

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения, паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_,

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_,

перед заключением настоящего договора ознакомлен(а) с информацией о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я извещен(а) о том, что ИП Гапоненко Л.Е. не участвует в территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я извещен(а) о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях, а также о том, что несоблюдение плана лечения и рекомендаций лечащего врача влекут негативные последствия: могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента, приводят к снижению гарантийного срока и срока службы, либо их окончанию.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2025г.

## Договор на оказание платных медицинских услуг №

г. Севастополь

2025

\_\_\_\_\_, именуемая(ый) в дальнейшем «Заказчик», действующая(ий) с одной стороны, и ИП Гапоненко Любовь Евгеньевна, действующий на основании ОГРНИП 32339000012095, зарегистрированная по адресу 238340 Калининградская область, г. Светлый, ул. Калининградская д.9 кв.98; адрес места осуществления медицинской деятельности 299046 г. Севастополь, внутригородское муниципальное образование Нахимовский муниципальный округ, проспект Победы, дом 38в (помещения XI-3, XI-4) в дальнейшем именуемый «Исполнитель», с другой Стороны, совместно именуемые «Стороны», а каждая отдельно «Сторона», заключили настоящий договор о нижеследующем:

### Раздел 1. Общие положения

Данный договор является публичным договором-офертой, содержит все существенные условия оказания платных медицинских услуг населению, предусмотренные действующим законодательством РФ.

Исполнитель осуществляет медицинскую деятельность на основании **Лицензии № Л041-01138-92/00655927 от 06.06.2023г.**, выданной Департаментом Здравоохранения города Севастополя. Перечень работ (услуг): при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу.

Подписанием настоящего Договора Заказчик подтверждает полное и безоговорочное принятие (акцепт) его условий и обязуется надлежащим образом их выполнять, в том числе оплачивать оказанные Исполнителем услуги.

### Раздел 2. Предмет Договора

Исполнитель оказывает Заказчику платные медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора и приложениями к нему (а именно взятие биологического материала и передачу его для проведения клинико-диагностического исследования данного материала в диагностической лаборатории, выдача результатов лабораторного исследования), а Заказчик в свою очередь обязуется оплатить такие услуги. Перечень платных медицинских услуг, сроки их выполнения, а также стоимость таких услуг указана в Приложениях к настоящему Договору, которые являются неотъемлемой частью настоящего Договора. Полный перечень платных медицинских услуг приведен в Прайс-листе Исполнителя, утвержденном в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ, ознакомиться с которым можно в медицинских офисах Исполнителя.

### Раздел 3. Права и обязанности Сторон

Исполнитель обязан: Оказывать Заказчику квалифицированные, качественные, платные медицинские услуги, указанные Заказчиком и перечисленные в Приложениях к настоящему Договору, в порядке и на условиях, определенных настоящим Договором; Оказать платные медицинские услуги в соответствии с санитарно-гигиеническими требованиями и нормами; Своевременно выполнить исследования в соответствии с условиями настоящего Договора и требованиями действующего законодательства РФ, которые действовали на момент оказания платных медицинских услуг; Заранее уведомить Заказчика о невозможности оказания медицинских услуг и вернуть стоимость таких услуг, оплаченную согласно настоящему Договору. Исполнитель предоставляет потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию: а) 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; б) 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, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

Исполнитель имеет право: изменить условия оказания медицинских услуг, состав и порядок предоставления услуг путем внесения изменений в Прайс-лист Исполнителя; привлекать третьих лиц к исполнению своих обязанностей по настоящему Договору

Заказчик обязан самостоятельно определить перечень медицинских услуг, исходя из действующего Прайс-листа Исполнителя, которые оказываются согласно настоящему Договору и указаны в Приложениях к этому Договору, которые являются неотъемлемой его частью; После подписания данного Договора оплатить полную стоимость медицинских услуг, указанных в Приложениях к настоящему Договору; предупредить медицинский персонал Исполнителя до фактического оказания медицинских услуг о наличии известных Заказчику аллергических реакций, перенесенных заболеваний, хронических заболеваниях, и других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты клинических исследований и качество предоставляемых услуг Исполнителя в целом; соблюдать установленные исполнителем правила подготовки к проведению исследований, правила сбора биоматериала и требования к его транспортировке; использовать контейнеры Исполнителя, в случае, если забор материала по желанию Заказчика будет проведен третьими лицами; соблюдать требования действующего законодательства РФ, в том числе в части подписания согласия на обработку персональных данных, а также информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств.

Заказчик имеет право: требовать от Исполнителя надлежащего оказания медицинских услуг, перечень которых содержится в Приложениях к настоящему Договору; требовать от Исполнителя своевременного оказания медицинских услуг, согласно сроков, установленных в Приложениях к настоящему Договору; отказаться от выполнения услуг и требовать от Исполнителя возврата стоимости таких услуг, если услуги были не выполнены Исполнителем.

