

## УВЕДОМЛЕНИЕ

До заключения договора возмездного оказания медицинских услуг:

1. Мне в доступной форме **предоставлена информация** о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи **без взимания платы в медицинских организациях**, оказывающих медицинскую помощь в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2. Я уведомлен(а) 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 невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента.**

3. Я уведомлен(а) о том, что в кабинетах МЦ «САНАС» **может осуществляться аудиозапись приема** в целях контроля качества оказания медицинской помощи и соблюдения прав пациента.

---

(собственноручно: фамилия, инициалы и подпись)

## ДОГОВОР ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Владивосток

\_\_\_\_\_ 202\_ г.

Гражданин \_\_\_\_\_, именуемый далее «Потребитель» (Пациент), с одной стороны, и **ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «ПРИБОЙ ЛТД» МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР «САНАС»**, именуемое далее «Исполнитель», в лице генерального директора Ли Валентины Владимировны, действующей на основании Устава, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По договору Исполнитель обязуется оказать Потребителю на возмездной основе медицинские услуги, а Потребитель обязуется их оплатить.

1.2. Наименование, характеристика и цена конкретной медицинской услуги определяются в подписываемых сторонами приложениях к договору.

1.3. Срок оказания медицинской услуги определяется ее характером и при необходимости отражается в приложениях к договору.

### 2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязан:

– Информировать Потребителя о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также о квалификации специалистов.

– Оказать медицинские услуги в соответствии с установленным законодательством РФ требованиями к их оказанию.

– По факту оказания услуг выдать Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях. Если проводятся диагностические исследования, то Исполнитель обязан выдать Потребителю протокол исследования не позднее следующего дня после диагностики. Указанные медицинские документы выдаются без взимания платы.

2.2. Исполнитель имеет право:

– Требовать от Потребителя выполнения всех предписаний, назначений, рекомендаций и условий, обеспечивающих своевременное, эффективное и качественное предоставление медицинских услуг в процессе их оказания и после их завершения (режим, диета, ограничение нагрузок, отказ от курения и употребления спиртных напитков и др.).

– В случае возникновения у Потребителя экстренных состояний, угрожающих жизни и здоровью Потребителя, самостоятельно определять объем исследований, иных медицинских вмешательств, необходимых для оказания медицинской помощи в экстренном порядке.

– Исполнить обязательства по настоящему договору своими силами и средствами или привлечь к исполнению своих обязательств третьих лиц.

2.3. Потребитель обязан:

– До начала оказания медицинских услуг ознакомиться с действующим у Исполнителя на дату оказания услуг перечнем платных медицинских услуг.

– Сообщить работникам Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему возможных аллергических реакциях и непереносимости лекарственных препаратов, излучений, внешних факторов, о противопоказаниях. Перед проведением рентгенологического исследования – помимо указанного, о

беременности, о заболеваниях крови, щитовидной железы, о количестве и сроках проведенных ранее рентгенологических исследований.

– Соблюдать предписанный врачом режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности пациента, а также выполнять указания Исполнителя, предписанные на период после оказания услуг.

2.4. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении договора.

2.5. Подписывая договор, Потребитель подтверждает, что ознакомлен с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 N 736

2.6. Подписывая договор, Потребитель подтверждает, что уведомлен об обязанности соблюдать Правила поведения пациента в МЦ «САНАС».

### **3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

3.1. Стоимость каждой медицинской услуги соответствует действующему на момент оказания данной услуги перечню платных медицинских услуг Исполнителя. Стоимость конкретизируется в приложениях к договору, подписываемых обеими сторонами.

3.2. Оплата оказанных медицинских услуг осуществляется Потребителем в полном объеме в день оказания услуг путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя или осуществления безналичного платежа до или после оказания услуг.

### **4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

4.1. Стороны несут ответственность за невыполнение или ненадлежащее выполнение своих обязательств в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

4.2. Вред, причиненный жизни и здоровью пациента в результате оказания услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством РФ.

4.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неоказание или ненадлежащее оказание медицинских услуг, в том числе за качество и результат оказания услуг, если Потребитель нарушил условия договора, а также по иным предусмотренным законодательством обстоятельствам.

### **5. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

5.1. Договор составлен в 2 экземплярах: по одному - для Исполнителя и Потребителя.

5.2. Все приложения к договору являются его неотъемлемой частью и подписываются Сторонами договора.

5.3. Договор действует с момента его подписания и считается заключенным на неопределенный срок.

5.4. Договор может быть расторгнут Потребителем в одностороннем порядке, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

5.5. Изменения и дополнения к договору должны оформляться письменно и подписываться Сторонами договора.

### **6. ИНФОРМАЦИЯ ОБ ИСПОЛНИТЕЛЕ**

6.1. Медицинская деятельность осуществляется на основании бессрочной лицензии № Л041-01023-25/00368578, выданной 27.02.2020 Министерством здравоохранения Приморского края.

