



Клиника Новых Технологий  
Телефоны: +7(391)2053205  
Email: info@krasclinic.ru Сайт: <http://krasclinic.ru>  
Адрес: 660055, Россия, Красноярск, Джамбульская, 19

---

## ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ #{document.id} (амбулаторно - поликлиническая помощь)

ООО «Клиника новых технологий» (Свидетельство ОГРН 1022402665141, зарегистрировано администрацией Центрального района города Красноярск, 16.12.1999 г., регистрационный номер 1556.

Данные лицензии исполнителя на осуществление медицинской деятельности: номер лицензии на осуществление медицинской деятельности: № ЛО-24-01-0002459).

Дата регистрации лицензии на осуществление медицинской деятельности: 31 июля 2014 г.

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность ООО «Клиника новых технологий» в соответствии с лицензией:

Доврачебная помощь: анестезиология и реаниматология, операционное дело, сестринское дело. Амбулаторно-поликлиническая помощь, в том числе в условиях дневного стационара и стационара на дому: аллергология и иммунология, анестезиология и реаниматология, оториноларингология (за исключением кохlearной имплантации), пульмонология, сердечно-сосудистая хирургия, педиатрия. Стационарная помощь, в том числе в условиях дневного стационара: анестезиология и реаниматология, операционное дело, оториноларингология (за исключением кохlearной имплантации), педиатрия, пульмонология, сердечно-сосудистая хирургия.

Прочие работы и услуги: общественное здоровье и организация здравоохранения, экспертиза временной нетрудоспособности.

Наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего лицензию лицензирующего органа: Министерство здравоохранения Красноярского края. 660017, г. Красноярск, ул. Красной Армии, д. 3.т: 8 (391) 211-00-44), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Исполнительного директора Вахрушева Сергея Геннадиевича, действующего на основании Устава, с одной стороны пациент, Именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», действующий от собственного имени, совместно именуемые «Стороны» заключили настоящий договор (далее - договор) о нижеследующем.

1. Исполнитель обязуется предоставить потребителю по его добровольному желанию, с учётом медицинских показаний, платные медицинские Услуги (далее - Услуги), отвечающие юридическим, профессиональным и этическим требованиям к профессиональной медицинской деятельности, с применением лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, зарегистрированных и разрешённых к применению на территории РФ, в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи, а потребитель обязуется оплатить Услуги в соответствии с условиями настоящего договора.

2. Медицинские услуги, оказываемые в рамках данного договора, отражаются в медицинской документации пациента.

3. Подписывая настоящий Договор, Потребитель дает свое добровольное согласие на предоставление ему на возмездной основе платных медицинских услуг, в том числе и медицинских услуг, которые предоставляются бесплатно в соответствии с программой государственных гарантий Российской Федерации и территориальной программой государственных гарантий на основании Федерального закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Федеральный закон от 06.10.2003 N 131-ФЗ "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации". Потребитель уведомлен о том, что оплаченные денежные средства по настоящему Договору не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования, либо за счет других источников, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

4. Медицинская карта, план лечения, информированные согласия, акт выполненных работ, подписанные Потребителем, а также Прейскурант на платные медицинские услуги являются неотъемлемыми частями подписанного договора и все условия договора рассматриваются в едином контексте с перечисленными документами.

5. Стоимость Услуг определяется исходя из согласованного с пациентом плана лечения и устанавливается действующим на момент оказания услуги прейскурантом. Подписывая настоящий договор пациент подтверждает своё ознакомление со стоимостью медицинских услуг, установленных прейскурантом. Потребитель обязан оплатить в полном объёме предоставляемые ему платные медицинские услуги. Оплата платных медицинских услуг по настоящему договору производится потребителем перед оказанием платных медицинских услуг, на основании выставленного счёта, путём внесения денежных средств в кассу исполнителя, либо путём перечисления денежных средств на расчётный счёт Исполнителя, либо иным, не

запрещённым законом способом. В подтверждение оплаты потребителю выдаётся документ, подтверждающий произведённую оплату предоставленных платных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчётности (документ установленного образца)).

