

ВИТАЛОГИКА

Договор составлен в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 №736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг...».

До заключения договора Исполнитель уведомляет Потребителя 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 за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

_____ « ____ » _____ 202__ г.
(фамилия, инициалы) (подпись)

Договор № _____ на оказание платных медицинских услуг

МО, г.о. Одинцовский, с. Ромашково

« ____ » _____ 202 г.

Общество с ограниченной ответственностью «МЕСТО ЗДОРОВЬЯ» (сокращенное название – ООО «МЕСТО ЗДОРОВЬЯ»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице администратора-кассира _____, действующего на основании Доверенности № _____ от _____ 202__ г, с одной стороны, и

_____ (фамилия, имя, отчество физического лица)

именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, а вместе, именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

Основные понятия:

«Платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;

«Потребитель» - физическое лицо, получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором.

Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

«Исполнитель» - медицинская организация независимо от организационно-правовой формы, оказывающая платные медицинские услуги в соответствии с договором.

1. Предмет Договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности и согласно Прейскуранту цен (тарифов) на медицинские услуги, а Потребитель обязуется принять и оплатить оказанные услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

1.2. Перечень, количество, стоимость и сроки оказания медицинских услуг, оказываемых Потребителю в соответствии с настоящим Договором, указываются в Приложениях к настоящему Договору.

1.3. Сведения о лицензии ООО «МЕСТО ЗДОРОВЬЯ» на осуществление медицинской деятельности: Лицензия №Л041-01162-50/03896234 от 03.12.2025, выдана Министерством здравоохранения Московской области, срок действия – бессрочно.

1.4. Исполнитель оказывает услуги по месту осуществления деятельности, а именно по адресу: 143025, Московская область, г.о. Одинцовский, село Ромашково, проезд Рублевский, д.41, ежедневно с 8:00 до 20:00.

1.5. Исполнитель оказывает медицинские услуги с использованием современных медицинских технологий, квалифицированными специалистами, находящимися с Исполнителем в договорных отношениях.

2. Порядок, условия, срок предоставления платных медицинских услуг

2.1. Платные медицинские услуги оказываются Исполнителем с соблюдением требований Закона Российской Федерации N 2300-1 «О защите прав потребителей», Федерального закона N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановления Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», а также в соответствии со стандартами и порядками оказания медицинской помощи», с соблюдением лицензионных требований и условий.

2.2. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, а также в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации, утвержденными в установленном порядке.

2.3. Платные медицинские услуги оказываются Потребителю согласно перечню работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя, осуществление которых разрешено Исполнителю лицензией, в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, в полном объеме стандарта медицинской помощи, либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи по письменному согласию Потребителя.

2.4. Потребитель подтверждает, что до подписания настоящего Договора Исполнитель уведомил его и предоставил для ознакомления в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

- местонахождение, режим работы Исполнителя, основной государственный регистрационный номер и идентификационный номер налогоплательщика Исполнителя;
- адрес сайта в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» Исполнителя (<https://vitalogika.ru/>);
- о лицензии на осуществление медицинской деятельности, ее номере, сроках действия, а также информация об органе, выдавшем указанную лицензию;
- информацию о видах медицинской деятельности, осуществление которых разрешено Исполнителю лицензией путем ознакомления с выпиской из реестра лицензий, размещенной на интерактивной информационной панели возле стойки администратора и на официальном сайте Исполнителя (<https://vitalogika.ru/>);
- информацию о том, что Исполнитель не участвует в системе обязательного медицинского страхования (далее - ОМС), о возможности получения медицинской помощи бесплатно в рамках программы государственных гарантий на оказание бесплатной медицинской помощи ОМС в другой организации;
- информацию о медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информацию о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
- информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- перечень платных медицинских услуг с указанием цен в рублях путем ознакомления с Прейскурантом, размещенным на интерактивной информационной панели возле стойки администратора и на официальном сайте Исполнителя (<https://vitalogika.ru/>);
- сроки ожидания предоставления платных услуг;
- информацию о стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основании которых оказываются медицинские услуги (<https://pravo.gov.ru/>, <https://minzdrav.gov.ru/>).
- информацию о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях;
- уведомил о том, что несоблюдение указаний (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 здоровья Потребителя;
- ознакомил с правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736);
- ознакомил с Правилами предоставления платных медицинских услуг в ООО «МЕСТО ЗДОРОВЬЯ»;
- ознакомил с Порядком осуществления видеонаблюдения в целях усиления мер по антитеррористической и пожарной безопасности, осуществления личной безопасности работников и пациентов, контроля качества оказания медицинской помощи.

2.5. Подписав настоящий Договор, Потребитель подтверждает, что он добровольно согласился на оказание Потребителю медицинских услуг на платной основе.

2.6. Предоставление медицинских услуг осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, а также согласия Потребителя на обработку персональных данных.

