

## ДОГОВОР ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Тюмень

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью «ТАЛАНТ» (фирменное наименование – Центр магнитно-резонансной томографии «МРТ Лидер»), именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице директора Ведищевой Марианны Николаевны, действующего на основании Устава, имеющее лицензию № Л041-01107-72/00310576 от 21.12.2016 г., с одной стороны,

и \_\_\_\_\_, паспорт: \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, именуем(\_\_\_\_) в дальнейшем Заказчик, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать Заказчику, а Заказчик обязуется оплатить на условиях Договора, следующие платные медицинские услуги: \_\_\_\_\_

До заключения настоящего Договора Заказчик подтверждает ознакомление с порядком предоставления услуг Исполнителем, условиями и требованиями к их предоставлению, а также получение уведомления Исполнителя о том, что несоблюдение названных порядков, условий и требований, а равно указаний (рекомендаций) Исполнителя (мед.работника Исполнителя, предоставляющего платную медицинскую услугу), может снизить качество предоставляемых Исполнителем, в соответствии с настоящим Договором, платных медицинских услуг, повлечь за собой невозможность их своевременного завершения или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Заказчик: Подпись \_\_\_\_\_ Дата: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
1.2. Перечень подлежащих предоставлению Исполнителем в рамках настоящего Договора услуг, указывается в настоящем Договоре, на основании перечня услуг, установленного преискурантом, действующим на момент оформления Сторонами Договора, с которым Заказчик может ознакомиться в медицинском центре Исполнителя или на сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу: [www.mrt-lider.ru](http://www.mrt-lider.ru), действующим на момент заключения Договора.

1.3. Исполнитель осуществляет оказание медицинских услуг Заказчику и выдает подготовленную в рамках настоящего Договора необходимую медицинскую документацию Заказчику/Лечащему врачу (неуказное вычеркнуть) в сроки, оговоренные Сторонами.

### 2. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

2.1. Настоящий Договор является публичным договором-офертой и содержит все существенные условия предоставления платных медицинских услуг населению.

2.2. Свидетельством полного и безоговорочного акцепта (принятия) условий настоящего Договора Заказчиком, а также информированного согласия Заказчика с условиями осуществления медицинского вмешательства, является подписание Заказчиком настоящего Договора и/или осуществление Заказчиком действий по выполнению его условий, в том числе по оплате услуг Исполнителя.

2.3. Настоящий Договор, включая его составные части, может быть заключен в отношении несовершеннолетнего от имени законного представителя (родителя). При этом, все права и обязанности за несовершеннолетнего пациента несет Заказчик.

### 3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

#### 3.1. Заказчик:

3.1.1. Вправе на основании, действующего на момент оформления настоящего Договора, преискуранта Исполнителя, самостоятельно определять фактический объем услуг Исполнителя.

3.1.2. Вправе получать консультации по технологии оказания медицинских услуг, проведенных Исполнителем.  
3.1.3. Вправе требовать от Исполнителя надлежащего оказания услуг, а именно: обоснованность каждого действия или бездействия, соблюдение установленных условий совершения (или не совершения) действий, своевременность каждого обоснованного действия при соблюдении установленных условий, технической правильности исполнения действия, большего количества действий в конкретных обстоятельствах оказания медицинской услуги.

3.1.4. Вправе после заключения Договора отказаться от Договора, путем направления Исполнителю соответствующего письменного уведомления по адресу, указанному в настоящем Договоре, при условии оплаты Заказчиком фактически понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору.

#### 3.1.5. Имеет право на:

- уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала Исполнителя;
- на получение услуг в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- сохранение в тайне информации о факте обращения за услугами, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных Исполнителем в ходе предоставления медицинских услуг, в порядке, установленном законодательством, определяющим необходимость защиты таких сведений и информации (защита сведений, составляющих врачебную тайну, конфиденциальность персональных данных и пр.);
- информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
- отказ от медицинского вмешательства (прекращение медицинского вмешательства);
- получение информации о своих правах и обязанностях и о состоянии своего здоровья, а также на выбор лиц, которым в интересах Заказчика может быть передана информация о состоянии его здоровья.

#### 3.1.6. Заказчик обязан:

**3.1.7. Сообщить до оказания услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях при магнитно-резонансной томографии (далее - МРТ) и иной диагностике, с которыми Заказчика знакомит Исполнитель в лице администратора при заполнении Договора и Анкеты.**

#### 3.2. Исполнитель:

3.2.1. Обязуется качественно и в установленные сроки оказывать медицинские услуги.  
3.2.2. Ознакомить Заказчика и получить Информированное согласие (**Приложение № 3**) к настоящему Договору от Заказчика на медицинское вмешательство, в случае внутривенного введения специального медицинского препарата, называемого контрастным веществом или иного медицинского препарата для оказания ему соответствующих медицинских услуг.

#### 3.2.3. Информировать Заказчика о применяемых методах исследования и о возможности осложнений.

3.2. Вправе в случае неоплаты Заказчиком стоимости услуг на условиях, указанных в разделе 4 настоящего Договора, отказать Заказчику в выдаче результатов исследования до оплаты последней стоимости оказанной услуги.

