

# ООО «Калита»

392008 г.Тамбов ул. Советская, 119 №2586 тел/факс (4752) 71-20-96  
ИНН 6833015820 КПП 682901001 ОГРН 1026801363148

## ПРИКАЗ

«06» октября 2015 г.

№ 52

г. Тамбов

**«Об утверждении новой редакции Условий оказания платных медицинских услуг обществом с ограниченной ответственностью «Калита», новой редакции типовой формы договора на оказание платных медицинских услуг и типовой формы оказания платных медицинских услуг в офтальмологии»**

В связи с изменениями внесёнными в лицензию на осуществление медицинской деятельности ООО «Калита», а так же оптимизацией оказания офтальмологических услуг

### **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить новую редакцию Условий оказания платных медицинских услуг обществом с ограниченной ответственностью «Калита» (Приложение 1).
2. Утвердить новую редакцию типовой формы Договора оказания платных медицинских услуг (Приложение 2).
3. Утвердить типовую форму Договора оказания платных медицинских услуг в офтальмологии (Приложение 3).
4. Контроль за исполнением настоящего приказа осуществлять главному врачу медицинского центра «Пульс» Зенкиной А.В.
5. Общий контроль оставляю за собой.

Генеральный директор  
ООО «Калита»

О.Н. Нестеренко

**С приказом ознакомлена:**

Зенкина А.В.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись

дата

## **Положение о порядке и условиях оказания платных медицинских услуг ООО «Калита»**

Настоящие Положение о порядке и условиях оказания платных медицинских услуг (далее по тексту – Положение), устанавливают порядок, условия и правила предоставления платных медицинских услуг, а также порядок заключения соответствующих договоров между обществом с ограниченной ответственностью «Калита» (далее по тексту - Организация) и гражданами.

Положение обязательно для выполнения всеми работниками Организации.

Данное Положение подлежит размещению для всеобщего ознакомления на информационных стендах медицинского центра «Пульс», салонах оптики, на сайтах Организации «Puls68.ru» и «ochki68.ru» в сети «Интернет».

### **1. Термины.**

**здоровье** – состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма;

**медицинская услуга** – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;

**платные медицинские услуги** – медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;

**медицинское вмешательство** – выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности;

**профилактика** – комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;

**диагностика** – комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и (или) контроля за осуществлением этих мероприятий;

**лечение** – комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни;

**потребитель** – физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

**заказчик** – физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

**исполнитель** – медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги потребителям;

**медицинская организация** – юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее предоставление платных медицинских услуг на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

**медицинский работник** – физическое лицо, которое имеет медицинское или иное

образование, работает в медицинском учреждении и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность;

**лечащий врач** – врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному предоставлению пациенту медицинских услуг в период наблюдения за ним и его лечения;

**заболевание** – возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма;

**состояние** – изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи;

**основное заболевание** – заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинских услуг в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти;

**сопутствующее заболевание** – заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинских услуг, влияя на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти;

**качество медицинских услуг** – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинских услуг, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинских услуг, степень достижения запланированного результата.

## **2. Общие положения**

2.1. Оказание платных медицинских услуг населению имеет своей целью более полное удовлетворение потребностей населения в различных видах медицинской помощи, установленных лицензией.

2.2. Основанием для оказания платных медицинских услуг является добровольное желание заказчика получить медицинскую услугу, находящуюся в сфере деятельности Организации, для себя либо для пациента, законным представителем которого он является.

2.3. В сферу деятельности Организации входят платные медицинские услуги, определяемые лицензией № ЛО-68-01-000833 от 08.09.2015 выданной Управлением здравоохранения администрации Тамбовской области.

## **3. Порядок заключения договора и оплаты медицинских услуг**

3.1. Организация обеспечивает всех своих заказчиков и пациентов достоверной информацией о предоставляемых платных медицинских услугах в полном объеме, в который входит в том числе:

- полное наименование Организации, ее местонахождение согласно государственной регистрации;
- соответствующие лицензии и сертификаты;
- режим работы Организации и график работы медицинских работников;
- права, обязанности, ответственность заказчика и исполнителя;
- права, обязанности, ответственность Организации;
- сведения о профессиональной подготовке (образовании, квалификации, опыте работы) работников Организации, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- перечень и прейскурант на оказываемые платные медицинские услуги;
- перечень контролирующих организаций, их адреса, телефоны.