2.7. В случае не предоставления или предоставления недостоверной информации или несвоевременного предоставления информации, предусмотренной п.п. 3.3.2, 3.3.3 Договора Исполнитель не отвечает за наступление неблагоприятных последствий в связи с не предоставлением такой информации.

2.8. Сроки ожидания начала предоставления медицинских услуг, а также сроки непосредственного предоставления медицинских услуг определяются датой и временем обращения Потребителя к Исполнителю в соответствии со ст. 190 ГК РФ, являются приблизительными, поскольку зависят от состояния здоровья Потребителя, выявления/не выявления в рамках диагностических процедур противопоказаний к проведению той или иной медицинской манипуляции, графика работы Исполнителя и медицинских работников, и составляют не более 24 часов после факта обращения Потребителя к Исполнителю. В случае длительного предоставления медицинских услуг, длящегося по времени более 24 часов и предполагающего этапность и составление медицинского плана с учетом периода, необходимого для восстановления организма Потребителя по завершении определенного этапа предоставления медицинских услуг, приблизительные сроки фиксируются в плане лечения (медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях), либо в дополнительном соглашении и приложениях к настоящему договору и согласуются с Потребителем.

2.9. Предоставление услуг по Договору происходит в порядке предварительной записи Потребителя на приём. Предварительная запись Потребителя на приём осуществляется через регистратуру Исполнителя посредством телефонной или иной связи. В особых случаях, включая необходимость получения экстренной неотложной помощи, услуги предоставляются Потребителю без предварительной записи и/или вне установленной очереди.

2.10. При опоздании Потребителя на приём более чем на 15 минут, для исключения ущемления прав других Потребителей, Исполнитель имеет право отказать в обслуживании Потребителя в текущий момент и перенести время приёма на имеющееся свободное в течение этого или другого дня время.

2.11. Потребитель соглашается с тем, что:

- До заключения Договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя о том, что несоблюдение всех назначений, предписаний, указаний и рекомендаций Исполнителя и специалистов, предоставляющих медицинские услуги, направленных на достижение и сохранение результатов лечения, включая соблюдение назначенного режима лечения; соблюдение дат и времени визитов/приёмов, соблюдение режима распорядка дня, питания, приёма лекарственных средств, соблюдение иных ограничений, обеспечивающих эффективность проводимых медицинских мероприятий, а также несвоевременное уведомление Потребителем Исполнителя об имеющихся у него заболеваниях и/или патологиях, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

- Так как результат предоставления медицинской услуги всегда носит нематериальный характер и выражается в достижении определённого состояния, и так как действия биологических законов и процессов, затрагиваемых при медицинском вмешательстве, не подвластны ни абсолютному контролю, ни воле со стороны человека, то Исполнитель, по независящим как от него, так и от Потребителя причинам, не может гарантировать только лишь положительный результат предоставленной медицинской услуги. Даже при надлежащем выполнении обеими сторонами своих обязательств по договору, применении самых результативных и зарекомендовавших себя достижений современной медицинской науки, результат предоставления медицинской услуги не является на 100 % прогнозируемым и может выражаться как в восстановлении, улучшении, так и в отсутствии каких-либо изменений и даже в ухудшении патологических процессов.

- Если к моменту окончания предоставления конкретных медицинских услуг, указанных в Договоре, он не предъявляет претензий к Исполнителю, услуга считается предоставленной в полном объёме.

- Ему была предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объёмов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

- В помещениях Исполнителя проводятся открытая и скрытая видеосъёмка с видео- и аудиозаписью в антитеррористических целях, в целях обеспечения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, в том числе для безопасности персонала, а также безопасности прав пациентов при оказании медицинских услуг, путем установления видеокамер со звукозаписывающими устройствами. Исполнитель гарантирует Потребителю, что видео- и аудиозаписи, сделанные на территории Исполнителя, не подлежат разглашению, размещению, использованию и передаче третьим лицам. Хранение аудио- и видеоматериала осуществляется только на территории Исполнителя на специальных электронных носителях с ограниченным кругом доступа.

- Проведение видеонаблюдения и фиксации данных не влечет нарушение его права на частную жизнь, а также подтверждает свое согласие на проведение видеонаблюдения у Исполнителя и на его территории.

- Полученные фото- и видеоматериалы, а также иные сведения, которые характеризуют физиологические и биологические особенности человека, не будут использоваться Исполнителем для целей установления личности Потребителя, а потому не являются биометрическими персональными данными, и их обработка не требует письменного согласия Потребителя на обработку биометрических персональных данных.

2.12. Потребитель удостоверяет, что на момент заключения Договора:

- Ему не был поставлен диагноз «наркомания» по результатам медицинского освидетельствования в соответствии с Федеральным законом от 08.01.1998 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах». В случае постановки диагноза «наркомания» Потребитель обязан уведомить об этом Исполнителя.

