

До заключения договора Исполнитель в доступной форме уведомляет Пациента о том, что несоблюдение всех назначений и рекомендаций Исполнителя, предписаний специалистов, включая соблюдение дат приемов, соблюдение режима распорядка дня, питания, приема лекарств, соблюдение иных ограничений, а также несвоевременное уведомление Исполнителя об имеющихся заболеваниях, могут снизить качество услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента, а также уведомляет о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий и территориальных программ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Исполнитель не является участником указанных Программ.

Тест Арнольд Петрович ✓ _____ (Подпись Пациента)

ДОГОВОР № на оказание (предоставление) платных медицинских услуг

г. Москва

2023 г.

Общество с ограниченной ответственностью «Селин Фармацевтик», именуемое в дальнейшем «Исполнитель» или «Клиника», в лице генерального директора Климова А.М., действующего на основании Устава, с одной стороны, и **Тест Арнольд Петрович**, именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», получающая(ий) платные медицинские услуги лично в соответствии с Договором, при совместном упоминании именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Исполнитель обязуется предоставить Пациенту медицинскую помощь в форме платных услуг («Услуги»), а Пациент обязуется оплатить услуги в соответствии с настоящим Договором и Правилами предоставления платных медицинских услуг ООО «Селин Фармацевтик» («Правила»), размещенными на сайте <https://seline.ru/bitrix/templates/seline/files/pravila-okazaniya-platnih-meditsinskih-uslug.pdf>, в уголке потребителя и на стойках ресепшн Клиники. «Правила» являются неотъемлемой частью Договора, как если бы они были включены в его текст. Подписанием настоящего Договора Пациент подтверждает, что ознакомлен с «Правилами» и полностью и безусловно присоединяется к ним. Перечень и стоимость услуг указаны в Приложении № 2 к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору действительны только если они совершены в письменной форме и подписаны Сторонами.

2. Оказание услуг осуществляется в соответствии с режимом работы Клиники, по предварительной записи, **по адресу 123056, Москва, Большой Кондратьевский пер., д. 7, м. Белорусская**. Запись осуществляется на свободное время врача-специалиста в соответствии с расписанием приема пациентов в выбранное Пациентом время и даты приема.

3. Расчет за предоставляемые услуги проводятся Пациентом в полном объеме перед оказанием. Оплата услуг производится путем перечисления суммы за предоставляемые услуги наличными или безналичными денежными средствами путем внесения их в кассу Исполнителя или путем перечисления их на расчетный счет. Датой платежа и моментом исполнения обязанности Пациента оплатить услуги считается дата поступления денежных средств на расчетный счет или в кассу Исполнителя.

4. Пациент уведомлен о том, что должен соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения Пациента в Клинике, а также о том, что без взимания дополнительной платы в установленные законодательством Российской Федерации сроки Исполнителем выдаются медицинские документы (в том числе копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Пациента 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.

5. Оказание дополнительных медицинских услуг, не включенных в предмет Договора, оформляется в виде дополнительного соглашения к Договору или нового Договора с указанием конкретных медицинских услуг и их стоимости. Без письменного согласия Потребителя ООО «Селин Фармацевтик» не вправе оказывать дополнительные услуги на возмездной основе. Письменное согласие Потребителя может быть выражено в Информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство, подписанное Потребителем собственноручно, и Акте по выполненным работам (оказанным услугам).

6. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством РФ. Исполнитель не несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств, если при той степени заботливости и осмотрительности, которая требовалась по характеру выполнения действий, ожидаемый результат не был достигнут в силу того, что, несмотря на правильные действия, уровень медицинской помощи не гарантирует 100% результата. Исполнитель не несет ответственности за осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма Пациента, вероятность которых используемые знания и технологии не могут исключить.

7. Настоящий Договор вступает в силу с даты подписания его обеими Сторонами и действует до ____ года. Действие настоящего Договора автоматически пролонгируется неограниченное количество раз, на следующий календарный год при условии, что ни одна из Сторон не заявила письменно о его расторжении за один месяц до истечения его действия.

8. При одностороннем отказе одной из сторон от Договора Пациенту возвращается уплаченный аванс (предварительная оплата) в полном объеме или, если Исполнителем фактически понесены расходы либо часть услуг оказана Заказчику полностью, аванс (предварительная оплата) подлежит возврату за вычетом соответствующих сумм.

9. Стороны подтверждают, что при заключении Договора Пациенту предоставлена полная информация в доступной форме о тех услугах, которые будут предоставлены. Все понятия, используемые в Договоре, трактуются в соответствии с ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Во всем остальном Стороны руководствуются законодательством РФ.

