

ДОГОВОР

на оказание платных медицинских услуг

г. Анапа

28 февраля 2025

Гражданин(ка) _____, в дальнейшем «Потребитель» (являющийся также Пациентом), с одной стороны, и Акционерное общество "ДиЛУЧ"- санаторно-курортный комплекс «Исполнитель», в лице Генерального директора Севрюковой В.С., действующего на основании Устава, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. Предмет договора.

1.1. Исполнитель оказывает Пациенту медицинскую услугу, включающую в себя:

, именуемую в дальнейшем «Услуга», а Плательщик обязуется оплатить полученную Услугу.

1.2. Перечень и стоимость Услуг, предоставляемых Потребителю, предусмотрены лицензией на осуществление медицинской деятельности №ЛО41-01126-23/00318239 от 26.12.2017 г., выданной Министерством здравоохранения Краснодарского края и действующим Прейскурантом на медицинские услуги Исполнителя.

2. Права и обязанности сторон.

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Предоставить Потребителю в установленном порядке информацию, включающую в себя сведения о лицензии на медицинскую деятельность, о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг, их стоимости, условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

2.1.2. Своевременно и качественно оказать Потребителю Услугу, указанную в п. 1.1 настоящего договора в установленный договором срок.

2.1.3. После оказания услуг выдать Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагноза, методах лечения, проинформировать об используемых при предоставлении услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях. Указанная информация предоставляется без дополнительной оплаты.

2.1.4. Хранить в тайне информацию, содержащуюся в медицинской документации Потребителя, руководствуясь Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

2.1.5. Осуществлять работу с персональными данными Потребителя на основании Согласия Потребителя на обработку персональных данных в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных".

2.2. Исполнитель имеет право

2.2.1. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований и оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных договором.

2.2.2. Давать Потребителю обязательные для исполнения указания, связанные с оказываемыми медицинскими услугами и требовать неуклонного и точного их исполнения.

2.2.3. В одностороннем порядке отказаться от исполнения настоящего Договора, если действия Потребителя нарушают данные Исполнителем указания, что приведет к объективной невозможности обеспечить качество конечного результата оказываемых услуг и/или их безопасность, а также при возникновении медицинских противопоказаний.

2.3. Потребитель обязуется

2.3.1. Внимательно ознакомиться с информацией, касающейся лечения Пациента и предоставить Информированное добровольно согласие (приложение 1 к настоящему Договору).

2.3.2. До начала оказания медицинской услуги информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, имеющихся у Пациента, о которых он знает.

2.3.3. Соблюдать правила поведения, существующие у Исполнителя, выполнять все назначения медицинского персонала и сотрудников Исполнителя.

2.3.4. Полностью возместить Исполнителю понесенные затраты, если услуга не могла быть оказана или ее оказание было прервано по вине Потребителя.

2.4. Потребитель имеет право

2.4.1. Требовать своевременного и качественного оказания оплаченной услуги.

2.4.2. Отказаться от получения Услуги (до момента ее оказания) и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания Услуги

3. Стоимость услуг и порядок платежей.

3.1. Стоимость оказываемых Потребителю услуг согласно прейскуранту составляет 0 руб.

3.2. Оплата Услуг осуществляется Плательщиком в порядке 100 % предоплаты внесением наличных денежных средств в кассу Исполнителя или безналичным расчетом путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя

4. Ответственность сторон

4.1. Исполнитель несет ответственность за соблюдение сроков исполнения назначенной медицинской услуги и качество лечебно-диагностического процесса

4.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неудовлетворительный исход или осложнения, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, грубой неосторожности или противоправных действий Потребителя.

4.3. В случае неоплаты Потребителем стоимости Услуги на условиях, указанных в разделе 3 настоящего договора Исполнитель имеет право отказать Пациенту в оказании Услуги до оплаты последним её стоимости.

4.4. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором или в связи с ним, Стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров.

- 4.5. В остальных случаях Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.
- 4.6. Обязательства сторон по договору прекращаются невозможностью исполнения, если она вызвана обстоятельством, за которое ни одна из сторон не отвечает.

5. Информация о предоставляемой услуге.

- 5.1. Оказанная Исполнителем Услуга считается исполненной с надлежащим качеством при условии соблюдения действующих медицинских стандартов.
- 5.2. Потребитель предупрежден, что в случае если при оказании услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором оказание дополнительных платных услуг оформляется в виде нового договора.
- 5.3. Потребитель проинформирован Исполнителем и ему понятно, что услуги (полностью или в части), оказываемые Исполнителем в рамках настоящего Договора, Потребитель также может получить и в других медицинских учреждениях, в том числе бесплатно в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Настоящим Потребитель подтверждает свое намерение на получение платных медицинских услуг именно у Исполнителя и свое согласие с необходимостью в полном объеме оплатить эти услуги.
- 5.4. Потребителю предоставлена информация о лицензии Исполнителя на осуществление медицинской деятельности и сведения о квалификации и сертификации специалистов, он ознакомлен с Прейскурантом до подписания настоящего Договора,

6. Условия и порядок оказания услуг.

- 6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и завершается получением Потребителем Услуги. Любые изменения и дополнения к настоящему договору должны быть составлены в письменной форме и подписаны Сторонами или их уполномоченными представителями.
- 6.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.