- Он не признан судом недееспособным вследствие психического расстройства и над ним не установлена опека, равно как и то, что он и не ограничен судом в дееспособности вследствие наличия психического расстройства или пристрастия к азартным играм, злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами и над ним не установлено попечительство. В случае изменений в части данного пункта Договора, Потребитель обязан уведомить об этом Исполнителя.

3. Права и обязанности Сторон

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги, указанные в Приложениях к настоящему Договору, в полном объеме с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации,

3.1.2. После оказания Потребителю медицинских услуг предоставлять Акт сдачи-приемки услуг в порядке, определенном разделом 5 настоящего Договора.

3.1.3. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.

3.1.4. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

3.1.5. Немедленно извещать Потребителя о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.1.6. В случае обнаружения заболеваний у Потребителя, о которых не было известно при подписании Договора, предложить методы дальнейшей диагностики и лечения с учетом имеющихся противопоказаний.

3.1.7. Предупредить Потребителя, если требуются дополнительно оплачиваемые медицинские услуги. Оказывать дополнительные услуги только после получения согласия Потребителя путем подписания дополнительного Приложения к настоящему договору.

3.1.8. Соблюдать требования конфиденциальности персональных данных Потребителя и неразглашения сведений, составляющих врачебную тайну, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ, либо получения письменного согласия Потребителя на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, указанным им третьим лицам;

3.1.9. Обеспечить Потребителю непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние

его здоровья.

3.1.10. После исполнения обязательств по договору выдать Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

3.1.11. Поддерживать необходимый санитарно-гигиенический и противоэпидемический порядок на своей территории при оказании медицинских услуг и требовать того же от Потребителя.

3.1.12. Сообщать Потребителю об изменении своих данных, включая банковские реквизиты, адрес для направления корреспонденции, адрес электронной почты и телефон в течение 3 (трех) рабочих дней с даты их изменения.

3.2. Исполнитель вправе:

3.2.1. При выявлении противопоказаний к оказываемым услугам отказать Потребителю в проведении лечебно-диагностических процедур.

3.2.2. Требовать от Потребителя предоставления сведений и документов, необходимых для оказания услуг по настоящему Договору.

3.2.3. Не приступать к оказанию услуг до момента передачи Потребителем подписанного Договора, а также приостановить оказание медицинских услуг в случае неисполнения Потребителем обязательств по оплате согласно п.4.3 Договора.

3.2.4. Привлекать третьих лиц для оказания медицинских услуг. Ответственность за медицинские услуги, оказанные третьими лицами, несет Исполнитель.

3.2.5. Заменить лечащего врача при наступлении объективной невозможности проводить лечение данным специалистом.

3.2.6. Изменять Прейскурант в период действия Договора. Информация об изменении стоимости медицинских услуг и измененный Прейскурант доводятся до Потребителя путем размещения на интерактивной информационной панели возле стойки администратора и сайте клиники (<https://vitalogika.ru>).

3.2.7. Отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем правил внутреннего распорядка медицинской организации, рекомендаций и назначений специалистов и нарушении режима работы Исполнителя.

3.3. Потребитель обязан:

3.3.1. Оплатить оказанные Исполнителем медицинские услуги согласно Прейскуранту цен, в порядке, определенном разделом 4 Договора.

3.3.2. Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения на момент заключения настоящего Договора и в течение его действия.

3.3.3. При предоставлении медицинских услуг немедленно сообщать Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) о любых изменениях самочувствия, побочных эффектах, аллергических реакциях и т.п., а также при первой возможности информировать медицинского работника о невыполнении сделанных назначений и причинах этого.

3.3.4. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору.

3.3.5. Неукоснительно соблюдать и выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги.

3.3.6. Отказаться на весь период предоставления медицинских услуг по настоящему Договору, от употребления алкогольсодержащих напитков, наркотических средств, психотропных препаратов и лекарств их содержащих (за исключением назначенных и согласованных медицинским работником).

3.3.7. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Исполнителем (медицинским работником, предоставляющим платные медицинские услуги) употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав и т. д.

3.3.8. Соблюдать график приема медицинских работников, предоставляющих медицинские услуги по настоящему Договору.

3.3.9. При невозможности явиться на лечение в оговоренное время, не позднее, чем за 24 (двадцать четыре) часа до его наступления сообщить Исполнителю и согласовать другое время.

3.3.10. Во время нахождения на территории Исполнителя соблюдать Правила внутреннего распорядка медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

3.3.11. Сообщать Исполнителю об изменении своих данных, включая паспортные данные, адрес для направления корреспонденции, адрес электронной почты и телефон в течение 3 (трех) рабочих дней с даты их изменения.

3.3.12. Подписывать акты сдачи-приемки оказанных услуг Исполнителя.

3.3.13. Ознакомиться со всеми противопоказаниями к конкретной медицинской услуге и подтвердить их отсутствие.

3.3.14. Бережно относиться к имуществу Исполнителя.

3.4. Потребитель имеет право:

3.4.1. Получать информацию об Исполнителе, о предоставляемых им медицинских услугах и ценах на медицинские услуги.