6. Сроки оказания Услуг: первичный прием оказывается в день подписания настоящего договора, повторный прием, а также амбулаторное лечение в дату согласованную сторонами.

7. Потребитель обязан информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях. В противном случае Исполнитель за осложнения после оказания Услуг ответственности не несет.

8. Потребитель информирован о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, 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 здоровья. (п.15 Постановления Правительства РФ от 04.10.2012 г. N 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»).

9. Потребитель обязан являться на прием в строгом соответствии с назначением специалистов Исполнителя. При невозможности своевременного посещения специалистов Исполнителя по уважительной причине Потребитель обязан заблаговременно предупредить сотрудников Исполнителя через регистратуру. В случае опоздания Потребителя более чем на 30 (тридцать) минут по отношению к назначенному Потребителю времени получения услуги, Исполнитель оставляет за собой право на перенос или отмену срока получения услуги с последующим предоставлением данной услуги Потребителю в порядке «живой» очереди и (или) через назначение нового времени ее оказания.

10. Платные медицинские услуги оказываются на основании добровольного волеизъявления и согласия Потребителя приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Потребителя Приказ Минздрава России от 20.12.2012N 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства».

11. Платные медицинские услуги предоставляются (оказываются) Исполнителем только при наличии добровольного информированного согласия Потребителя.

12. Потребитель предоставляет Исполнителю всю имеющуюся у него медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за платной медицинской услугой. При предоставлении Потребителем информации о результатах исследований (обследований), сделанных сторонними организациями (третьими лицами), Исполнитель исходит из добросовестности третьих лиц и Потребителя и не несет ответственности в случае предоставления Потребителем результатов исследований (обследований) не соответствующих реальному состоянию здоровья Потребителя.

13. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных Договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя.

14. Без согласия Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе. Потребитель выражает своё желание и дает свое согласие на предоставление дополнительных платных медицинских услуг посредством заключения с Исполнителем Дополнительного соглашения в Договору, которое содержит перечень дополнительных предоставляемых Исполнителем платных медицинских услуг.

15. Потребитель дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Потребителя, в объеме и способами, указанными в рамках Федерального закона от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

16. Документы с факсимильной подписью принимаются к исполнению сторонами и считаются действительными.

17. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором или в связи с ним, Стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров. При невозможности урегулирования спора путем переговоров, споры разрешаются в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством РФ.

18. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон до момента предоставления Услуг.

19. Потребитель имеет право отказаться от получения платной медицинской услуги в письменной форме в любое время действия Договора при этом получить возврат денежных средств за вычетом стоимости, фактически оказанных платных медицинских услуг. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору с подписанием Акта об оказании платных медицинских услуг.

20. В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских Услуг договор расторгается. Исполнитель информирует потребителя о расторжении договора по инициативе потребителя, при этом потребитель оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

21. Исполнитель имеет право не приступать к оказанию платных медицинских услуг в случаях, когда имеет место нарушения Потребителем своих обязанностей по договору, которое препятствует исполнению Договора Исполнителем, при условии отсутствия угрозы для жизни Потребителя.

22. Договор считается заключенным с момента его подписания и действует до выполнения Сторонами своих обязательств. Оплата счета или подпись в счете без оплаты Потребителя, за предоставленные платные медицинские услуги, является актом об оказании платных медицинских услуг.

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

24. В связи с тем, что платная медицинская услуга по своему содержанию предполагает возможность вмешательства в биологические процессы, подверженные влиянию неподконтрольных факторов и явлений, Исполнитель, при надлежащем выполнении условий настоящего Договора и правильном использовании достижений современной медицинской науки по объективным причинам в ряде случаев, не может гарантировать Потребителю достижения прогнозируемого изначально положительного результата оказания платной медицинской услуги, о чем Потребитель предупреждается. Исполнитель освобождается от ответственности в случае, если докажет, что осложнения и побочные эффекты связаны с биологическими особенностями организма Потребителя.

