

Общество с ограниченной ответственностью «ЦЕНТР КОРРЕКЦИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ «ДВИЖЕНИЕ» в соответствии с требованиями, определенными Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006») уведомляет потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

[Аннотация]

(подпись)

Договор на оказание платных медицинских услуг

г. Омск

[Дата публикации] г.

Общество с ограниченной «ЦЕНТР КОРРЕКЦИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ «ДВИЖЕНИЕ» (ОГРН 1225500025167, ИНН 5503265394), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Ляхова Игоря Михайловича, действующего на основании Устава с одной стороны,

и [Аннотация], [Тема] г.р., именуемый(ая) в дальнейшем «Законный представитель», действующий в интересах несовершеннолетнего: Место для ввода текста., Место для ввода текста. г.р., именуемого в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, вместе именуемые, как стороны договора (далее – «Стороны»), заключили настоящий договор (далее – «Договор») о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. Исполнитель обязуется по заданию Законного представителя оказать Потребителю медицинские услуги (далее – «Услуги») по лечебной физкультуре, а Законный представитель обязуется принять и оплатить эти Услуги.

2. Условия предоставления Услуг:

2.1. Основанием для оказания платных медицинских услуг является личное обращение и добровольное желание Законного представителя получить медицинские услуги за плату и заключение в письменной форме настоящего Договора Сторонами, наличие медицинских показаний и возможностей Исполнителя для оказания медицинских услуг.

2.2. Услуги предоставляются на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, согласно лицензии № Л041-01165-55/00657028 от 15.06.2023 по адресу: 644007, г. Омск, ул. Герцена, д. 34 помещ. 2П: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по медицинскому массажу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по лечебной физкультуре, медицинской реабилитации, неврологии, спортивной медицине, травматологии и ортопедии.

2.3. Медицинская помощь при предоставлении Услуг организуется и оказывается в соответствии с положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями и на основе клинических рекомендаций.

2.4. Услуги предоставляются в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Законного представителя.

2.5. Качество предоставляемых Услуг соответствует обязательным требованиям к качеству медицинских услуг, установленных действующим законодательством и условиям Договора.

2.6. Исполнитель, при заключении Договора, предоставил Законному представителю в доступной форме информацию:

2.6.1. 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.

2.6.2. О порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг.

2.6.3. О возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.6.4. О медицинском работнике, отвечающем за предоставление Услуги (его профессиональном образовании и квалификации).

2.6.5. Об обязанности Потребителя соблюдать установленный режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения в медицинской организации.

2.7. Исполнитель уведомляет Законного представителя, что он не участвует в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.8. В случае, если при предоставлении Услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы с Законного представителя.

2.9. Услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Законного представителя, данного в установленном порядке.

2.10 Исполнитель предоставляет Законному представителю по его требованию и в доступной для него форме информацию:

2.10.1. О состоянии здоровья Потребителя, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения.

2.10.2. Об используемых при предоставлении Услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности, гарантийных сроках, показаниях, противопоказаниях к применению.

2.11. Информация о режиме работы Исполнителя, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией, прейскурант (перечень) Услуг с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления Услуг и порядке их оплаты, сведения о специалистах Исполнителя, об уровне их профессионального образования и квалификации, а также иная установленная действующим законодательством Российской Федерации информация, размещается на информационном стенде в помещении Исполнителя.

2.12. Все вопросы, не урегулированные настоящим Договором, решаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

3. Права и обязанности Сторон

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Обеспечить соответствие Услуг требованиям и качеству, установленными действующим законодательством Российской Федерации.

3.1.2. Обеспечить оказание Услуг в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, а также создавать условия, обеспечивающие соответствие оказываемой медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи.

3.1.3. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах.

3.1.4. Вести медицинскую документацию в установленном порядке, обеспечивать ее учет и хранение.

3.1.5. По требованию Законного представителя выдать Законному представителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг.

3.2. Законный представитель обязуется:

3.2.1. До начала оказания Услуги сообщить сведения об имеющихся у Потребителя заболеваниях, противопоказаниях к применению средств и препаратов, процедур, а также иную информацию, которая может повлиять на результат Услуги.