3.4.2. Получать информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях.

3.4.3. Указать лиц, которым может быть передана информация о состоянии его здоровья.

3.4.4. Отказаться от исполнения настоящего Договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору.

3.4.5. Получить у Исполнителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

3.5. Потребитель дает свободно, своей волей и в своем интересе согласие на обработку персональных данных, а также информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, необходимые для исполнения настоящего договора для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.

4. Цена и порядок оплаты услуг

4.1. Цена Договора состоит из совокупной стоимости фактически оказанных Потребителю медицинских услуг.

4.2. Стоимость медицинских услуг определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения настоящего Договора, размещенному на сайте Исполнителя (<https://vitalogika.ru/>) и на интерактивной информационной панели возле стойки администратора.

4.3. Потребитель осуществляет оплату медицинских услуг сразу после их оказания наличными денежными средствами в кассу Исполнителя, платежными картами или посредством перечисления на расчетный счет Исполнителя иным удобным для себя способом.

4.3.1. Оплата услуг по лабораторной диагностике осуществляется путем 100% предоплаты в день забора биоматериала.

4.3.2. Потребитель вправе осуществить оплату медицинских услуг путем 100% предоплаты.

4.3.3. Датой оплаты стоимости услуг считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или день внесения денежных средств в кассу Исполнителя

4.4. После оплаты медицинских услуг Потребителю выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых медицинских услуг, установленного образца.

4.5. При возникновении необходимости (по результатам обследования и лечения) оказания Потребителю на возмездной основе дополнительных услуг, стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Потребителя с учетом уточненного диагноза, путем подписания дополнительного Приложения, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора. Без согласия Потребителя, Исполнитель не имеет права предоставлять дополнительные платные медицинские услуги по настоящему Договору.

4.5.1. В случае подписания дополнительного Приложения на предоставление медицинских услуг, их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент подписания Приложения.

4.6. В случае отказа Потребителя после заключения Договора от Услуг, он обязан оплатить фактически понесенные Исполнителем расходы.

4.7. При необходимости возврата уплаченной по Договору суммы, возврату подлежит уплаченная сумма за вычетом фактически понесенных расходов.

4.8. Возврат денежных средств Потребителю осуществляется на основании письменного заявления Потребителя в течение 10 (десяти) дней с момента получения заявления на расчетный счет Потребителя, указанный в заявлении (в случае оплаты услуг безналичным путем), наличными денежными средствами (в случае оплаты услуг в кассу Исполнителя).

5. Порядок сдачи-приемки оказанных услуг

5.1. После оказания медицинских услуг в полном объеме, Потребитель обязан подойти к администратору-кассиру, осуществить оплату и подписать Акт сдачи-приемки оказанных услуг по установленной форме (далее – «Акт»), или составить мотивированный отказ от подписания Акта.

5.2. В случае неполучения Исполнителем подписанного Потребителем Акта сдачи-приемки услуг или мотивированных возражений, Акт сдачи-приемки услуг подписывается Исполнителем в одностороннем порядке, услуги считаются оказанными в соответствии с условиями Договора и принятыми Потребителем в полном объеме. Факт оказания медицинских услуг подтверждается медицинской документацией.

6. Ответственность сторон

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. Исполнитель не несёт ответственности по Договору перед Потребителем в случае возникновения осложнений по вине Потребителя, а именно: невыполнения назначений, предписаний или рекомендаций лечащего врача, несвоевременного сообщения о возникших нарушениях и отклонениях в состоянии здоровья, возникновения у Потребителя осложнений по причине его неявки в указанный срок на профилактический осмотр после предоставления медицинской услуги, а также в случае выявления Потребителем побочных эффектов после процедуры, прописанных в информированных добровольных согласиях на конкретные медицинские услуги.

6.3. В случае преднамеренного или непреднамеренного предоставления Потребителем неверной информации, необходимой для принятия решения о лечении, невыполнения Потребителем назначений, предписаний или рекомендаций Исполнителя, а также нарушения графиков осмотров и методики последующего лечения, Исполнитель не несёт ответственности за конечный результат лечения.

6.4. За просрочку оплаты стоимости оказанных медицинских услуг Потребитель обязан оплатить Исполнителю неустойку в размере 0,1% от неоплаченной суммы за каждый день просрочки платежа.

6.5. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение 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.

6.6. Сторона, для которой создалась невозможность исполнения обязательств по Договору, обязана немедленно, с момента возникновения таковых, в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия или прекращении форс-мажорных обстоятельств. Факты, изложенные в уведомлении, при необходимости должны быть подтверждены компетентным государственным органом.

6.7. Не уведомление или несвоевременное уведомление лишает Сторону права ссылаться на любые форс-мажорные обстоятельства как на основание, освобождающее от ответственности за неисполнение обязательства.