3.2.5. При проведении МРТ диагностики выдать Заказчику заключение по результатам исследования на бумажном носителе и запись на рентгенпленке не позднее 24 часов после проведения исследования (заключение по результатам МРТ исследования не является диагнозом и должно быть правильно интерпретировано лечащим врачом).

3.2.6. Исполнитель обязуется оказать медицинские услуги в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям, и в соответствии с требованиями, которые предъявляются к методам диагностики, разрешенным на территории Российской Федерации.

3.2.7. Исполнитель обязан обеспечить Заказчика бесплатной, доступной информацией, включающей в себя сведения о местонахождении учреждения (месте его государственной регистрации), режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

3.2.8. Исполнитель вправе изменить состав, порядок и условия предоставления услуг путем внесения изменений в преискурант до оплаты Заказчиком (Потребителем).

### 4. СУММА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

4.1. Стоимость услуг Исполнителя определяется в соответствии с перечнем и стоимостью услуг преискуранта Исполнителя, действующего на момент заключения Договора, и указывается в контрольно-кассовом чеке, выдаваемом Исполнителем Заказчику по факту оплаты последним стоимости предусмотренных настоящим Договором услуг.

4.2. Заказчик осуществляет оплату услуг Исполнителя путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя, либо с использованием платежных банковских карт в день заключения настоящего Договора.

4.3. При МРТ диагностике оплата производится Заказчиком после проведения услуги до выдачи Исполнителем результатов на руки Заказчику.

4.4. Общая стоимость услуг перечисленных в п. 1.1 настоящего Договора, составляет: \_\_\_\_\_ руб.  
(\_\_\_\_\_)

### 5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Исполнитель несет ответственность только за тот результат услуги, которая поручалась ему Заказчиком (в соответствии с п. 1.1. настоящего Договора).

5.3. При подписании настоящего Договора Заказчик соглашается на использование и обработку своих персональных данных (**Приложение № 2**). В случае необходимости получения Заказчиком заключения о результатах проведенного исследования по электронной почте, Заказчик поручает и разрешает Исполнителю их передачу путем подписания «Соглашения на платное получение результатов медицинских услуг».

#### 6. Качество услуги

6.1. Качество оказания услуги определяется соблюдением технологии проведения обследования и стандартами оказания медицинской помощи.

6.2. Оказанная Исполнителем услуга считается исполненной, если Заказчик не заявил претензий в период нахождения в организации Исполнителя.

### 5. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

5.1. Стороны согласились, что при заключении и исполнении настоящего Договора они вправе пользоваться факсимильным воспроизведением подписи с помощью средств механического и иного копирования, электронной-цифровой подписи либо иного аналога собственноручной подписи.

5.2. За частичное или полное неисполнение условий настоящего Договора Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Вред, причиненный жизни или здоровью Заказчика в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. Заказчик передает право получение своих результатов иным лицам, а именно:

Исполнитель в свою очередь выдает результаты иным лицам только при предъявлении документа, удостоверяющего личность, указанного в п. 5.3 Договора, лица с одновременным предоставлением оригинала данного Договора.

### 6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

6.1. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, по одному для Сторон, вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до момента полного исполнения сторонами обязательств по Договору при проведении магнитно-резонансной томографии или иной другой диагностики, действие Договора завершается получением Заказчиком результатов исследования.

6.2. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору должны быть составлены в письменной форме.

Исполнитель	Заказчик
Общество с ограниченной ответственностью «ТАЛАНТ» Адрес: 625007, Тюменская область, г. Тюмень, ул. Валерии Гнаровской, д. 12, корп. 8 ИНН 7203537033 / ОГРН 1227200007022 КПП 720301001 p/c 40702810738290007179 k/c 30101810100000000964 Email:	ФИО _____  Адрес _____  Телефон _____
Директор ООО «ТАЛАНТ»  _____/ М.Н. Ведищева /	Подписывая настоящий Договор, я подтверждаю, что все вышеуказанное термины мне понятны и понятно, все медицинские термины мне понятны, я задал все интересующие меня вопросы относительно предмета Договора и получил на них исчерпывающие ответы.  (Подпись) _____/(ФИО) _____
м.п.	

**СОГЛАШЕНИЕ ОБ ОБЪЕМЕ И УСЛОВИЯХ ОКАЗЫВАЕМЫХ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ  
(ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ)**

г. Тюмень « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

ООО «ТАЛАНТ», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Ведищевой Марианны Николаевны, действующего на основании Устава, с одной стороны и гражданин(ка) \_\_\_\_\_, именуемый(ая) «Пациент» с другой стороны, заключили настоящее соглашение о нижеследующем:

Я, пациент \_\_\_\_\_, в рамках договора оказания платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в ООО «ТАЛАНТ», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее.

1. Я, получив от сотрудников ООО «ТАЛАНТ» полную информацию об условиях предоставления медицинских услуг, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов, так и несколько видов платных медицинских услуг.

3. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое (МРТ или иное) исследование – \_\_\_\_\_ (нужное подчеркнуть)

может иметь противопоказания, если в моем теле имеются металлические предметы. На основании изложенного, я гарантирую что не подвергался хирургическим операциям на внутреннем ухе, и не имею абсолютных противопоказаний для проведения исследования. Также я гарантирую, что никаких аллергических реакций у меня нет.

4. Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Исполнитель не несет ответственности за их возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.

6. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом и я даю свое согласие на их оплату в кассу ООО «ТАЛАНТ» в сумме \_\_\_\_\_ руб. (\_\_\_\_\_).

7. Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость медицинской услуги в соответствии с ним.

8. Я проинформирован, что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую услугу в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги именно в ООО «ТАЛАНТ».

9. Аббревиатурные сокращения, применяемые в настоящем соглашении и в названиях исследованиях мне разъяснены, мною понятны.

10. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

**Настоящее соглашение подписано пациентом после проведения разъяснительной беседы и является приложением к договору оказания платных медицинских услуг.**

«Пациент» \_\_\_\_\_ (ФИО) \_\_\_\_\_ (Подпись)

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

г. Тюмень « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_

Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

Дата выдачи \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Настоящим подтверждаю свое согласие на обработку **ООО «ТАЛАНТ»** (далее - Оператор), место нахождения: 625007, Тюменская область, г. Тюмень, ул. Валерии Гнаровской, д.12, корп. 8, моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность), реквизиты полиса ДМС/ОМС, место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по Договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны. В процессе оказания Оператором мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные (персональные данные представляемого мной лица), в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения и внутреннего учета Оператора.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (в страховую медицинскую организацию, организацию - заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом. Оператор вправе консультировать Заказчика по телефону предварительно идентифицировав личность Заказчика.

«Пациент» \_\_\_\_\_ (ФИО) \_\_\_\_\_ (Подпись)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ (РАЗРЕШЕНИЕ) НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО (МЕДИЦИНСКУЮ УСЛУГУ)**

г. Тюмень « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Вам назначено исследование, которое обычно требует внутривенного введения специального медицинского препарата, называемого контрастным веществом.

Контрастное вещество усиливает изображение и помогает рентгенологам выявить различные заболевания или опровергнуть их.

Отказ от применения контрастного вещества может привести к ошибкам в постановке диагноза. Наиболее широко применяется контрастные вещества – марки: Прохэксик, Гадовист, Магневист и другие. Контрастные вещества считаются достаточно безопасными. Однако каждая инъекция таит в себе небольшой риск отрицательной реакции организма на введение препарата, такой как тошнота, рвота, чихание, сыпь. Крайне редко могут случаться более серьезные реакции на контрастный препарат.

У некоторых пациентов риск проявления подобных осложнений значительно выше:

- Аллергическая реакция на раннее вводимый препарат
- Люди с аллергическими заболеваниями, астмой
- Пациенты с тяжелыми заболеваниями сердца
- Пациенты с миеломной болезнью, заболеваниями крови, полицитемией и феохромоцитомой.
- Пациенты с заболеваниями почек.

Если вы считаете, что относитесь к этой группе повышенного риска, обязательно сообщите врачу об этом.

Ниже подтвердите, что с содержанием листа информированного согласия Вы ознакомлены и даете согласие на применение медицинского препарата.

Название препарата \_\_\_\_\_

Стоимость препарата \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

«Пациент» \_\_\_\_\_ (ФИО) \_\_\_\_\_ (подпись)

**СОГЛАШЕНИЕ НА ПЛАТНОЕ ПОЛУЧЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

г. Тюмень « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

1. Заказчик поручает и оплачивает, а Исполнитель принимает на себя обязательства по записи результатов исследования на

CD/DVD/USB либо по направлению результатов, оказанных ООО «ТАЛАНТ» платных медицинских услуг по Договору от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_, по электронной почте  \_\_\_\_\_ именуемые в дальнейшем «Услуга».

2. Заказчик обязуется оплатить стоимость оказываемых(ой) дополнительных(ой) услуг(и), указанной в п. 1 настоящего Соглашения, в соответствии с Прейскурантом Исполнителя.

3. **Стоимость услуги составляет: \_\_\_\_\_ рублей, (\_\_\_\_\_)**

4. Подписывая данное Соглашение я информирован(а) о том, что электронная почта является открытым источником и не защищается ООО «ТАЛАНТ». За взлом почтового ящика и утечку информации ООО «ТАЛАНТ» ответственности не несет.

5. В случае, если Заказчик неверно указал электронную почту, ООО «ТАЛАНТ» не несет ответственности за отправку результатов исследования по ошибочному адресу.

6. Настоящее Соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу для каждой из Сторон.

Исполнитель	Заказчик
Общество с ограниченной ответственностью «ТАЛАНТ» Адрес: 625007, Тюменская область, г. Тюмень, ул. Валерии Гнаровской, д. 12, корп. 8 ИНН 7203537033 / ОГРН 1227200007022 КПП 720301001 р/с 40702810738290007179 к/с 30101810100000000964 Email: _____ Директор ООО «ТАЛАНТ» _____/ М.Н. Ведищева /	<b>ФИО</b> _____ <b>Адрес</b> _____ <b>Телефон</b> _____ <b>(Подпись)</b> _____/(ФИО) _____