**Уважаемый пациент, заполните строки, выделенные серым цветом** \_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Место для наклейки штрих-кода |

**Уведомление о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) Исполнителя**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (Ф.И.О. Потребителя/Заказчика)

настоящим **подтверждаю**, что до заключения договора на оказание медицинских услуг я уведомлен Исполнителем о последствиях несоблюдения его указаний и рекомендаций.

Мне разъяснено, что несоблюдение указаний и рекомендаций Исполнителя (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 моего здоровья (на состоянии здоровья Потребителя).

**Договор на оказание медицинских услуг**

г. Новороссийск «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г.

ООО «Здоровье нации 2» (лицензия № ЛО 23-01-012038 от 14.02.2018, выданна Министерством Здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар) в лице генерального директора Аноко А.А., действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель»

и гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Заказчик»,

(Ф.И.О.)

в дальнейшем совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. Исполнитель обязуется оказать на возмездной основе Заказчику медицинские услуги (далее – Услуги) в соответствии с п. 1.2. договора, а Заказчик обязуется оплатить эти Услуги.

1.2. Исполнитель оказывает следующие услуги:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Название исследования | Срок выполнения | Цена, руб. |
| Коронавирус COVID-19 (SARS-CoV-2, РНК, реал-тайм ПЦР) | 3-7 дней | 1850 р |
| Выезд медсестры |  |  |

1.3. Срок выполнения медицинских услуг, указанный в п. 1.2., в случае необходимости проведения дополнительных исследований считается промежуточным, при этом конечный срок выполнения конкретных услуг (исследований) в любом случае не может превышать 30 календарных дней от даты вступления в силу настоящего договора. Подписывая настоящий договор, Потребитель (Заказчик) тем самым подтверждает, что установленные Исполнителем конечные сроки выполнения исследований ему известны и устраивают его.

1.4. Услуги предоставляются при условии их полной предоплаты Потребителем (Заказчиком).

1.5. Подписанием настоящего договора Потребитель (Заказчик) предоставляет Исполнителю как оператору персональных данных право: на сбор и обработку (включая автоматизированную обработку) своих персональных данных (Ф.И.О., дата и место рождения, возраст и пол, паспортные данные, адрес, телефон, адрес электронной почты; сведения о месте работы и должности; номера полисов ОМС и ДМС, СНИЛС; сведения о состоянии здоровья, составляющие врачебную тайну; сведения о заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и т.п.) путем получения персональных данных у субъекта персональных данных, а также у третьих лиц, в случае дополнительного согласия субъекта персональных данных; на хранение персональных данных (в электронном виде и на бумажном носителе); на уточнение (обновление, изменение) персональных данных; на передачу персональных данных с помощью медицинских/лабораторных информационных систем и других программ для ЭВМ третьим лицам в целях исполнения обязательств по настоящему договору и дальнейшего информирования субъекта персональных данных о ранее оказанных медицинских услугах; на синхронизацию персональных данных с помощью различных программ для ЭВМ путем передачи третьим лицам; а также на иную передачу персональных данных субъекта в порядке, предусмотренном законодательством РФ. Потребитель (Заказчик) согласен с тем, что Исполнитель вправе привлекать для выполнения вышеуказанных полномочий по обработке (включая автоматизированную обработку) и хранению персональных данных третьих лиц без дополнительного согласия субъекта персональных данных в соответствии с действующим законодательством РФ. Целью обработки персональных данных является оказание медицинских услуг должного качества, исполнение договора, идентификация стороны в рамках договора, поддержание связи с субъектом персональных данных, в том числе направление уведомлений, запросов и информации, касающихся оказания медицинских услуг, обработка запросов и жалоб, хранение, информирование о ранее оказанных медицинских услугах и иные цели, определенные видами деятельности в Уставе Оператора. Настоящее согласие дается бессрочно и может быть отозвано субъектом персональных данных по его личному заявлению в порядке, предусмотренном действующим законодательством.

1.6. Медицинские услуги, оказываемые по настоящему договору, включают возможность допустимого вмешательства в состояние здоровья Потребителя и вероятность проявления сопутствующих и побочных свойств медицинского воздействия (осложнений). Потребителю разъяснено и понятно содержание, характер и цели выполнения медицинских манипуляций, что процедура забора биологического материала, а также последствия его забора могут быть связаны с возникновением неприятных и/или болевых ощущений во время и после процедуры, включая возможное появление гематомы на месте укола в целях забора крови. Место венепункции, скарификации может стать входными воротами инфекции при несоблюдении пациентом гигиенического режима в области раны в течение первых нескольких дней после процедуры. Потребитель сообщил правдивые сведения о наследственности, состоянии здоровья, об употреблении лекарственных препаратов, алкоголя, наркотических и токсических средств.

