

**Договор №**  
**на оказание платных медицинских услуг**

г. Санкт-Петербург

ООО «Меди Лен» («СМ-Клиника»), именуемое в дальнейшем Клиника, в лице главного врача Барбинова Д.В., действующего на основании доверенности, с одной стороны, и

\_\_\_\_\_  
именуемый (ая) в дальнейшем Представитель, с другой стороны, действующий в интересах несовершеннолетнего (ей):

\_\_\_\_\_  
именуемый (ая) в дальнейшем Пациент, совместно именуемые Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора.**

1.1. Клиника оказывает платные медицинские услуги Пациенту по своему профилю деятельности согласно действующему Прейскуранту и лицензии № Л041-01148-78/00355115, выданной 22.07.2020 Комитетом по здравоохранению г. Санкт-Петербурга, находящимся по адресу: 191023, Санкт-Петербург г, Малая Садовая ул, дом № 1, тел. (812) 635-55-64, размещенных также на информационных стендах (стойках) Клиники и на сайте [www.smclinic-spb.ru](http://www.smclinic-spb.ru).

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Клиники, указан в лицензии на осуществление медицинской деятельности Клиники, которая является неотъемлемой частью настоящего договора.

1.2. Перечень и стоимость платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, определяются в соответствии с приложениями к настоящему договору.

1.3. Если иное не согласовано Сторонами, медицинские услуги предоставляются в день обращения за медицинской помощью.

**2. Обязанности сторон.**

2.1. Клиника обязуется:

2.1.1. Предоставить платные медицинские услуги Пациенту, заключившему настоящий договор.

2.1.2. Установить конкретные виды и объем оказываемых медицинских услуг.

2.1.3. Ознакомить Представителя с Прейскурантом предоставляемых медицинских услуг по настоящему договору.

2.1.4. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для оказания медицинской помощи в рамках выполнения обязательств по настоящему договору.

2.1.5. Вести всю необходимую медицинскую документацию.

2.1.6. Оформлять в установленном порядке при амбулаторно-поликлиническом и стационарном лечении листы временной нетрудоспособности Пациента в рамках настоящего договора.

2.1.7. Вести учет видов, объемов, стоимости медицинских услуг, оказанных Пациенту, а также денежных средств, поступивших от Представителя.

2.1.8. Своевременно и в полном объеме производить расчеты в соответствии с условиями настоящего договора.

2.1.9. Представлять по требованию Пациента и (или) Представителя всю необходимую документацию, касающуюся предмета настоящего договора.

2.2. Представитель обязуется:

2.2.1. Своевременно производить необходимые расчеты с Клиникой за оказанные медицинские услуги.

2.2.2. Обеспечить соблюдение Пациентом медицинских предписаний, лечебно-охранительного режима и Правил внутреннего распорядка.

2.2.3. Своевременно извещать медицинский персонал Клиники, оказывающий медицинскую помощь, о наличии у Пациента противопоказаний, аллергий, хронических заболеваний.

2.2.4. Перед получением медицинских услуг ознакомиться с Прейскурантом.

Представитель \_\_\_\_\_

Клиника \_\_\_\_\_

2.2.5. Перед получением информационных услуг путем доступа к электронному личному кабинету ознакомиться с Договором оферты об использовании личного кабинета, размещенном на сайте [www.smclinic-spb.ru](http://www.smclinic-spb.ru). Использование личного кабинета подтверждает согласие Представителя с условиями Договора оферты об использовании личного кабинета.

### **3. Стоимость услуг и порядок расчетов.**

3.1. Оплата оказываемых услуг производится на основании действующего Прейскуранта в день предоставления медицинской услуги или на условиях предоплаты, если иное не согласовано Сторонами.

3.2. Клиника имеет право в одностороннем порядке пересматривать цены на медицинские услуги, оказываемые в рамках настоящего договора, и вводить дополнительные услуги. Измененный Прейскурант размещается в регистратуре и на сайте Клиники, при разночтении преимущество имеет Прейскурант, находящийся в регистратуре. При предоплате конкретных услуг изменение стоимости таких услуг может быть только по согласованию Сторон по договору.

3.3. Настоящим Представитель подтверждает, что ознакомился с Прейскурантом Клиники.

### **4. Порядок оказания услуг.**

4.1. Клиника осуществляет прием Пациента после оформления амбулаторной карты, согласия Представителя на обработку персональных данных, информированного согласия Пациента и (или) Представителя на оказание медицинских услуг и при предъявлении Представителем документа, удостоверяющего личность, свидетельства о рождении Пациента, документа, подтверждающего право Представителя представлять интересы Пациента.

4.2. Клиника предоставляет медицинские услуги Пациенту в соответствии с действующим законодательством РФ и правилами внутреннего распорядка Клиники.

4.3. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения РФ. Настоящим Представитель выражает просьбу и согласен с тем, что специалисты Клиники, при наличии медицинских показаний, вправе оказывать Пациенту объем услуг, превышающий вышеуказанные стандарты.

4.4. Клиника не обеспечивает Пациента лекарственными препаратами и питанием. Клиника не несет ответственность за эффективность и качество лекарственных средств, предоставленных Пациентом и (или) Представителем.