6.2. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией:

1 При оказании **первичной медико-санитарной помощи** организуются и выполняются следующие работы (услуги):

- при оказании **первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях** по: анестезиологии и реаниматологии, вакцинации (проведению профилактических прививок), лабораторной диагностике, медицинскому массажу, рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии профилактической;

- при оказании **первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях** по: вакцинации (проведению профилактических прививок), терапии;

- при оказании **первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях** по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности), аллергологии и иммунологии, анестезиологии и реаниматологии, гастроэнтерологии, гематологии, дерматовенерологии, детской урологии, детской эндокринологии, инфекционным болезням, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, клинической фармакологии, косметологии, мануальной терапии, медицинской микробиологии, неврологии, нейрохирургии, нефрологии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, остеопатии, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), офтальмологии, профпатологии, психиатрии, психиатрии-наркологии, психотерапии, пульмонологии, ревматологии, рентгенологии, рефлексотерапии, сердечно-сосудистой хирургии, стоматологии терапевтической, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии, эндоскопии;

- при оказании **первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара** по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), травматологии и ортопедии.

2 При оказании **специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи** организуются и выполняются следующие работы (услуги):

- при оказании **специализированной медицинской помощи в стационарных условиях** по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности), анестезиологии и реаниматологии,

организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, сестринскому делу, травматологии и ортопедии, хирургии.

3 При проведении **медицинских экспертиз** организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности, экспертизе профессиональной пригодности.

4 При проведении **медицинских осмотров** организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым), медицинским осмотрам профилактическим.

5 При проведении **медицинских освидетельствований** организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинскому освидетельствованию кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приемные родители; медицинскому освидетельствованию на выявление ВИЧ-инфекции; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством.

## 7. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Потребитель: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ г.р., адрес: \_\_\_\_\_,

паспорт: \_\_\_\_\_ выдан: \_\_\_\_\_ г., СНИЛС: \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_

Исполнитель: ООО «Прибой ЛТД» МЦ «СНАС», ИНН 2540012854, ОГРН 1022502273738. Адрес: 690002, г. Владивосток, Океанский пр-т, 107. Почтовый адрес: 690087 г. Владивосток, ул. Стрелочная, 2а. тел. 8(423)260-60-60. e-mail: [sanas.vl@mail.ru](mailto:sanas.vl@mail.ru). Банковские реквизиты: ПАО АКБ «ПРИМОРЬЕ» БИК 040507795, р/сч 40702810200000125201, к/сч 3010180800000000795

Потребитель \_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы, подпись)

Исполнитель \_\_\_\_\_  
(подпись, печать)

## ЗАЯВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА О СОГЛАСИИ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, \_\_\_\_\_, зарегистрирован(а) по адресу: \_\_\_\_\_

паспорт: \_\_\_\_\_ выдан: \_\_\_\_\_ г. телефон \_\_\_\_\_

руководствуясь ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных», даю **ОБЩЕСТВУ С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «ПРИБОЙ ЛТД» МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР «СНАС» (690002, г. Владивосток, Океанский проспект, 107) (далее – Оператор)** свое согласие на обработку моих персональных данных: фамилии, имени, отчества, пола, паспортных данных, СНИЛС, данных полиса ОМС (или ДМС), даты рождения, адреса проживания, контактного телефона, места работы, электронного адреса; **специальных персональных данных:** данных о факте обращения в медицинский центр, о состоянии моего здоровья, об оказанных мне медицинских услугах.

**Цели обработки:** медико-профилактические цели, установление диагноза, оказание медицинских услуг, правильное заполнение медицинской документации, направление по моему запросу медицинской и иной документации (копий), результатов исследований и обследований.

**Способы обработки:** с использованием и без использования средств автоматизации посредством сбора, записи, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), передачи (предоставления), внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, обезличивания, блокирования, удаления, уничтожения.

Я уведомлен (-а), что Оператор имеет право во исполнение предписаний действующего законодательства предоставить мои персональные данные по запросам государственных и муниципальных органов, в том числе судебных и правоохранительных органов, государственных и муниципальных предприятий и учреждений, а также передать мои персональные данные в соответствующие организации с целью размещения их в моем личном кабинете на Госуслугах, а также в ЕГИСЗ.

Настоящее согласие мною дается на период до истечения сроков хранения информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством РФ. Отзыв согласия производится путем направления письма на адрес Оператора.

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с положениями законодательства о персональных данных, права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

Подтверждаю, что проинформирован(а) о праве Оператора, в случае отзыва мною согласия на обработку персональных данных, продолжить обработку моих персональных данных без моего согласия на основании законодательства.

(!) Даю разрешение на направление мне по электронному адресу информационных сообщений о работе и деятельности Оператора.

(!) Даю разрешение на направление мне СМС-оповещений или сообщений в WhatsApp о работе Оператора.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)