25. Исполнитель несет ответственность за сохранение врачебной тайны о факте обращения Потребителя за медицинской помощью, о состоянии здоровья и других сведениях в соответствии со статьей 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

26. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие обстоятельств непреодолимой силы, несоблюдения пациентом условий настоящего Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

27. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, которые имеют одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

28. В соответствии с ГК РФ в случаях, предусмотренных законом, от имени потребителя подписывают договор и действуют от его имени законные представители.

#### РЕКВИЗИТЫ СТОРОН:

Исполнитель	Заказчик
ООО «Клиника Новых Технологий» Россия, г. Красноярск, ул. Джамбульская, 19 Индекс 660055 Телефон: 8 (391) 205-3-205 ИНН 2466082115 КПП 246501001 Р/с 40702810231000098101 , Красноярское отделение 8646 ПАО СБЕРБАНК г. Красноярск к/с 30101810800000000627 БИК 040407627	ФИО: Дата рождения: Паспорт: Выдан: Зарегистрирован по адресу: Телефон:
Исполнительный директор _____ (Вахрушев С.Г)	Подпись _____

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО И ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

г.Красноярск

Я,  
(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)

г. рождения, проживающего по адресу: (адрес места жительства гражданина

либо законного представителя гражданина)

при оказании мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)

Я даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения специализированной медико-санитарной помощи, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н, а также в соответствии с приказом ООО «Клиника новых технологий» от 28 июня 2013 г. № 55А.

Медицинским работником: \_\_\_\_\_ в доступной для меня форме 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». Сведения о выбранных мною лицах, 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).

- Мне согласно моей воли даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого).

- Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать.

- Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований, проведения эндоскопических исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

- Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения.

- Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств.

- Я уведомлен (а), что несоблюдение указания (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской и иной услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья, п. 15 Постановления Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

- Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, оприносимых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Я уведомлен (а) о возможности получения схожих медицинских услуг без взимания платы в районных поликлиниках по программе обязательного медицинского страхования (ОМС).

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на платные медицинские вмешательства в ООО «Клиника новых технологий» в предложенном объеме, согласно выставленного счета на оказание платных медицинских услуг.

Подпись гражданина \_\_\_\_\_

ФИО

Подпись врача \_\_\_\_\_

ФИО

**Согласие гражданина (законного представителя)  
на обработку персональных данных (ПД)**

Я, \_\_\_\_\_,

Ф.И.О. полностью

Документ, удостоверяющий личность:

являясь законным представителем – матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем

---

Ф.И.О. полностью, дата, месяц, год рождения лица, от имени которого, выступает законный представитель

в соответствии со статьей 9 и статьей 11 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Клиника новых технологий», на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно совершение действий, предусмотренных пунктом 3 части первой статьи 3 Федерального закона от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ «О персональных данных», со сведениями о фактах, событиях и обстоятельствах моей жизни и здоровья, представленных в ООО «Клиника новых технологий».

Цель обработки: осуществление медицинского (амбулаторного и/или стационарного) лечебно-диагностического процесса.

Перечень ПД, на обработку которых дается согласие гражданина:

- паспортные данные гражданина;
- данные о фактическом месте жительства гражданина;
- данные о здоровье гражданина;
- иные данные.

Перечень действий с ПД, на совершение которых дается согласие субъекта ПД:

- сбор;
- систематизация;
- накопление;
- хранение;
- уточнение (обновление, изменение);
- использование;
- обезличивание;
- блокирование;
- уничтожение.

Отзыв настоящего согласия на обработку персональных данных осуществляется в письменной форме путем направления в медицинское учреждение письменного документа, содержащего требование об отзыве согласия.

Гражданин Ф.И.О. \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_