#### Раздел 4. Порядок и сроки оказания услуг

Исполнитель предоставляет медицинские услуги Заказчику согласно утвержденным стандартам, методам диагностики и лечения, разрешенным на территории РФ. При оказании медицинских услуг используются расходные материалы Исполнителя, изделия медицинского назначения Исполнителя, а также с использованием медицинского инвентаря, предусмотренного законодательством РФ. Согласно условий настоящего Договора Заказчику предоставляется в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения: методы оказания медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг; информация о конкретном медицинском сотруднике, оказавшем медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации); информация о методах оказания медицинской услуги, а также медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; другие сведения, предусмотренные настоящим Договором и действующим законодательством РФ. Общая стоимость медицинских услуг, оказываемых в соответствии с настоящим Договором определена на основании действующего Прайс-листа Исполнителя и указана в Приложениях к настоящему Договору, а также в кассовом чеке. Оплата медицинских услуг проводится Заказчиком до момента фактического оказания услуги. Оплата услуг Исполнителя проводится Заказчиком в наличной форме или с использованием платежных банковских карт в день оказания медицинских услуг. После оплаты услуг Заказчиком Исполнитель выдает Заказчику кассовый чек. Если в течение 10 дней Заказчик не предъявил письменных претензий по предоставленным настоящим Договором медицинским услугам, в таком случае автоматически Заказчиком признаётся факт оказания этих услуг в полном объеме и надлежащего качества.

#### Раздел 5. Ответственность сторон

За нарушение условий настоящего Договора Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ. В случае нарушения Заказчиком условий настоящего Договора Исполнитель имеет право в одностороннем порядке расторгнуть данный Договор, при этом оплаченная сумма Заказчику возврату не подлежит. Настоящий Договор может быть расторгнут при условии письменного согласия обеих Сторон.

#### Раздел 6. Прочие условия

Стороны согласились, что при заключении настоящего Договора они вправе пользоваться факсимильным воспроизведением подписи с помощью средств механического или иного копирования, электронно-цифровой подписи либо иного аналога собственноручной подписи. Данный договор составлен в двух оригинальных экземплярах, которые имеют одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон. Наличие Договора является достаточным доказательством факта наличия согласия Заказчика на оказание платных медицинских услуг, обработку персональных и других данных Заказчика, которые содержатся в настоящем Договоре и приложениях к нему.

#### Раздел 7. Адреса и реквизиты Сторон

Заказчик	Исполнитель
Документ: Серия: Номер: Выдан: Код подразделения: Дата выдачи:  Представитель: _____  Подпись: _____	Индивидуальный предприниматель Гапоненко Л.Е. ОГРНИП 323390000012095, ИНН 391313604294 Юридический адрес: 238340 Калининградская область, г. Светлый, ул. Калининградская д.9 кв.98  Адрес оказания услуг: 299046г. Севастополь, внутригородское муниципальное образование Нахимовский муниципальный округ, проспект Победы, дом 38в (помещения XI-3, XI-4) Тел. +7 978 288 17 69 ИНН 391313604294 р/с 40802810841580003513 в ПАО РНКБ Банк г.Симферополь к/с: 30101810335100000607 БИК 044510607  Подпись: _____ /Гапоненко Л.Е./

#### Согласие на обработку персональных данных

\_\_\_\_\_ ,  
проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

Документ: \_\_\_\_\_ Серия: \_\_\_\_\_ Номер: \_\_\_\_\_

Выдан: \_\_\_\_\_ Код подразделения: \_\_\_\_\_ Дата выдачи: \_\_\_\_\_

Настоящим даю свое согласие на обработку ИП Гапоненко Л.Е.. (Адрес оказания услуг: 299046г. Севастополь, внутригородское муниципальное образование Нахимовский муниципальный округ, проспект Победы, дом 38в (помещения XI-3, XI-4) моих персональных данных, к которым относятся:

- Фамилия Имя Отчество;

- пол;

- дата рождения;

- электронный адрес, номер телефона;

- результаты выполненных медицинских исследований (анализов);

- другая информация, необходимая для правильного проведения и интерпретации результатов медицинских исследований (анализов) (в том числе в целях продвижения товаров, работ и услуг на рынке).

Я даю согласие на сбор, хранение, обработку, хранение, использование моих персональных данных в целях выполнения обязательств по договору оказания платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, наполнение, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам, обезличивание, блокирование, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными, предусмотренных действующим законодательством РФ. ИП Гапоненко Л.Е. гарантирует, что обработка моих личных персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ.

Я проинформирован, что ИП Гапоненко Л.Е. будет обрабатывать мои персональные данные как не автоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Одновременно с этим прошу сообщить результаты моих исследований (отметьте удобные для Вас способы):

- по электронной почте ;

- доверенному лицу (которому в соответствии с п.5 ч.3 ст. 19 Федерального Закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья).

\_\_\_\_\_ (ФИО доверенного лица и телефон)

- не отправлять по каналу связи (я получу результаты исследований в бумажном виде).

При передаче результатов исследований по открытым каналам связи (электронная почта, факс) ИП Гапоненко Л.Е. не несет ответственность в случае возможного нарушения конфиденциальности передаваемой информации.

Я, принимая такое решение, понимаю риск возможного нарушения конфиденциальности передаваемой информации.

Данное Согласие дано на неопределенный срок.

Согласие может быть прекращено по моему письменному заявлению в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2025г. \_\_\_\_\_

### **ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

В соответствии с приказом Минздрава России от 12.11.2021 № 1051н «ПАЦИЕНТ» даёт 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 2012 г. № 390н (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи у «ИСПОЛНИТЕЛЯ». Медицинским работником, должность и Ф.И.О. которого указаны ниже, в доступной для «ПАЦИЕНТА» 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. «ПАЦИЕНТУ» разъяснено, что он имеет право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Сведения о выбранном (выбранных) «ПАЦИЕНТОМ» лице (лицах), которому (которым) в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии его здоровья, в том числе после смерти:

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

Должность и Ф.И.О. медицинского работника: \_\_\_\_\_

Подпись медицинского сотрудника: \_\_\_\_\_