3.2. Полная информация о платных медицинских услугах находится на информационном стенде Организации, а также на ее сайте в сети «Интернет».

3.3. Организация оказывает платные медицинские услуги на основании договоров возмездного оказания медицинских услуг заключаемых между Организацией и заказчиком.

Договор составляется в 3-х экземплярах, один из которых находится в Организации, второй – у заказчика, третий – у потребителя.

В случае если в договоре заказчик и потребитель являются одним и тем же лицом, договор составляется в 2-х экземплярах.

При заключении договора на оказание платных медицинских услуг по офтальмологии необходимо уточнять возраст заказчика, в случае, если имеются объективные признаки его несовершеннолетия. В целях уточнения возраста заказчик обязан предъявить паспорт, или иной документ удостоверяющий личность.

3.4. Договор регламентирует условия и сроки получения платных медицинских услуг, порядок расчетов, права и ответственность сторон. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета. По требованию потребителя (заказчика) или Организации ее составление может являться обязательным, при этом она является неотъемлемой частью договора.

3.5. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется оказание дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Организация обязана предупредить об этом заказчика и/или потребителя.

Без согласия потребителя (заказчика) Организация не вправе оказывать дополнительные платные медицинские услуги на возмездной основе.

3.6. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным Законом «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации».

3.7. Оплата услуг, оказываемых Организацией, осуществляется в наличной форме. Тарифы на платные услуги, предоставляемые Учреждением, утверждается приказом генерального директора Организации.

3.8. В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Организация информирует потребителя (заказчика) о расторжении договора по инициативе потребителя, при этом потребитель (заказчик) оплачивает Организации фактически понесенные Организацией расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

3.9. Потребителю (заказчику) в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

3.10. В день оказания потребителю (заказчику) платной медицинской услуги выдаются:  
- медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

В иной день, после оказания платной медицинской услуги указанные выше документы выдаются потребителю (заказчику) за плату.

По просьбе потребителя (заказчика) ему выдаются справки установленного образца для предоставления в налоговые органы.

3.11. Заказчик обязан:

- оплатить предоставленную Организацией медицинскую услугу в сроки и порядке, которые установлены договором;

- соблюдать условия, обеспечивающие Организации качественное предоставление платной медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений.

3.12. Претензии и споры, возникшие между заказчиком и/или потребителем и Организацией, разрешаются по соглашению сторон или в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3.13. Учреждение ведёт статистический учёт предоставленных населению платных медицинских услуг и предоставляет необходимые отчетные данные в Федеральную службу государственной статистики.

3.14. Контроль за организацией, качеством оказания платных медицинских услуг населению осуществляют в пределах своей компетенции органы и организации, на которые в соответствии с законом и иными правовыми актами Российской Федерации возложена проверка деятельности медицинских учреждений.

#### **4. Особенности заключения договора с несовершеннолетними и третьими лицами**

4.1. Договор на оказание платных медицинских услуг может быть заключён непосредственно с несовершеннолетним гражданином, если последний был официально объявлен дееспособным. В этом случае договор заключается в порядке, указанном в разделе 3 настоящего Положения.

4.2. Договор на оказание платных медицинских услуг может быть заключён также непосредственно с несовершеннолетним гражданином только с письменного согласия родителей (законных представителей) гражданина. В этом случае, договор заключается в порядке, указанном в разделе 3, указываются паспортные данные в разделе «Потребитель/Заказчик», ставится подпись гражданина и указывается: «Несовершеннолетний от 14 до 18 лет, с согласия представителей».

Кроме этого к договору за подписью родителей (законных представителей) прикладывается их письменное согласие с указанием фамилии, имени и отчества законного представителя, его паспортных данных сведений о том, кем приходится представитель несовершеннолетнему (родитель, усыновитель, попечитель), данных документа, удостоверяющего право представительства (только для попечителя).

4.3. В случае, если несовершеннолетний гражданин в возрасте от 14 до 18 лет не заявил о своём праве заключить договор на оказание платных медицинских услуг самостоятельно, договор заключается с его законным представителем. При этом в графе «Потребитель/Заказчик» договора указывается фамилия, имя, отчество законного представителя несовершеннолетнего, а также через «/» указываются фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего гражданина, выступающего потребителем.