1.7. Стороны договора понимают, что в силу сложности технологического процесса и специфики оказываемых услуг не исключаются ситуации, при которых Исполнителю в целях качественного оказания услуг по договору необходимо будет осуществить повторный забор (далее - перезабор) биологического материала Потребителя. Исполнитель информирует Потребителя о необходимости осуществления перезабора звонком по номеру телефона Потребителя, указанному в договоре. При невозможности дозвониться до Потребителя в течение одного рабочего дня, Исполнитель вправе проинформировать Потребителя по адресу электронной почты, указанному в договоре. Необходимость осуществления перезабора не влияет на согласованную ранее стоимость услуг по договору.

**2. Права и обязанности Сторон**

**2.1. Исполнитель обязан:**

2.1.1. Оказать Потребителю Услуги в соответствие с п. 1.2. Договора качественно и в срок (с учетом п. 1.3.).

2.1.2. Оказать Потребителю Услуги с соблюдением действующего законодательства, регулирующего предоставление платных медицинских услуг, а также с соблюдением действующих санитарно-гигиенических требований.

2.1.3. Предоставить результаты лабораторных исследований Потребителю на бумажном бланке, а в случае указания Потребителем в разделе 5 адреса электронной почты обеспечить отправку в электронном виде.

**2.2. Потребитель (Заказчик) обязан:**

2.2.1. Самостоятельно ознакомиться с требованиями подготовки к лабораторным исследованиям и иным процедурам до сдачи биоматериала и соблюдать данные требования.

2.2.2. Самостоятельно, на основании действующего у Исполнителя прейскуранта, определять перечень Услуг, которые вносятся в п. 1.2. договора.

2.2.3. Оплатить Услуги в полном объеме. Оплата Услуг производится в безналичной форме путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

2.3. Потребитель имеет право на достоверную, своевременную и полную информацию о результатах лабораторных и иных исследований предоставленную способом, определенным в настоящем договоре.

2.4. Потребитель (Заказчик) имеет право отказаться от исполнения настоящего договора до окончания срока его действия, оплатив фактически понесенные расходы Исполнителю.

2.5. При выдаче результата лабораторного исследования на бумажном бланке Исполнитель, с целью сохранения сведений, составляющих врачебную тайну, вправе произвести идентификацию Потребителя любыми правомерными доступными способами, позволяющими установить личность Потребителя.

**3. Ответственность Сторон**

3.1. За нарушение условий настоящего договора Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством.

3.2. В случае невозможности исполнения, возникшей по вине Потребителя (Заказчика), Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

3.3. В случае, когда невозможность исполнения возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из Сторон не отвечает, Потребитель (Заказчик) возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы.

3.4. Исполнитель не несет ответственность за качество биологического материала Потребителя забор и доставка которого была произведена Потребителем (Заказчиком) самостоятельно.

**4. Заключительные положения**

4.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до исполнения Сторонами своих договорных обязательств.

4.2. Потребитель (Заказчик) признает правомерность и юридическую силу факсимильной подписи генерального директора Исполнителя на настоящем договоре, а также на документах, связанных с исполнением договора.

4.3. Потребитель (Заказчик) дает свое согласие на то, что Исполнитель привлекает третьих лиц к исполнению своих обязанностей по настоящему договору в части выполнения лабораторных исследований.

4.4. Настоящий договор может быть изменен или расторгнут на основании действующего законодательства.

4.5. Настоящий договор составлен в письменной форме, на русском языке, в двух (трех) идентичных экземплярах по одному для каждой из Сторон.

**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 (приложение N 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. N 1177н)**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО гражданина) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя) даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в [Перечень](consultantplus://offline/ref=519C676DF8D3793DA8B06A0BE8E03D00B512AF6F8048D902F13EB81017ED39D3715BB70723B97283I7l5F) 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. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «Здоровье нации» (полное наименование медицинской организации).

Медицинским работником Степновой М.А. 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](consultantplus://offline/ref=519C676DF8D3793DA8B06A0BE8E03D00B512AF6F8048D902F13EB81017ED39D3715BB70723B97283I7l5F), или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных [частью 9 статьи 20](consultantplus://offline/ref=519C676DF8D3793DA8B06A0BE8E03D00B610A76A804CD902F13EB81017ED39D3715BB70723B97085I7lFF) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 [части 5 статьи 19](consultantplus://offline/ref=519C676DF8D3793DA8B06A0BE8E03D00B610A76A804CD902F13EB81017ED39D3715BB70723B97087I7l9F) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 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).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись пациента)

**5. Адреса и реквизиты Сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:**  Адрес юридический / почтовый:  353910, г. Новороссийск, проспект Ленина 22, корпус Х, офис А  ИНН/КПП 2315175745/231501001  ОГРН 1122315005020  Телефон/факс: (8617) 303-372 (многоканальный)  znacii@ya.ru, [www.zdorovienacii.ru](http://www.zdorovienacii.ru)  Лицензия | **Заказчик:**  Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Данные документа удостоверяющего личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  (Ф.И.О.) |

**Идентичность номера на пробирке и номера образца в договоре подтверждаю. Замечаний не имею.**

**Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**

**(Ф.И.О.)**