7. Порядок разрешения споров, претензии Сторон

7.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора Стороны вправе решать по возможности путем переговоров, в том числе в претензионном порядке.

7.2. Все претензии оформляются в письменном виде. Претензия должна быть направлена почтой России по фактическому адресу Исполнителя, указанному в разделе 15 Договора. Датой получения претензии считается день вручения письма, который указан в уведомлении о вручении или на сайте «Почты России».

7.3. При предъявлении Потребителем требований в претензии, Исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей".

7.4. При не урегулировании Сторонами спора в досудебном порядке, споры разрешаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

8. Порядок изменения и расторжения Договора

8.1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.

8.2. Договор может быть досрочно расторгнут по соглашению Сторон.

8.3. Настоящий Договор может быть расторгнут Потребителем в одностороннем порядке с предупреждением Исполнителя за 5 (пять) дней до даты расторжения. Уведомление об одностороннем отказе от Договора оформляется Потребителем в письменной форме и направляется Исполнителю почтой России или нарочно.

8.4. В случае расторжения настоящего Договора Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору, а Исполнитель осуществляет возврат денежных средств, за вычетом фактических расходов в порядке и сроки, установленные п. 4.8 Договора.

8.5. Неявку Потребителя на приём к лечащему врачу без предупреждения не позднее, чем за 24 часа до времени приёма Исполнитель может рассматривать как односторонний отказ Потребителя от исполнения договора в части конкретного приёма.

8.6. Исполнитель в соответствии со ст. 36 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения договора с Потребителем в случае, если Исполнитель уведомил Потребителя об обстоятельствах, зависящих от него и способных снизить качество предоставленной медицинской услуги, но Потребитель такие обстоятельства не устранил.

8.7. Исполнитель имеет право расторгнуть Договор в одностороннем досудебном порядке, уведомив об этом Потребителя за 5 (пять) дней до даты расторжения, потребовать оплаты Потребителем фактически оказанных Исполнителем к моменту расторжения Договора услуг в случае, если предоставление Исполнителем согласованных Сторонами услуг может вызвать неблагоприятные последствия для Потребителя, а также в случаях, когда:

- Потребитель не оплатил медицинские услуги в установленный срок (в день оказания услуг);
- Потребитель не подписал информированное добровольное согласие на конкретную медицинскую услугу;
- Потребитель не согласен с назначениями, предписаниями, указаниями и рекомендациями специалистов Исполнителя;
- Специалист Исполнителя выявил у Потребителя противопоказания к предоставлению медицинских услуг;
- Специалист Исполнителя не имеет возможности предоставить необходимые Потребителю медицинские услуги.
- Потребитель был уведомлен о необходимости дополнительных исследований и консультаций, а также о том, что его отказ приведёт к невозможности качественного предоставления услуги, однако не изменил своего решения относительно данных назначений, предписаний, указаний и рекомендаций.
- Потребитель не выполнил назначения, предписания, указания и рекомендации специалистов Исполнителя.
- Потребитель несвоевременно сообщил о возникших нарушениях и отклонениях в состоянии здоровья либо у Потребителя возникли осложнения по причине его неявки в указанный срок на профилактический осмотр после предоставления медицинской услуги.

Уведомление об одностороннем отказе от Договора оформляется Исполнителем в письменной форме и направляется Потребителю почтой России или на электронный адрес, указанный в разделе 15 Договора.

8.8. Исполнитель вправе без предварительного согласования с Потребителем в одностороннем порядке вносить изменения в Прейскурант цен на медицинские услуги, Правила поведения пациентов в медицинской организации. Подобные изменения вступают в силу с момента введения их в действие Исполнителем. Потребитель согласен, что он обязан сам отслеживать все изменения в вышеуказанных документах на сайте Исполнителя <https://vitalogika.ru> и подтверждает, что при следующих обращениях к Исполнителю он обязан до предоставления ему медицинских услуг ознакомиться с актуальными версиями этих документов и быть согласным с ними.

8.9. Исполнитель имеет право приостановить оказание услуг по Договору, в случае возникновения задолженности по оплате предоставленных медицинских услуг по Договору на срок, превышающий 1 (один) календарный день.

9. Порядок и условия выдачи документов

9.1. Порядок и условия выдачи Потребителю после исполнения договора Исполнителем медицинских документов (копий медицинских документов, выписок из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после предоставления ему платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях определяются приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них».

9.2. Исполнитель по обращению Потребителя без взимания дополнительной платы выдает следующие документы, подтверждающие фактические расходы Потребителя на оказанные медицинские услуги: копию Договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему, справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы по установленной форме.

10. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

10.1. В соответствии с приказом Минздрава России от 12.11.2021 № 1051н Потребитель даёт 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, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи у Исполнителя.

10.2. Согласно п. 36 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736, платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя.

10.3. Согласно ч. 7 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» информированное добровольное согласие на предоставление медицинских услуг оформляется в виде документа на бумажном носителе, подписанного Потребителем и медицинским работником.