В разделе «Потребитель/Заказчик» указываются данные заказчика. Договор подписывает заказчик.

4.4. Организация вправе заключить договора на оказание платных медицинских услуг с оплатой третьими лицами (родители совершеннолетних детей, престарелые родители и т.п.). При этом в договоре в графе «Потребитель/Заказчик» указывается фамилия, имя, отчество лица, намеривающегося произвести оплату, а также указываются фамилия, имя, отчество лица, в интересах которого заключается договор и выступающего в данном случае пациентом.

В разделе «Потребитель/Заказчик» указываются данные заказчика, а также пациента. Договор подписывает и заказчик, и пациент.

#### **5. Порядок предоставления платных медицинских услуг.**

5.1. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, которое является неотъемлемой частью заключенного договора.

Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям договора.

В случае если федеральным законом, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых платных медицинских услуг должно соответствовать этим требованиям.

5.2. Организация предоставляет потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

5.3. Первичный прием врача – первичное обращение к конкретному врачу в рамках договора между потребителем и Организацией и последующие обращения к этому врачу более чем через один месяц с момента первого обращения, независимо от причины обращения.

Повторный прием врача – повторное обращение к тому же врачу в течение одного месяца с момента первичного обращения.

Если с момента первичного обращения к врачу прошло более одного месяца,

следующий прием даже по тому же вопросу у того же врача считается первичным.

Обращение потребителя к тому же врачу, имевшее место в течение месяца в других лечебно-профилактических учреждениях города, не является основанием для оформления первого обращения к данному врачу-специалисту в Организации как повторного.

## **6. Ответственность Организации и контроль за предоставлением платных медицинских услуг**

6.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Организация несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Организацией в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.3. Контроль за соблюдением настоящих Правил осуществляет Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в рамках установленных полномочий.

## Договор оказания платных медицинских услуг

город Тамбов

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

ООО «Калита» (свидетельство о регистрации юридического лица серия 68 № 000333629 выданного администрацией Советского района города Тамбова от 21.12.1999), в лице генерального директора Нестеренко Олега Николаевича действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем

Исполнитель,

и

\_\_\_\_\_ , далее именуемый

Заказчик/Потребитель, а при совместном упоминании именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

## 1. Предмет договора:

1.1. Заказчик/ Потребитель, ознакомившись с Условиями оказания платных медицинских услуг Исполнителя (далее - Условиями) и прейскурантом, действующим на момент оказания платных медицинских услуг по диагностическому обследованию и лечению, поручает, а Исполнитель оказывает следующие медицинские услуги:

Наименование услуги	Стоимость Услуги (руб.) 100% предоплата	Подпись Заказчика/Потребителя	Подпись лечащего врача

1.2. Настоящий договор является договором присоединения, и заключается в соответствии с Условиями оказания платных медицинских услуг, утвержденными приказом генерального директора ООО «Калита» № \_\_\_\_\_. Условия размещены в общедоступных местах на стендах в помещениях по адресам осуществления лицензируемых видов деятельности.

Исполнитель имеет лицензию на осуществление медицинской деятельности № ЛО-68-01-000753, выданную Управлением здравоохранения Тамбовской области 29.12.2014. Адрес Управления здравоохранения Тамбовской области: г. Тамбов, ул. Советская 106/М.Горького 5, тел. (4752) 79-25-12. Адрес Исполнителя: 392020, г. Тамбов, ул. Советская, дом 119, № 2586, тел: (4752) 71-20-96.

Адреса мест осуществления лицензируемых видов деятельности и перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией:

-392000, Тамбовская область, г. Тамбов, ул. Чичерина, 54А, № 87

при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу; медицинской оптике; медицинскому массажу; сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением вспомогательных репродуктивных технологий); кардиологии; неврологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; офтальмологии; пульмонологии; ультразвуковой диагностике; урологии; функциональной диагностике; эндокринологии.

- 392000, Тамбовская область, г. Тамбов, ул. Интернациональная, 36; 392000, Тамбовская область, г. Тамбов, ул. Интернациональная, 35; 392020, Тамбовская область, г. Тамбов, ул. Советская, дом 119, №2586; 392002, Тамбовская область, г. Тамбов, ул. Гоголя, д. 27, пом. 22, при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинской оптике, при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: офтальмологии.