10. Настоящий Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую силу. Согласно ст.160 ГК РФ при подписании Договора и приложений к нему Исполнитель может использовать факсимильное воспроизведение подписи.

11. Приложения, изложенные в настоящем пункте, являются неотъемлемой частью настоящего Договора: 1. «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство»; 2. «Перечень платных медицинских услуг»; 3. «Согласие пациента на передачу и обработку персональных данных»; 4. «Правила предоставления платных медицинских услуг «Селин Фармацевтик»».

12. Факт государственной регистрации в ЕГРЮЛ подтвержден свидетельством серия 77 № 017639406, выдано 02 декабря 2015 года МИФНС № 46 по г. Москве. ОГРН 5157746118602. Лицензии на осуществление медицинской деятельности Л041-01137-77/00350879, дата предоставления лицензии: 09.08.2019, выдана Департаментом здравоохранения города Москвы (г. Москва, 127006, г. Москва, Оружейный переулок, д. 43, тел. 8 (499) 251-83-00). С содержанием лицензии можно ознакомиться по ссылке в разделе 8 договора.

8. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ:
ООО «Селин Фармацевтик»

Юридический адрес: 129090, Москва, Протопоповский переулок, дом №19, Паспорт гражданина РФ, серия: , выдан: , отдел, № подр.

строение №13, кабинет 3. **Фактический адрес:** 123056, Москва, Большой Кондратьевский пер., д. 7, м. Белорусская

Тел.: +7 (499) 499-26-26, E-mail: info@selineclinic.ru

ОГРН: 5157746118602. ИНН 7702394380. КПП 770201001

Тел.: +7 (499) 499-26-26, E-mail: info@selineclinic.ru

р/сч: 40702810029100000013

ПАЦИЕНТ:

Тест

Адрес регистрации:

Клиника: _____

Пациент _____



Генеральный директор: _____ А.М. Климов

✓ _____ / Тест Арнольд Петрович

Приложение № 1
к Договору на оказание(предоставление)
платных медицинских услуг
№ от

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, Тест

В отношении _____
(ФИО пациента при подписании согласия законным представителем)

« ____ » _____ г. рождения, проживающего 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, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г № 390н (далее – виды медицинских вмешательства, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Обществе с ограниченной ответственностью «Селин Фармацевтик» (ООО «Селин Фармацевтик»), а именно: **опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных); рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно; медицинский массаж .**

Медицинским работником _____ (ФИО _____ медицинского работника) _____ 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 закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».** Отказ от медицинского вмешательства совершается в письменной форме.

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.

Тест _____
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

✓ _____ Тест
(подпись) _____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

Клиника: _____ Пациент _____

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата:

Клиника: _____

Пациент _____

© Охраняется авторским правом.

Исключительное право на распространение принадлежит ООО «Селин Фармацевтик»

Страница 3 из 5

Перечень платных медицинских услуг к приему
№ _____ от «___» _____ 20__ г.

Организация:

Врач:

Пациент:

№ п/п	Артикул	Наименование услуги (работ)	Кол-во	Цена (рубли)	Сумма	Сроки оказания услуг	Скидка	Сумма со скидкой	
1.									
2.									
3.									
	Итого:								

Принято к оплате

Наличными/по карте

Итого оплачено:

Подписывая настоящее приложение, Пациент подтверждает, что:

- Ознакомлен и согласен с перечнем платных медицинских услуг, их количеством и стоимостью.
- Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

Клиника: ООО «Селин Фармацевтик»

Пациент:

Кассир _____

_____ /Тест

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПЕРЕДАЧУ И ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

г. Москва

2023 г.

Я, (контактная информация (номер телефона, адрес электронной почты или почтовый адрес субъекта персональных данных) **свободно, своей волей и в своем интересе в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»** принимаю решение о предоставлении Оператору ООО «Селин Фармацевтик», 129090, Москва, Протопоповский переулок, дом №19, строение №13, этаж 4, комната 11. Фактический адрес: 123056, Москва, Большой Кондратьевский пер., д. 7, м. Белорусская. ОГРН: 5157746118602. ИНН 7702394380. КПП 770201001. <https://seline.ru/> **следующих моих персональных данных и даю согласие на их обработку:**

- фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, адрес регистрации, контактный(е) телефоны, возраст;
- реквизиты паспорта или иного документа, удостоверяющего личность;
- место работы, занимаемая должность, данные о трудовой деятельности;
- семейное положение, состав семьи и данные о родственниках;
- специальную категорию персональных данных (данные о состоянии моего здоровья, диагнозе заболевания, о факте обращения за медицинской помощью, вероисповедании, философских убеждениях, интимной жизни);
- биометрические персональные данные (например, анализы ДНК, рост, вес, изображение человека (фотография и видеозапись)).