3.2.2. Во время действия настоящего Договора уведомлять Исполнителя об использовании лекарственных препаратов, назначенных самостоятельно или специалистами других лечебных учреждений, уведомлять и фактах получения медицинских услуг в других медицинских организациях, последствия которых могут повлиять на результаты уже оказанных по Договору услуг, на гарантийные обязательства, или повлечь за собой изменения в плане лечения и сроках оказания услуг (за исключением получения экстренной медицинской помощи).

3.2.3. Заботиться о сохранении здоровья Потребителя, обеспечить выполнение Потребителем назначения медицинского персонала, соблюдение режима лечения и правил поведения в медицинской организации.

3.2.4. Немедленно извещать Исполнителя об изменениях в состоянии здоровья Потребителя в процессе оказания Услуг и по его завершению.

3.2.5. Извещать не позднее, чем за один рабочий день о невозможности планового посещения Потребителем занятия.

3.2.6. Своевременно оплатить Услуги Исполнителя согласно Договору и прайс-листу Исполнителя.

3.3. Исполнитель вправе:

3.3.1. Оказывать Услуги по настоящему Договору своими силами или привлекать третьих лиц, за действия которых Исполнитель несет ответственность перед Законным представителем, как за свои собственные.

3.3.3. Не приступать к оказанию новых Услуг, а начатые Услуги приостановить в случае неоплаты или несвоевременной оплаты Законным представителем Услуг в соответствии с Договором, а также в случае, если Законный представитель настаивает на лечении, которое не соответствует действующим стандартам, требованиям к технологии, медицинским показаниям.

3.3.4. Отсрочить или отменить оказание услуги (в том числе в день назначения) в случае обнаружения у Потребителя медицинских противопоказаний, препятствующих безопасному оказанию услуг, а также в случае опоздания Потребителя на прием к назначенному времени.

3.3.5. Изменять прейскурант (перечень) Услуг в одностороннем порядке, путем размещения на информационном стенде Исполнителя.

3.4. Законный представитель имеет право:

3.4.1. На получение имеющейся информации в доступной для него форме о результатах обследования Потребителя, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, результатах проведенного лечения, об оказываемой медицинской помощи, эффективности методов лечения, об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

3.4.2. На отказ от получения Услуг при условии оплаты фактически понесенных расходов Исполнителя, связанных с оказанием Услуг.

4. Сроки и порядок оплаты услуг

4.1. Законный представитель производит оплату медицинских услуг по прайс-листу Исполнителя, действующему на день производства оплаты.

4.2. Оплата Услуг осуществляется авансом в день посещения Потребителем первого занятия. Факт оплаты Услуг означает то, что Законный представитель ознакомился с прайс-листом Исполнителя и согласен с их стоимостью.

4.3. Оплата Услуг может осуществляться Законным представителем в 2-х формах:

- оплата за 1 разовое занятие;
- оплата абонементу на 1 месяц (12 занятий).

Датой начала действия абонементу является дата внесения Законным представителем оплаты за абонемент.

Факт оплаты Услуг в форме абонементу означает, что Законный представитель осознаёт и согласен с тем фактом, что настоящий договор является абонентским по смыслу ч. 2 ст. 429.4 ГК РФ.

4.4. Перерасчёт за непосещение занятий в течение оплаченного по абонементу месяца производится в том случае, если Исполнитель был заранее (не менее, чем за 1 рабочий день) извещён Законным представителем о планируемом непосещении Потребителем занятия и причинах непосещения.

4.5. В случае расторжения Договора по инициативе Законного представителя или вине Потребителя в период действия абонементу возврат (частичный возврат) за неоказанные Услуги

осуществляется за вычетом стоимости фактически оказанных услуг, исходя из стоимости разового занятия.

4.6. В случае расторжения Договора по инициативе Законного представителя или вине Потребителя после истечения срока действия абонеента возврат (частичный возврат) за неоказанные Услуги не осуществляется.

5. Ответственность Сторон

5.1. Исполнитель несет ответственность перед Законным представителем за неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по вине Исполнителя в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по Договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы или по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

5.3. При надлежащем исполнении обязательств Исполнителем, в соответствии с Договором и действующим законодательством, отсутствие ожидаемого результата не является основанием для признания обязательства не выполненным.