1.3. Подписывая настоящий договор, Заказчик/Потребитель выражает свое согласие на получение от Исполнителя информационных сообщений посредством SMS-уведомлений. Заказчик/Потребитель вправе отказаться от рассылки ему SMS-уведомлений путем направления соответствующего заявления любым доступным ему способом.

## 2. Стоимость, порядок и сроки оплаты услуг:

2.1. Оплата за оказанные услуги производится путем наличного или безналичного расчета перед получением услуг. Заказчику/Потребителю выдается соответствующий документ, подтверждающий прием денежных средств Исполнителем, по требованию Заказчика/Потребителя выдается справка в налоговые органы РФ об оплате медицинских услуг.

## 3. Права и обязанности сторон:

## 3.1. Исполнитель обязан:

- оказать услуги определенные в пункте 1.1. настоящего договора, в соответствии с требованиями установленными законодательством РФ.

- информировать Заказчика/Потребителя об условиях и порядке предоставления медицинских услуг, выдавать результаты анализов согласно срокам их выполнения лабораториями.

## 3.2. Заказчик/Потребитель обязан:

- оплатить стоимость оказанной услуги;

- для качественного оказания услуги после проведения первого осмотра являться в строго указанное врачом время и выполнять все предписания врача полученные после проведения осмотра.

## 3.3. Заказчик/Потребитель имеет право:

- получить сведения о наличии лицензии, стоимости платных услуги и их перечни;

- при ненадлежащем исполнении условий договора или его невыполнения со стороны Исполнителя предъявлять требования о полном исполнении обязательств.

4. При несоблюдении условий договора Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5. Настоящий договор может быть изменен или расторгнут по соглашению Сторон в порядке определенном законодательством РФ.

6. Настоящий договор составлен в 2-х (3-х) экземплярах имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

**Исполнитель:**

ООО «Калита», Юридический адрес: 392008, г. Тамбов, ул. Советская, 119 №2586, тел./факс: 8(4752)71-20-96 (бух.), E-mail: kalitatmb@yandex.ru, ИНН 6833015820, КПП 682901001, Р/с 40702810309510007063 в Филиале №3652 ВТБ 24 (ПАО) г. Воронеж, К/С 30101810100000000738 БИК 042007738, ОГРН 1026801363148.

Действующий по доверенности № 19 от 15.02.2015 г.

от имени Исполнителя (ООО «Калита»)

\_\_\_\_\_ М.П.

\_\_\_\_\_ должность, ФИО

**Потребитель/Заказчик:**

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. или Ф.И.О. законного представителя, опекуна, попечителя. Наименование юридического лица)

\_\_\_\_\_  
(Адрес места жительства и телефон. Адрес места нахождения и телефон юридического лица)

\_\_\_\_\_ ФИО

\_\_\_\_\_ подпись М.П.

**Уведомление:** несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника Исполнителя (лечащего врача), в том числе назначенного режима лечения могут снизить качество оказываемой услуги, а также повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Заказчика/Потребителя.

**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 и согласие на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. Потребителя или законного представителя Потребителя)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, паспорт (иной удостоверяющий документ), \_\_\_\_\_

(серия номер, кем и когда выдан)

Зарегистрированный \_\_\_\_\_ по  
адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства Потребителя либо его законного представителя)

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 2012г. №390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012г. №24082) (далее — Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «Калита».

Медицинским работником 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.

До заключения договора оказания платных медицинских услуг я уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (здоровья лица, законным представителем которого я являюсь).

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 закона от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, №48, ст.6724; 2012, №26, ст.3442, 3446).

В соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.06 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку в ООО «Калита» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), 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. Согласие мною дается исключительно с целью получения первичной медико-санитарной помощи.