Цель обработки персональных данных: получение медицинских услуг, медицинская помощь.

Обработка персональных данных - любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные в том числе посредством внесения их в медицинские карты, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных, внесения их в электронную базу данных.

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. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку (за исключением блокирования и хранения) в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи и обеспечить их.

Я устанавливаю (не устанавливаю) (нужное подчеркнуть) Оператору запрет на передачу (кроме предоставления доступа) своих персональных данных оператором неограниченному кругу лиц, а также на обработку или условия обработки (кроме получения доступа) этих персональных данных неограниченным кругом лиц.

В интересах моего обследования и лечения я предоставляю право работникам Оператора передавать мои персональные данные другим медицинским организациям в случае необходимости их привлечения для оказания отдельных видов медицинских услуг.

Срок действия согласия (хранения моих персональных данных) соответствует сроку действия Договора на оказание (предоставление) платных медицинских услуг.

Обмен персональными данными между сотрудниками Оператора осуществляется по внутренней сети, которая обеспечивает доступ к информации лишь для строго определенных сотрудников.

Я даю/не даю (нужное подчеркнуть) свое согласие на получение информационных рассылок от ООО «Селин Фармацевтик» посредством push-сообщений и электронной почты _____

Рассылка осуществляется до момента перехода по ссылке «отписаться от рассылки».

Я даю/не даю (нужное подчеркнуть) свое согласие на отправку информации о результатах медицинских анализов, сданных мной, лечащему врачу.

Ф.И.О. пациента:

Подпись пациента: _____

Клиника: _____

Пациент _____

**Анамнестическая анкета к договору-согласию на оказание медицинских услуг.
Уважаемый пациент для более точного сбора анамнеза просим заполнить эту анкету**

Фамилия И.О. Тест Пол ____ Возраст ____

ВОПРОСЫ

(Подчеркните или обведите кружочком нужные ответы, затем верните врачу)

Болеете ли Вы в данный момент ОРЗ, гриппом, герпесом?	Да	Нет
Были ли у Вас аллергические реакции на лекарства, продукты, пыльцу и т. д.?	Да	Нет
К каким лекарствам у Вас непереносимость/аллергия? 1)		
2)		
3)		
Страдаете ли Вы бронхиальной астмой, астматическим бронхитом?	Да	Нет
Бывает ли у Вас повышение артериального давления (гипертония)?	Да	Нет
Случались ли у Вас ранее нарушения мозгового кровообращения, инсульты?	Да	Нет
Бывают ли у Вас обмороки, пониженное артериальное давление?	Да	Нет
Наблюдаетесь ли вы у врача-кардиолога по поводу ишемической болезни сердца, стенокардии, аритмии, сердечной недостаточности, инфаркта миокарда?	Да	Нет
Имеются ли у Вас врожденные или приобретенные пороки сердца?	Да	Нет
Бывают ли у Вас длительные кровотечения, нарушения свертываемости крови?	Да	Нет
Имеются ли у Вас заболевания щитовидной железы?	Да	Нет
Страдаете ли Вы сахарным диабетом?	Да	Нет
Больны ли Вы ревматизмом, ревматоидным артритом?	Да	Нет
Болеете ли вы гепатитом- В, - С, - D, СПИДом, сифилисом или туберкулезом? Если да, то укажите, каким?	Да	Нет
Был ли у Вас гепатит, другие заболевания печени, желудочно-кишечного тракта?	Да	Нет
Страдаете ли вы хроническими заболеваниями почек?	Да	Нет
Страдаете ли вы глаукомой?	Да	Нет
Больны ли вы эпилепсией?	Да	Нет
Для женщин: наличие беременности или кормление грудью в настоящее время?	Да	Нет
Принимаете ли вы в настоящее время какие-либо лекарства? Если да, то укажите, какие?	Да	Нет
1) _____		
2) _____		
3) _____		
Укажите, если у Вас имеются какие-либо другие сопутствующие заболевания или перенесен операции.		
1) _____		
2) _____		
3) _____		
Укажите, если у Вас раньше наблюдались какие-либо осложнения во время и после хирургического (или стоматологического) лечения. Непереносимость анестезии (если есть указать какой препарат):		
1) _____		
2) _____		

Клиника: _____

Пациент _____