11. Согласие на обработку персональных данных

11.1. Потребитель в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждает своё согласие на обработку его персональных данных Исполнителем, включающих: фамилию; имя; отчество; пол; дату рождения; номер и серию основного документа, удостоверяющего личность; сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе; адрес регистрации, контактный(е) телефон(ы), адрес(а) электронной почты, гражданство, сведения о близких родственниках, СНИЛС, ИНН, фотографическое изображение, аудиозаписи телефонных разговоров, сведения об оказанных услугах, данные о состоянии его здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью (в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и предоставления медицинских услуг) при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

11.2. Исполнитель обрабатывает персональные данные Потребителя в целях соблюдения норм законодательства РФ, а также с такими целями как: заключение и исполнение договоров; информирование о новых услугах, акциях; подготовка индивидуальных предложений; ведение рекламной деятельности; соблюдение норм по охране труда, личной безопасности и сохранности имущества; контролирование количества и качества оказываемых услуг; обеспечение пропускного режима.

11.3. В процессе предоставления Исполнителем Потребителю медицинских услуг Потребитель предоставляет право сотрудникам Исполнителя передавать свои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Исполнителя, в интересах обследования и лечения Потребителя.

11.4. Потребитель предоставляет Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с персональными данными Потребителя, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Исполнитель вправе обрабатывать персональные данные Потребителя посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

11.5. В целях, указанных в п. 11.2 Договора, Потребитель соглашается на передачу персональных данных в организации, с которыми у Исполнителя заключен Договор о сотрудничестве. Потребитель признает и подтверждает, что в случае необходимости предоставления персональных данных для достижения указанных в п. 11.2 Договора целей, Исполнитель вправе в необходимом объёме передавать персональные данные третьим лицам, их агентам и иным уполномоченным ими лицам, а также предоставлять таким лицам соответствующие документы, содержащие персональные данные Потребителя.

11.6. Потребитель оставляет за собой право отозвать согласие на обработку персональных данных посредством составления соответствующего письменного заявления, которое может быть направлено Потребителем в адрес Исполнителя по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку представителю Исполнителя.

11.7. В случае получения письменного заявления Потребителя об отзыве согласия на обработку персональных данных Исполнитель обязан прекратить их обработку в сроки, установленные законодательством РФ.

12. Согласие на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну

12.1. Потребитель в соответствии с ч. 4 и ч. 5 ст. 22 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ осознанно **запрещает** Исполнителю разглашать сведения, составляющие врачебную тайну, включая непосредственное ознакомление с его медицинской документацией, а также получение медицинских документов (их копий) и выписок из них, в том числе после его смерти, супругу (супруге), близким родственникам (детям,

родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам), либо иным лицам за исключением:

(Ф.И.О. лица)

(Ф.И.О. лица)

13. Прочие условия

13.1. Потребитель даёт своё согласие на отправку ему Исполнителем документов, содержащих сведения о его персональных данных, а также сведения, составляющие врачебную тайну (сведения о факте обращения Потребителя за предоставлением медицинских услуг, состоянии его здоровья и диагнозе, а также иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, в том числе результаты медицинских анализов и обследований, копии медицинской документации, выписки, заключения, медицинские справки и др.) через незащищенные каналы связи по электронной почте, указанной в разделе 15 Договора. Отправка документов осуществляется только после получения на адрес электронной почты Исполнителя соответствующего запроса, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Потребителя, либо скан-копии или фото высокого разрешения соответствующего запроса, подписанного рукописной подписью при условии указания адреса электронной почты Потребителя в разделе 15 Договора и отправки запроса с указанного адреса. О возможных последствиях потери конфиденциальности и раскрытия врачебной тайны Потребитель предупреждён.

13.2. Потребитель даёт своё согласие на отправку ему Исполнителем сообщений рекламного характера о проводимых акциях на медицинские услуги, персональных предложениях, скидках, напоминаний о записи на прием к специалисту или исследованию, опросов о качестве обслуживания, а также другой информации и разрешает Исполнителю использовать любые средства связи, в том числе электронную почту, SMS, MMS, мессенджеры.

(ФИО Потребителя)

(подпись)

« _____ » 202__ г

13.3. Потребитель предупрежден о возможных рисках, существующих при отправке информации по электронной почте, текстовыми смс-сообщениями при которых Исполнитель не несет ответственности, в том числе:

- о возможности доступа третьих лиц к направляемой информации в процессе и/или в результате ее пересылки (в том числе, но не исключительно, несанкционированного доступа к оконечному оборудованию пользователя, прямой или случайной передачи пароля, незаконных действий третьих лиц);

- неполучения информации по различным причинам, не зависящим от отправителя (электронная почта переполнена, заблокирована или недоступна, настройки и правила обработки сообщений электронной почты на почтовом сервере не позволяют принимать сообщения интернет-домена отправителя, технические и другие причины);

- повреждений файлов.

