [REPRESENT\_ADDRESS],

паспорт: серия: [REPRESENT\_DOCUMENT\_SERIES] номер: [REPRESENT\_DOCUMENT\_NUM],

выдан: [REPRESENT\_DOCUMENT\_DEP], дата: [REPRESENT\_DOCUMENT\_DATE].

*свидетельство о рождении ребёнка: Ф.И.О. [PATIENT\_FIO],*

*Дата рождения: [PATIENT\_BIRTHDAY], серия: [PATIENT\_DOCUMENT\_SERIES], №*

*[PATIENT\_DOCUMENT\_SN],*

*дата выдачи: [PATIENT\_DOCUMENT\_DATE],*

руководствуясь ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", даю согласие ООО «Клиника Гавриловых «Реацентр»,

(далее - Оператор) в целях оказания мне медицинских услуг на обработку и использование своих персональных данных и персональных данных моего ребенка, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендаций.

Оператор имеет право на обработку персональных данных, если она:

- необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц и получение согласия субъекта персональных данных невозможно;

- осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Настоящее согласие дано мной [DOC\_TODAY] и действует пять лет.

( дата)

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

Контактный телефон: [REPRESENT\_MOBILE] \_\_\_\_\_

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_

Согласие получено [DOC\_TODAY] \_\_\_\_\_

(подпись)