4.5. В случае нарушения Пациентом или Представителем медицинских предписаний и лечебно-охранительного режима, Правил внутреннего распорядка Клиники, отказа Представителя от подписания согласия на обработку персональных данных, согласия Пациента и (или) Представителя на медицинское вмешательство Клиника вправе отказать Пациенту в предоставлении медицинских услуг.

4.6. В случае отказа от предоставления медицинской помощи в соответствии с п. 4.5. настоящего договора Клиника вправе удержать понесенные расходы из оплаченной стоимости медицинской услуги.

4.7. По письменному согласию Пациента и (или) Представителя информация, составляющая врачебную тайну Пациента, может быть передана третьим лицам.

4.8. Сторонами может быть согласован отдельный перечень услуг, оказываемых Пациенту, с указанием конкретных объемов, стоимости и сроков оказания услуг.

4.9. Представитель предупрежден и согласен с тем, что при предоставлении платных медицинских услуг по настоящему договору, может возникнуть необходимость оказания дополнительных платных медицинских услуг.

4.10. Клиника имеет право привлекать третьих лиц для исполнения обязательств по настоящему Договору.

### **5. Ответственность сторон.**

5.1. Клиника несет ответственность за качество предоставляемых медицинских услуг в рамках настоящего договора и выбор методов лечения в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. Клиника не несет ответственности за причиненный вред здоровью Пациента или ненаступление выздоровления Пациента в случае, если вышеуказанные события произошли в результате нарушения Пациентом медицинских предписаний и рекомендаций.

Представитель \_\_\_\_\_

Клиника \_\_\_\_\_

5.3. При наличии задолженности по оплате Клиника вправе приостановить дальнейшее оказание услуг до даты погашения задолженности.

## 6. Срок действия, изменение и прекращение договора.

6.1. Договор вступает в силу со дня его подписания и действует до \_\_\_\_\_ г., если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

6.2. Настоящий договор может быть изменен либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленному в виде Соглашения и подписанному Сторонами.

6.3. Настоящий договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке:

- при письменном уведомлении другой Стороны об этом намерении за 15 (пятнадцать) календарных дней до предполагаемой даты расторжения;
- в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по настоящему договору;
- в других случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.

## 7. Согласие на обработку персональных данных Пациента

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество представителя — полностью)

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
(место регистрации)

паспорт: \_\_\_\_\_ выдан: \_\_\_\_\_  
(серия и номер) (дата и название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие оператору персональных данных ООО «Меди Лен» («СМ-Клиника»), юридический адрес: 198332, г. Санкт-Петербург, ул. Маршала Захарова, д. 20, литер Б, часть пом. 2Н, пом. № 39, на обработку в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг персональных данных несовершеннолетнего \_\_\_\_\_ и Представителя, включающих:

- фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, адрес регистрации, контактный (е) телефон(ы), адрес электронной почты, возраст;
- реквизиты паспорта или иного документа, удостоверяющего личность;
- данные о законных представителях;
- реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (при необходимости их использования при оформлении документации);
- данные о состоянии здоровья ребенка, диагнозе заболевания, о факте обращения за медицинской помощью.

Я предоставляю право работникам Оператора, а также по его поручению, управляющей организации ООО «СМ-Клиника Северо-Запад», юридический адрес: 195197, Санкт-Петербург, ул. Жукова, д. 19, лит. А, пом. 5Н, каб. 319, и организации, осуществляющей лабораторную диагностику, ООО «МЕДИ ЛАБ» (юридический адрес: 195197, г. Санкт-Петербург, ул. Жукова, д. 19, лит. А, пом/офис 5Н/408), ООО «ЛДЦ» (юридический адрес: 125130, г. Москва, Старопетровский проезд, 7А, стр.19, э. 3, пом. IV, ком. 11.; фактический адрес: 109316, Москва, Волгоградский пр-кт, дом № 42, корпус 1) на обработку моих персональных данных в рамках действующего законодательства РФ, а именно: совершение любых действий (операций) или совокупности действий (операций) с моими персональными данными с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (за исключением распространения) обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) моих персональных данных. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные, в том числе посредством внесения их в медицинские карты, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных по ОМС (договором ДМС), внесения их в электронную базу данных.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку действия настоящего Договора на оказание медицинских услуг.

Я оставляю за собой право отозвать свое Согласие посредством составления соответствующего

Представитель \_\_\_\_\_

Клиника \_\_\_\_\_

письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку (за исключением блокирования и хранения) в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной до этого медицинской помощи.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_

## **8. Особые условия.**

8.1. Клиника не участвует в реализации программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

8.2. Настоящим Представитель подтверждает, что он проинформирован о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в других медицинских учреждениях, участвующих в реализации указанных программ.

8.3. Представитель настоящим подтверждает согласие иных законных представителей Пациента на получение медицинских услуг в Клинике.

8.4. Представитель доверяет сопровождающим лицам получать консультации и разъяснения врачей, подписывать приложения к настоящему договору, добровольные информированные согласия на медицинское вмешательство, отказ от медицинского вмешательства, получать сведения, составляющие врачебную тайну Пациента.