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 право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные 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). 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.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов 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 «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. 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 об 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 течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. №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):

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

Дата оформления: «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(Подпись Потребителя)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника)

\_\_\_\_\_  
(Подпись медработника)



город Тамбов

Договор оказания платных медицинских услуг в офтальмологии

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

Потребитель / Заказчик \_\_\_\_\_

ознакомившись с Условиями оказания платных медицинских услуг (далее также — Условия) обществом с ограниченной ответственностью «Калита» (свидетельство серия 68 №000333629, выдано инспекцией МНС России по Советскому району г. Тамбова) (далее — Исполнитель) и прейскурантом, действующим на момент оказания платных медицинских услуг, дает свое согласие на обработку персональных данных (п. 11.1. Условий) и согласие на оказание следующих видов медицинских услуг:

1. Настоящий Договор оказания платных медицинских услуг является договором присоединения в соответствии со ст. 428 ГК РФ и заключается в соответствии с Условиями оказания платных медицинских услуг обществом с ограниченной ответственностью «Калита», утвержденными приказом генерального директора ООО «Калита» № \_\_\_\_ Условия размещены в общедоступных местах на стендах в помещениях по адресам осуществления лицензируемых видов деятельности, а также предоставляются Исполнителем в целях ознакомления любыми другими способами.
2. Оплата медицинских услуг осуществляется Заказчиком/Потребителем в порядке предоплаты путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, либо иным, не запрещенным законом способом.
3. Исполнитель окажет согласованные настоящим Договором медицинские Услуги в срок определенный лечащим врачом (медицинским работником) фиксируемый в карточке Потребителя (пациента).
4. Исполнитель имеет лицензию на осуществление медицинской деятельности № ЛО-68-01-000753 выданную Управлением здравоохранения Тамбовской области 29 декабря 2014 года, адрес: 392000, г. Тамбов, ул. Советская, дом 119, № 2586, тел: (4752) 71-20-96.
5. Адреса мест осуществления лицензируемых видов деятельности и перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией: - 392000, Тамбовская область, г. Тамбов, ул. Чичерина, 54А, № 87; 392000, Тамбовская область, г. Тамбов, ул. Интернациональная, 36; 392000, Тамбовская область, г. Тамбов, ул. Интернациональная, 35; 392020, Тамбовская область, г. Тамбов, ул. Советская, 119, №2586, 392002, Тамбовская область, г. Тамбов, ул. Гоголя, д. 27, пом 22: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинской оптике; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: офтальмологии.
6. За неисполнение и ненадлежащее исполнение Договора Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством, а так же Условиями оказания платных медицинских услуг ООО «Калита».
7. Изменение и расторжение Договора производится в соответствии с действующим законодательством, а так же Условиями оказания платных медицинских услуг ООО «Калита».
8. Настоящий Договор составлен в 2-х (3-х) экземплярах имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон, и подписан Сторонами в соответствии с Условиями оказания платных медицинских услуг обществом с ограниченной ответственностью «Калита».

**Исполнитель:**

ООО «Калита», Юридический адрес: 392008, г. Тамбов, ул. Советская, 119 №2586, тел./факс: 8(4752)71-20-96 (бух.), Е-mail: [kalitatmb@yandex.ru](mailto:kalitatmb@yandex.ru), ИНН 6833015820, КПП 682901001, р/с 40702810309510007063 в Филиале №3652 ВТБ 24 (ПАО) г. Воронеж, К/С 30101810100000000738 БИК 042007738, ОГРН 1026801363148.

Действующий (ая) по доверенности № 19 от 15.02.2015 г.  
от имени ООО «Калита» \_\_\_\_\_

М.П.

**Потребитель:**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Условия оказания платных медицинских услуг ООО «Калита» мною прочитаны, положения Условий мне понятны, с Условиями согласен.

Закрываю настоящий Договор в соответствии с указанными Условиями: \_\_\_\_\_

город Тамбов

Договор оказания платных медицинских услуг в офтальмологии

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

Потребитель / Заказчик \_\_\_\_\_

ознакомившись с Условиями оказания платных медицинских услуг (далее также — Условия) обществом с ограниченной ответственностью «Калита» (свидетельство серия 68 №000333629, выдано инспекцией МНС России по Советскому району г. Тамбова) (далее — Исполнитель) и прейскурантом, действующим на момент оказания платных медицинских услуг, дает свое согласие на обработку персональных данных (п. 11.1. Условий) и согласие на оказание следующих видов медицинских услуг:

1. Настоящий Договор оказания платных медицинских услуг является договором присоединения в соответствии со ст. 428 ГК РФ и заключается в соответствии с Условиями оказания платных медицинских услуг обществом с ограниченной ответственностью «Калита», утвержденными приказом генерального директора ООО «Калита» № \_\_\_\_ Условия размещены в общедоступных местах на стендах в помещениях по адресам осуществления лицензируемых видов деятельности, а также предоставляются Исполнителем в целях ознакомления любыми другими способами.
2. Оплата медицинских услуг осуществляется Заказчиком/Потребителем в порядке предоплаты путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, либо иным, не запрещенным законом способом.
3. Исполнитель окажет согласованные настоящим Договором медицинские Услуги в срок определенный лечащим врачом (медицинским работником) фиксируемый в карточке Потребителя (пациента).
4. Исполнитель имеет лицензию на осуществление медицинской деятельности № ЛО-68-01-000753 выданную Управлением здравоохранения Тамбовской области 29 декабря 2014 года, адрес: 392000, г. Тамбов, ул. Советская, дом 119, № 2586, тел: (4752) 71-20-96.
5. Адреса мест осуществления лицензируемых видов деятельности и перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией: - 392000, Тамбовская область, г. Тамбов, ул. Чичерина, 54А, № 87; 392000, Тамбовская область, г. Тамбов, ул. Интернациональная, 36; 392000, Тамбовская область, г. Тамбов, ул. Интернациональная, 35; 392020, Тамбовская область, г. Тамбов, ул. Советская, 119, №2586, 392002, Тамбовская область, г. Тамбов, ул. Гоголя, д. 27, пом 22: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинской оптике; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: офтальмологии.
6. За неисполнение и ненадлежащее исполнение Договора Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством, а так же Условиями оказания платных медицинских услуг ООО «Калита».
7. Изменение и расторжение Договора производится в соответствии с действующим законодательством, а так же Условиями оказания платных медицинских услуг ООО «Калита».
8. Настоящий Договор составлен в 2-х (3-х) экземплярах имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон, и подписан Сторонами в соответствии с Условиями оказания платных медицинских услуг обществом с ограниченной ответственностью «Калита».

**Исполнитель:**

ООО «Калита», Юридический адрес: 392008, г. Тамбов, ул. Советская, 119 №2586, тел./факс: 8(4752)71-20-96 (бух.), Е-mail: [kalitatmb@yandex.ru](mailto:kalitatmb@yandex.ru), ИНН 6833015820, КПП 682901001, р/с 40702810309510007063 в Филиале №3652 ВТБ 24 (ПАО) г. Воронеж, К/С 30101810100000000738 БИК 042007738, ОГРН 1026801363148.

Действующий (ая) по доверенности № 19 от 15.02.2015 г.  
от имени ООО «Калита» \_\_\_\_\_

М.П.

**Потребитель:**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Условия оказания платных медицинских услуг ООО «Калита» мною прочитаны, положения Условий мне понятны, с Условиями согласен.

Закрываю настоящий Договор в соответствии с указанными Условиями: \_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. Потребителя или законного представителя Потребителя)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес места жительства Потребителя либо его законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций, для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в ООО «Калита».

Медицинским работником 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.

До заключения договора оказания платных медицинских услуг я уведомлён о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (здоровья лица, законным представителем которого я являюсь).

Я даю согласие на обработку ООО «Калита» моих персональных данных, включая получение от меня и /или от любых третьих лиц, с учетом требований законодательства РФ моих персональных данных. Согласие мною дается исключительно с целью получения первичной медико-санитарной помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от указанных выше медицинских вмешательств, или потребовать их прекращения.

Дата оформления: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(Подпись Потребителя/представителя)\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника)\_\_\_\_\_  
(Подпись медицинского работника)**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. Потребителя или законного представителя Потребителя)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес места жительства Потребителя либо его законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций, для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в ООО «Калита».

Медицинским работником 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.

До заключения договора оказания платных медицинских услуг я уведомлён о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (здоровья лица, законным представителем которого я являюсь).

Я даю согласие на обработку ООО «Калита» моих персональных данных, включая получение от меня и /или от любых третьих лиц, с учетом требований законодательства РФ моих персональных данных. Согласие мною дается исключительно с целью получения первичной медико-санитарной помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от указанных выше медицинских вмешательств, или потребовать их прекращения.

Дата оформления: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(Подпись Потребителя/представителя)\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника)\_\_\_\_\_  
(Подпись медицинского работника)