5.4. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Законным представителем, спор между Сторонами рассматривается в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6. Заключительные положения

6.1. Обработка персональных данных Потребителя осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

6.2. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до его расторжения Сторонами.

6.3. Договор может быть изменен по соглашению Сторон путем составления дополнительного соглашения в письменной форме, подписанного уполномоченными на то представителями обеих Сторон.

6.4. Договор может быть расторгнут по взаимному соглашению Сторон или требованию одной из Сторон в одностороннем порядке с обязательным уведомлением другой стороны.

6.5. Договор составлен в двух экземплярах по одному для каждой из Сторон. Оба экземпляра имеют одинаковую юридическую силу.

7. Прочие условия

7.1. Адрес места жительства, иные адреса и телефоны, на которые Исполнитель может направлять ответы на письменные обращения, содержание персональные данные и медицинскую тайну Потребителя указаны в разделе 8 настоящего Договора.

8. Реквизиты и подписи сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ООО «ЦКДН «ДВИЖЕНИЕ»

ИНН 5503265394 ОГРН 1225500025167

Юридический адрес

644007, г. Омск, ул. Герцена, 34, помещ. 2П

Телефон: 8(905) 096-39-20

Р/счет 40702810901500161903

в ТОЧКА ПАО БАНКА «ФК ОТКРЫТИЕ»

БИК: 044525104

Корр. счет: 30101810745374525104

Генеральный директор

И.М.Ляхов

ПОТРЕБИТЕЛЬ:

Законный представитель

[Аннотация], [Тема] г.р.

паспорт серии [Адрес электронной почты
организации] № [Категория], выданный [Ключевые
слова], проживающий по адресу: [Адрес
организации]

Телефон: Место для ввода текста.

Договор прочитан мною лично, условия мне
разъяснены и понятны

_____/_____

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____ **[Аннотация]**
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
_____ **[Тема]** г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)
_____ **[Адрес организации]**
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____ **[Адрес организации]**
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)
в отношении _____ **Место для ввода текста.**
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
_____ **Место для ввода текста.** г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)
_____ **[Адрес организации]**
(в случае проживания не по месту жительства 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 2012 г. № 390н¹ (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь, в _____
обществе с ограниченной ответственностью «Центр кор-
(полное наименование медицинской организации)
рекции двигательных нарушений «Движение»
медицинским работником _____ **Место для ввода текста.**
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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».

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:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись) _____ **[Аннотация]**
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись) _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

_____ **[Дата публикации]**
(дата оформления)

¹ Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный № 24082.

Генеральному директору
ООО «ЦКДН «Движение»
Ляхову И.М.
644007, г. Омск, ул. Герцена, 34, помещ. 2П

Заявление о согласии на обработку персональных данных

Я, [Аннотация], [Тема] г.р., паспорт серии [Адрес электронной почты организации] № [Категория], выданный [Ключевые слова], проживающий по адресу: [Адрес организации], руководствуясь ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие оператору ООО «ЦКДН «Движение» (ИНН 5503265394 ОГРН 1225500025167), юридический адрес: 644007, г. Омск, ул. Герцена, 34, помещ. 2П (далее - Оператор) в целях оказания моему ребёнку Место для ввода текста., Место для ввода текста. г.р., медицинских услуг на обработку и использование своих персональных данных, а также персональных данных своего ребёнка, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), сведения о состоянии здоровья моего ребёнка, заболеваниях, антропометрические и биометрические данные, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

Оператор имеет право на обработку персональных данных, если она:

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

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

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными и персональными данными моего ребёнка, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и на бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных в ЕГИСЗ, включения в списки (реестры) и отчетные формы, а также сводки и системы хранения данных, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в медицинской документации, а также договором об оказании платных медицинских услуг. В целях контроля качества оказываемых услуг я даю своё согласие на проведение фотосъемки моей полости рта до начала лечения и по окончании лечения.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации) может быть передана информация о состоянии здоровья моего ребёнка

(ФИО гражданина, контактный телефон)

(ФИО гражданина, контактный телефон)

Передача лицам, не указанным в этом перечне, моих персональных данных или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно.

[Дата публикации] г.

(подпись, фамилия и инициалы)

Уполномоченный представитель медицинской организации:

(подпись, фамилия и инициалы)