## **9. Уведомления и сообщения.**

9.1. Все уведомления и сообщения, направленные Сторонами в связи с исполнением настоящего Договора, должны быть сделаны в письменной форме.

9.2. Стороны обязуются незамедлительно извещать друг друга обо всех изменениях своих реквизитов.

9.3. Представитель подтверждает, что до заключения договора на оказание платных медицинских услуг он и Пациент уведомлены о том, что несоблюдение указаний и рекомендаций 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 его здоровья.

## **10. Прочие условия.**

10.1. Все приложения, дополнения, протоколы и иные изменения к настоящему договору являются его неотъемлемой частью и имеют юридическую силу, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями Сторон.

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

10.3. Все, что не урегулировано настоящим Договором определяется в соответствии с законодательством РФ.

10.4. В соответствии с п.2 ст.160 Гражданского кодекса РФ при подписании настоящего договора и приложений к нему со стороны Клиники может быть использовано факсимильное воспроизведение подписи.

10.5. Представитель имеет право получить доступ к электронному личному кабинету на сайте [www.smclinic-spb.ru](http://www.smclinic-spb.ru) или посредством мобильного приложения «СМ-Клиника» на условиях Договора оферты об использовании личного кабинета. Предоставление доступа к личному кабинету, а также восстановление пароля осуществляется Клиникой исключительно в электронной форме путем направления логина и/или пароля электронным сообщением на номер мобильного телефона, указанный Представителем. Получая доступ к личному кабинету, Представитель соглашается с тем, что информация, направляемая на указанный им номер мобильного телефона, считается полученной лично им, а также несет ответственность за своевременное предоставление Клинике сведений об изменении своего мобильного телефона и за доступ к нему третьих лиц.

Представитель \_\_\_\_\_

Клиника \_\_\_\_\_

## **11. Конфиденциальность.**

11.1. Стороны берут на себя обязательства по соблюдению конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении условий настоящего договора.

11.2. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по настоящему договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой Стороны либо в случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.

## **12. Дистанционная передача информации.**

12.1. Представитель вправе дать согласие на передачу ему информации по электронной почте, голосовыми сообщениями по телефонной связи, текстовыми смс-сообщениями, а также с использованием систем мгновенного обмена сообщениями.

12.2. Предоставлением адреса электронной почты Представитель дает согласие Клинике пересылать информацию, включая обработку и пересылку по электронной почте результатов лабораторной диагностики.

12.3. За исключением особо оговоренных случаев, Клиника не пересылает по электронной почте результаты исследований на инфекционную группу, гистологических и цитологических исследований. Представитель имеет право самостоятельно получить результаты таких исследований непосредственно в Клинике.

12.4. Клиника вправе обезличивать информацию при условии ссылки на номер амбулаторной медицинской карты. При получении обезличенной информации Представитель обязуется самостоятельно проверить соответствие указанного номера номеру амбулаторной медицинской карты Пациента и при обнаружении несоответствия незамедлительно сообщить в Клинику.

12.5. Клиника вправе самостоятельно определять формат и размер передаваемой информации.

12.6. Представитель предупрежден о возможных рисках, существующих при отправке информации, при которых Клиника 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 окончательному 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.

12.7. Дистанционная передача информации является правом, а не обязанностью Клиники. Клиника вправе приостановить или прекратить дистанционную передачу информации.

Мобильный телефон:

Электронная почта:

Я даю согласие на получение информации о специальных предложениях и акциях

Я даю согласие на получение информации в связи с напоминанием о записи

Я даю согласие на опрос по качеству обслуживания

Представитель \_\_\_\_\_

Клиника \_\_\_\_\_

**13. Адреса и реквизиты сторон:**

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ

ФИО \_\_\_\_\_

паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_

Место рождения: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

КЛИНИКА:

ООО «Меди Лен» («СМ-Клиника»)

ИНН 7806236621

КПП 780701001

ОГРН 1167847213522

Местонахождение: 198332, г. Санкт-Петербург, ул. Маршала Захарова, д. 20, литер Б, часть пом. 2Н, пом. № 39

р/с 40702810806000019159

Санкт-Петербургский филиал ПАО

«Промсвязьбанк» г. Санкт-Петербург

к/с 3010181000000000920 БИК 044030920

Телефон: +7 (812) 435-55-55

к договору на оказание платных медицинских услуг №

Сопровождать Пациента при оказании медицинских услуг, давать информированные согласия на медицинские вмешательства и отказ от них, подписывать приложения к договору, другие документы, подтверждающие оказание услуг, вносить от имени Представителя денежные средства, получать информацию, составляющую врачебную тайну Пациента, могут следующие лица:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(указать ФИО, адрес жительства, либо поставить прочерк)

**Примечание: Если судебными актами в отношении конкретного несовершеннолетнего не было вынесено решений о назначении опеки или лишении родительских прав одного или обоих родителей, то законными представителями являются исключительно родители.**

\_\_\_\_\_  
(Подпись Представителя)

Представитель \_\_\_\_\_

Клиника \_\_\_\_\_