7. Конфиденциальность

- 7.1. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебную тайну).
- 7.2. С предварительного согласия Пациента или его представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, третьим лицам в интересах обследования и лечения Потребителя
- 7.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Потребителя, допускается исключительно в случаях, предусмотренных законодательством РФ.
- 7.4. Потребитель предоставляет Исполнителю право использовать сведения, полученные в результате обследования и лечения, в научных, исследовательских и статистических целях на условиях соблюдения анонимности.
- 7.5. Одновременно с заключением Договора Потребитель представляет Исполнителю Согласие на обработку своих персональных данных (Приложению № 2 к настоящему Договору), включая информацию о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе заболевания и иных сведений, полученных в результате его обследования и лечения, для целей исполнения Исполнителем обязательств по Договору, в том числе передачу указанной информации иным организациям в случае необходимости привлечения их к оказанию услуг в соответствии с Договором, а также настоящим дает согласие на передачу вышеперечисленных данных в правоохранительные и судебные органы для осуществления Исполнителем взыскания задолженности по оплате услуг, если они не будут оплачены в сроки, установленные Договором.

8. Адреса и реквизиты Сторон.

Медицинская организация:

АО "ДиЛУЧ"
Лицензия № ЛО41-01126-23/00318239 от 26.12.2017 Выдана
Министерством здравоохранения Краснодарского края
353440 г.Анапа Краснодарский край, ул.Пушкина 22
тел. 8 800 100 40 30, 8(86133) 5 26 39, 5 49 96, 4 59 30
ИНН 2301010750/230101001, р/с 40702810047890000007
Филиал "Южный" ПАО "БАНК УРАЛСИБ" г.Краснодар
info@diluch.org
Генеральный директор _____ Севрюкова В.С.

Плательщик:

Ф.И.О:
паспорт:
выдан
Зарегистрирован(а):
СНИЛС

/подпись/

/подпись/

СОГЛАСИЕ пациента на обработку персональных данных

Я _____, проживающий по адресу: _____, паспорт _____ выдан _____, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку АО "ДиЛУЧ", 353440 г.Анапа Краснодарский край, ул.Пушкина 22 (далее - Оператор) моих персональных данных, а именно

1) фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии); 2) пол; 3) дата рождения; 4) место рождения; 5) гражданство; 6) данные документа, удостоверяющего личность; 7) место жительства; 8) место регистрации; 9) дата регистрации; 10) страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования; 11) номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица (при наличии); 12) анамнез; 13) диагноз; 14) сведения об организации, осуществляющей медицинскую деятельность; 15) вид оказанной медицинской помощи; 16) условия оказания медицинской помощи; 17) сроки оказания медицинской помощи; 18) объем оказанной медицинской помощи; 19) результат обращения за медицинской помощью; 20) серия и номер выданного листа нетрудоспособности (при наличии); 21) сведения о проведенных медицинских экспертизах, медицинских осмотрах и медицинских освидетельствованиях и их результаты; 22) примененные порядки и стандарты медицинской помощи; 23) сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую помощь, проводивших медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования; 24) фото/видеоизображение.

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку

моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор имеет право: - при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения;

- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, предоставлять, передавать мои персональные данные страховым медицинским организациям, медицинским организациям, органам управления здравоохранения, при условии, что указанные предоставление, передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет двадцать пять лет. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я согласен (а) со следующими действиями с моими персональными данными:

1. Обработка моих персональных данных в защищённых в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов;

2. Обработка моих персональных данных, защищённых в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

Субъект персональных данных: подпись _____ . 28 февраля 2025 г.

Информированное добровольное согласие на проведение процедур массажа и (или) обертывания

Я, _____
_____ добровольно прошу специалиста СПА-комплекса АО «ДиЛУЧ» провести процедуру массажа и (или) обертывания. (выбрать нужное). Я обязуюсь перед началом проведения процедуры сообщить специалисту о наличии (либо отсутствии) у меня аллергических реакций и о наличии (либо отсутствии) у меня хронических заболеваний.

Я подтверждаю, что я был(а) проинформирован(а) о существующих противопоказаниях к массажу и (или) обертыванию, а именно: абсолютные противопоказания:

- заболевания крови, склонность к тромбообразованию;
- туберкулез;
- СПИД;
- наличие опухолей;
- наличие индивидуальной непереносимости массажа;
- наличие нарушений психики.

относительные противопоказания:

- лихорадка;
- заболевания кожи;
- венерические заболевания (в том числе инфекции ППП);
- острые заболевания и инфекции;
- беременность;
- менструация;
- кровотечения любого генеза.

Я понимаю, что не перечисленные, а также не упомянутые здесь возможные противопоказания могут повлечь осложнения, СПА-комплекс АО «ДиЛУЧ» не несет ответственности в случае возникновения осложнений, если я не сообщил(а) или не знал(а) о своих противопоказаниях, но дал(а) свое согласие на процедуру. Я осознаю, что возможны болевые ощущения во время процедуры, а также реакции на процедуру в виде микрогематом, (при этом их интенсивность и количество могут увеличиваться в теплое время года и зависят от изначального состояния кровеносных сосудов), синяков, гиперемии, аллергических реакций. Кроме того, я был(а) проинформирован(а) о том, что:

- рекомендуемый минимальный курс массажа составляет 10 сеансов;
- курсы массажа для коррекции фигуры необходимо повторять 1 раз в квартал, поддерживающие сеансы - 2-4 раза месяц (в зависимости от состояния);
- массаж для лица является профилактическим мероприятием. После прохождения курса необходимо проходить поддерживающие массажи 1-2 раза в неделю (в зависимости от состояния кожи лица и декольте);
- при проведении курса массажа по коррекции фигуры необходимо придерживаться рекомендаций массажиста по соблюдению диеты и режима физической нагрузки;
- возможна аллергическая реакция организма на применяемые масла, гели, обертывания, маски и прочее.

Я подтверждаю, что данный документ был мной прочитан и его содержание мне понятно. Мне достаточно полученной информации, чтобы дать данное информированное и осознанное согласие на проведение процедуры массажа и (или) обертывания.

ПОСЕТИТЕЛЬ