13.4. Исполнитель вправе самостоятельно определять формат и размер передаваемой информации.

13.5. Дистанционная передача информации является правом, а не обязанностью Исполнителя. Исполнитель вправе приостановить или прекратить дистанционную передачу информации.

14. Заключительные положения

14.1. Договор вступает в силу с даты подписания уполномоченными представителями обеих сторон.

14.2. Договор заключен на неопределенный срок.

14.3. Каждая из Сторон вправе расторгнуть договор по основаниям, указанным в разделе 8 Договора, уведомив другую сторону за 5 (пять) дней до предполагаемой даты расторжения.

14.4. Договор на оказание медицинских услуг заключён в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

14.5. Все приложения и дополнительные соглашения, подписанные Сторонами в процессе действия Договора, являются его неотъемлемой частью.

14.6. Все изменения и дополнения к Договору, требующие взаимного согласия Сторон, будут действительны только в случае, если они совершены в письменной форме и подписаны Сторонами.

14.7. Стороны признают юридическую силу Договора, подписанного с помощью факсимильного воспроизведения подписи посредством механического или иного копирования, а также усиленной квалифицированной электронной подписи.

14.8. Подписание Договора свидетельствует о том, что Потребитель ознакомлен и согласен со всеми условиями Договора, в том числе с информированным добровольным согласием на медицинское вмешательство (раздел 10 Договора), согласием на обработку персональных данных (раздел 11 Договора), согласием на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну (раздел 12 Договора), а также со следующими отдельными документами: Прейскурантом цен на медицинские услуги, Правилами поведения пациентов в медицинской организации, Правилами предоставления платных медицинских услуг в ООО «МЕСТО ЗДОРОВЬЯ», Порядком осуществления видеонаблюдения.

14.9. Во всем остальном, что не отражено в настоящем Договоре, стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

15. Юридические адреса и банковские реквизиты Сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

**Общество с ограниченной ответственностью
«МЕСТО ЗДОРОВЬЯ»**

Юридический адрес: 143025, Московская область, г.о.
Одинцовский, село Ромашково, проезд Рублевский, д.41

Фактический/почтовый адрес: 143025, Московская область,
г.о. Одинцовский, село Ромашково, проезд Рублевский, д.41
ИНН: 5018222155 КПП: 503201001

ОГРН: 1255000078354

Банковские реквизиты:

Р/с 40702810438720029668 в ПАО «Сбербанк»

К/с 30101810400000000225

БИК: 044525225

Телефон: +7 (977) 500-94-16; +7 (495) 045-61-61

Электронная почта: info@vitalogika.ru

От имени Исполнителя:

Администратор-кассир по доверенности

№ _____ от « ____ » _____ 202__ г

_____/_____

ПОТРЕБИТЕЛЬ:

ФИО _____

Паспорт: серия _____ номер _____, выдан _____

« ____ » _____ г

Адрес регистрации:

Адрес проживания:

Телефон: _____

Электронная почта: _____

_____/_____

СМЕТА

МО, г.о. Одинцовский, с. Ромашково

« _____ » _____ 202__ г.

№п/п	Код услуги	Наименование медицинской услуги	Количество	Цена за ед, руб.	Сумма, руб.	Срок оказания (кол-во дней с даты подписания Приложения)
		ИТОГО:				

Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом платных медицинских услуг ООО «МЕСТО ЗДОРОВЬЯ» и составляет

_____ (_____) рублей. НДС не облагается.

Подписи сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

**Общество с ограниченной ответственностью
«МЕСТО ЗДОРОВЬЯ»**

Юридический адрес: 143025, Московская область, г.о. Одинцовский, село Ромашково, проезд Рублевский, д.41

Фактический/почтовый адрес: 143025, Московская область, г.о. Одинцовский, село Ромашково, проезд Рублевский, д.41

ИНН: 5018222155 КПП: 503201001

ОГРН: 1255000078354

Банковские реквизиты:

Р/с 40702810438720029668 в ПАО «Сбербанк»

К/с 30101810400000000225

БИК: 044525225

Телефон: +7 (977) 500-94-16; +7 (495) 045-61-61

Электронная почта: info@vitalogika.ru

От имени Исполнителя:

Администратор-кассир по доверенности

№ _____ от « _____ » _____ 202__ г

_____ / _____

ПОТРЕБИТЕЛЬ:

ФИО _____

Паспорт: серия _____ номер _____, выдан _____

« _____ » _____ г

Адрес регистрации:

Адрес проживания:

Телефон: _____

Электронная почта: _____

_____ / _____

АКТ СДАЧИ-ПРИЕМКИ ОКАЗАННЫХ УСЛУГ

по договору на оказание платных медицинских услуг № _____ от « ____ » _____ г.

