





выбору Потребителя (внесение наличных денежных средств в кассу «Исполнителя» или по безналичному расчёту путём перечисления денежных средств на расчётный счёт «Исполнителя»).

## 6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем или его Законным представителем за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора по вине Исполнителя, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя.

6.2. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам исполнения услуг Потребитель вправе по своему выбору:

- назначить новый срок оказания услуги;
- потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;
- потребовать исполнения услуги другим специалистом;
- расторгнуть настоящий Договор и потребовать возмещения убытков.

6.3. В случае отказа Потребителя (Заказчика или Законного представителя Потребителя) от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика или Законного представителя Потребителя) о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель (Заказчик или Законный представитель Потребителя) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

6.4. Ни одна из Сторон не будет нести ответственность за полное или частичное неисполнение другой стороной своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

6.5. Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по Договору, обязана не позднее двух дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

## 7. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

7.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

7.2. При не урегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством РФ.

## 8. ПОРЯДОК ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ И СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

8.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания договора, и действует до полного исполнения сторонами всех обязательств.

8.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию Сторон.

8.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон.

## 9. ИНЫЕ УСЛОВИЯ

9.1. Договор считается расторгнутым в случае отказа Потребителя или его законного представителя дать Исполнителю в письменной форме информированное добровольное согласие на оказание медицинских услуг (медицинское вмешательство).

9.2. Персональные данные, полученные от Потребителя или от его законного Представителя при заключении договора и в процессе его исполнения, обрабатываются в соответствии со статьей 6 и статьей 10 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» с учетом положений нормативных актов, регулирующих сроки хранения документов, содержащих персональные данные.

9.3. Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

9.4. Настоящий Договор составлен в количестве экземпляров, равном количеству сторон в договоре, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

## 10. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

### ЗАКАЗЧИК<sup>1</sup>

Наим-е юр.лица или Ф.И.О. физ.лица \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Адрес (места нахождения юр.лица, места жительства физ.лица): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Тел. \_\_\_\_\_ факс \_\_\_\_\_  
Только для юридических лиц:  
ОГРН \_\_\_\_\_  
ИНН \_\_\_\_\_ КПП \_\_\_\_\_  
Р/с \_\_\_\_\_  
Банк: \_\_\_\_\_  
К/с \_\_\_\_\_  
БИК \_\_\_\_\_  
Только для физ.лиц:  
Паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_  
выдан \_\_\_\_\_  
Код подразд. \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Должность / подпись / И.О. Фамилия  
(для юр.лица)

М.П.

### ПОТРЕБИТЕЛЬ

Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Адрес места жительства: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Тел. \_\_\_\_\_  
Паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_  
выдан \_\_\_\_\_  
Код подразд. \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Подпись / И.О. Фамилия

### ИСПОЛНИТЕЛЬ

Наименование \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Адрес места нахождения: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Тел. \_\_\_\_\_ факс \_\_\_\_\_  
ОГРН \_\_\_\_\_  
ИНН \_\_\_\_\_ КПП \_\_\_\_\_  
Р/с \_\_\_\_\_  
Банк: \_\_\_\_\_  
К/с \_\_\_\_\_  
БИК \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Должность / подпись / И.О. Фамилия

М.П.

<sup>1</sup> Заполняется в том случае, если услуги заказываются и оплачиваются лицом, не являющимся Потребителем или законным представителем Потребителя

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство  
при оказании платных медицинских услуг**

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество - полностью)  
\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

**Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:**

Я \_\_\_\_\_, паспорт: \_\_\_\_\_,  
выдан: \_\_\_\_\_ код подразделения \_\_\_\_\_, «\_\_» \_\_\_\_\_ г., являюсь законным представителем  
(мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) Потребителя (ребенка или лица, признанного недееспособным): \_\_\_\_\_

Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения  
в силу: \_\_\_\_\_  
(реквизиты документа, удостоверяющего полномочия законного представителя)

- ознакомлен (ознакомлена) с распорядком работы учреждения, правилами внутреннего распорядка и правилами оказания платных медицинских услуг, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать;

- добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализа мочи общего, электрокардиографии; проведения рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

- информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;

- извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

- предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение назначенного режима лечения, рекомендаций медицинских работников, предоставляющих платную медицинскую услугу, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок и (или) отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных

факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками с учетом сохранения врачебной тайны;

- ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

- разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам: \_\_\_\_\_

- мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого)

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

**Подпись пациента (законного представителя пациента)** \_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии:

\_\_\_\_\_  
(Должность, Ф.И.О.)

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, \_\_\_\_\_,

являясь Потребителем медицинских услуг,

**Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:**

Я \_\_\_\_\_, паспорт: \_\_\_\_\_,  
выдан: \_\_\_\_\_, являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун,  
попечитель) Потребителя (ребенка или лица, признанного недееспособным):

Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения

в целях оказания платных медицинских услуг, даю согласие (не даю согласие) на обработку моих персональных данных  
(ненужное вычеркнуть)

(персональных данных Потребителя), включая данные о состоянии моего здоровья (о состоянии здоровья Потребителя). Разрешаю обработку и хранение персональных данных.

Потребитель (законный представитель Потребителя):

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.