МО, г.о. Одинцовский, с. Ромашково

« ____ » _____ 202__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «МЕСТО ЗДОРОВЬЯ» (сокращенное название – ООО «МЕСТО ЗДОРОВЬЯ»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице администратора-кассира _____, действующего на основании Доверенности № _____ от _____ 202__ г, с одной стороны, и

(фамилия, имя, отчество физического лица)

именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, а вместе, именуемые «Стороны», составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. Исполнитель оказал, а Потребитель принял медицинские услуги в согласованном объеме и по согласованной стоимости:

№п/п	Код услуги	Наименование медицинской услуги	Количество	Цена за ед, руб.	Сумма, руб.
ИТОГО:					

2. Стоимость оказанных Потребителю платных медицинских услуг составляет

_____ (_____) рублей _____ копеек.

НДС не облагается.

3. Потребитель подтверждает, что все вышеперечисленные услуги выполнены в соответствии с условиями настоящего Договора об оказании платных медицинских услуг полностью и в срок.

4. На момент сдачи-приемки оказанных услуг Потребитель не имеет претензий по объему, качеству, стоимости и срокам оказания медицинских услуг. Достигнутым результатом полностью удовлетворен.

5. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

Подписи сторон**ИСПОЛНИТЕЛЬ:**

**Общество с ограниченной ответственностью
«МЕСТО ЗДОРОВЬЯ»**

Юридический адрес: 143025, Московская область, г.о. Одинцовский, село Ромашково, проезд Рублевский, д.41

Фактический/почтовый адрес: 143025, Московская область, г.о. Одинцовский, село Ромашково, проезд Рублевский, д.41

ИНН: 5018222155 КПП: 503201001

ОГРН: 1255000078354

Банковские реквизиты:

Р/с 40702810438720029668 в ПАО «Сбербанк»

К/с 30101810400000000225

БИК: 044525225

Телефон: +7 (977) 500-94-16; +7 (495) 045-61-61

Электронная почта: info@vitalogika.ru

От имени Исполнителя:

Администратор-кассир по доверенности

№ _____ от « ____ » _____ 202__ г

_____ / _____

ПОТРЕБИТЕЛЬ:

ФИО _____

Паспорт: серия _____ номер _____, выдан _____

« ____ » _____ г

Адрес регистрации:

Адрес проживания:

Телефон: _____

Электронная почта: _____

_____ / _____



ВИТАЛОГИКА

ООО «МЕСТО ЗДОРОВЬЯ»

143025, Московская область, г.о. Одинцовский, село Ромашково, проезд Рублевский, д.41
тел.: +7 (977) 500-94-16, +7 (495) 045-61-61, info@vitalogika.ru,

лицензия: Л041-01162-50/03896234

выдана Министерством здравоохранения Московской области 03.12.2025 г.

Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг (медицинское вмешательство)

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина), "___" _____ года рождения, паспорт: серия _____ N _____, выдан
"___" _____ г.

зарегистрированный (ая) по адресу: _____

даю информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг мной или лицом, законным представителем которого я являюсь, в ООО «МЕСТО ЗДОРОВЬЯ» 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, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы получения платных медицинских услуг, 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 при получении платных медицинских услуг или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мной лицах, которым в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 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), в том числе после смерти:

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

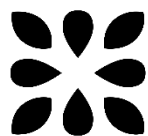
(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

"___" _____ г.



ВИТАЛОГИКА

ООО «МЕСТО ЗДОРОВЬЯ»

143025, Московская область, г.о. Одинцовский, село Ромашково, проезд Рублевский, д.41
тел.: +7 (977) 500-94-16, +7 (495) 045-61-61, info@vitalogika.ru,

лицензия: ЛО41-01162-50/03896234

выдана Министерством здравоохранения Московской области 03.12.2025 г.

Отказ от проведения медицинского вмешательства

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина), "____" _____ года рождения, паспорт: серия _____ N _____, выдан
"____" _____ г. _____,
зарегистрированный (ая) по адресу: _____

при оказании мне (представляемому) медицинской помощи в ООО «МЕСТО ЗДОРОВЬЯ» отказываюсь от
проведения следующих видов медицинских вмешательств:

(наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Мне, согласно моей воле даны полные и всесторонние сведения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (заболевания представляемого), включая данные о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

Мне подробно в доступной для меня форме разъяснены возможные последствия моего отказа (отказа представляемого) от предлагаемого медицинского вмешательства. Я осознаю, что отказ от медицинского вмешательства (лечения) может отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (здоровья представляемого) и даже привести к неблагоприятному (летальному) исходу.

Медицинским работником _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния)

(указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных) вида (видов) медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния))

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

Я, _____
не буду иметь каких-либо претензий к ООО «МЕСТО ЗДОРОВЬЯ» в случае развития негативных последствий вследствие моего решения.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и поняты. Добровольно, пользуясь своим правом, предусмотренным пунктом 8 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ, отказываюсь от проведения медицинского вмешательства (лечения).

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, телефон)

Расписался в моем присутствии

Врач _____
(должность, ФИО) (подпись)

«____» _____ 202__ г. (дата оформления)