



ООО «Центр современной медицины «НОВОМЕД-РОМОДАНОВО»  
РМ, Ромодановский район, п. Ромоданово, ул. Садовая, д.19Д, тел.: 8 (83438) 2-42-37  
Свидетельство о государственной регистрации юридического лица от 10.07.2017г.  
ИНН 1326249108; ОГРН 1171326005454 ИФНС по Ленинскому району г. Саранска  
Сайт [www.novomed-rm.ru](http://www.novomed-rm.ru)

Договор на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

ООО «Центр современной медицины «НОВОМЕД-РОМОДАНОВО», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача **Поросенкова Александра Владимировича**, действующего на основании Устава, лицензии № Л041-01178-13/00574614 от «27» августа 2019г., на осуществление медицинской деятельности. При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), аллергологии и иммунологии, анестезиологии и реаниматологии, дерматовенерологии, колопроктологии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), сердечно-сосудистой хирургии; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; урологии; хирургии; эндоскопии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе профессиональной пригодности. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в косметологии; стоматологии; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; терапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: гастроэнтерологии; инфекционным болезням; кардиологии; косметологии; мануальной терапии; неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; офтальмологии; профпатологии; психотерапии; психиатрии-наркологии; ревматологии; рентгенологии; рефлексотерапии; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; функциональной диагностике; эндокринологии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе профессиональной пригодности; При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); При проведении медицинских освидетельствований: организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством. Лицензия выдана Министерством здравоохранения Республики Мордовия, г. Саранск, ул. Советская, д.35, телефон (8-834-2) 47-68-11 с одной стороны, и

Я \_\_\_\_\_, паспорт: серия \_\_\_\_\_, № \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О.)

кем выдан: \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_,

проживающий (ая) по адресу \_\_\_\_\_

тел. \_\_\_\_\_

*Следующий раздел заполняется только на лиц, не достигших 14 лет, или недееспособных граждан*

Я, \_\_\_\_\_, паспорт: \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

являюсь законным представителем ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

именуемый (ая) далее «Заказчик» с другой сторон, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Исполнитель обязуется оказать Заказчику платные услуги медицинского характера:

- в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

- в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;
- на основе клинических рекомендаций;
- с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации,

в объеме (нужное подчеркнуть): **консультации врачей-специалистов; обследования лабораторные; обследования инструментальные; проведение лечебно-реабилитационных процедур** (указанные в приложении №2 настоящего договора)(далее – услуги), а Заказчик обязуется оплатить полученные услуги, порядке, предусмотренном п. 4,5 договора.

При необходимости оказания дополнительных медицинских услуг Исполнитель обязуется уведомить об этом Заказчика. Заказчик проинформирован и согласен на оказание платных медицинских услуг в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств.

2. Я подтверждаю свое согласие на сбор, обработку, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение моих персональных данных (фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, паспортные данные, адрес проживания, контактный телефон, место работы, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях), в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

В процессе оказания мне медицинской услуги я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам этой организации, в интересах моего обследования и лечения (ФЗ «О персональных данных» Приказ №152-ФЗ от 27.07.2006г.).

Исполнитель и его уполномоченные представители обязуются не разглашать полученные персональные данные Заказчика третьим лицам, однако указанные персональные данные Заказчика могут быть предоставлены в целях защиты жизни, здоровья (подачи экстренного извещения в Центр гигиены и эпидемиологии), прав и свобод человека и гражданина, собственности, обеспечения безопасности общества и государства, по запросам органов, осуществляющих оперативно-розыскную деятельность, дознание, предварительное следствие в рамках расследования уголовного дела, а также по запросу суда.

3. Заказчик должен являться на лечение в установленное время, согласованное с врачом и согласно графику работы специалистов. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для проведения медицинской услуги Исполнитель по согласованию с Заказчиком вправе назначить другого врача или перенести время приема.

4. Заказчик обязуется оплатить получаемую услугу, в том числе дополнительную, согласно действующему прейскуранту, размещенному на информационном стенде (в российских рублях) на момент обращения и оказания услуги. Стоимость услуги по договору определяется в сумме, указанной в наряде (квитанция, акт приемки-передачи оказанных медицинских услуг).

5. Оплата услуг может производиться следующим образом:

- единовременно в полном объеме в момент заключения договора путем внесения наличных денежных средств или посредством банковской пластиковой карты через кассу Исполнителя;
- после оказания услуг Исполнителем путем внесения наличных денежных средств или посредством банковской пластиковой карты через кассу Исполнителя.
- при необходимости предоставления дополнительных медицинских услуг на приеме у специалиста Исполнителя, и выражении согласия Пациентом на их получение – дополнительные медицинские услуги оказываются авансом, после чего выдается Расчет стоимости оказанных медицинских услуг, на основании которого Заказчик производит их оплату непосредственно после оказания соответствующих медицинских услуг путем внесения наличных денежных средств или посредством банковской пластиковой карты через кассу Исполнителя (не позднее, чем в течении суток с момента получения указанного Расчета).

6. Срок оказания услуг указывается в наряде (акт приемки-передачи оказанных медицинских услуг).

7. В целях защиты прав потребителя по обращению Заказчика ООО «Центр современной медицины «НОВОМЕД-РОМОДАНОВО» выдаёт следующие документы:

- копию договора (с приложениями и дополнениями);
- справку об оплате медицинских услуг (по установленной форме);
- рецептурный бланк на медицинские средства (заверенный подписью и личной печатью врача, печатью ООО «Центр современной медицины «НОВОМЕД-РОМОДАНОВО»

8. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует в течение одного календарного года.

9. В случае несвоевременной оплаты Заказчиком стоимости услуги, а также в случае появления Заказчика с признаками употребления алкоголя, наркотических и психотропных веществ Исполнитель имеет право отказать Заказчику в оказании услуги.

10. Изменение и расторжение договора возможно по соглашению сторон в письменной форме.

11. Заказчик вправе отказаться от исполнения договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

12. Исполнитель несет ответственность в случае ненадлежащего исполнения услуги при наличии своей вины.

13. По письменному заявлению Заказчика медицинская карта амбулаторного больного может быть выдана на руки. В случае выдачи Заказчику медицинской карты, он обязан хранить ее. При последующем обращении в учреждение за услугами медицинского характера пациент обязан предоставить ее Исполнителю.

14. После исполнения договора Исполнителем, выдача медицинских документов (копии) медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих 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, производится по письменному заявлению Заказчика (законного представителя заказчика), без взимания дополнительной платы.

15. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимильного воспроизведения подписи. Стороны соглашаются с тем, что настоящий Договор, подписанный с помощью факсимильного воспроизведения подписи, считается заключенным в надлежащей форме.

Настоящий договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до исполнения сторонами своих обязательств, согласно приложению №2 к настоящему договору. До заключения договора на оказание платных медицинских услуг Исполнитель ознакомил Потребителя (Заказчика) с информацией об оказываемых платных медицинских услугах, в том числе: - о медицинских работниках, отвечающих за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (их профессиональном образовании и квалификации); - о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при оказании платных услуг; - о правилах оказания платных медицинских услуг, правилах подготовки к их оказанию, времени оказания услуг, правилах распорядка Исполнителя; - о ценах на платные медицинские услуги, установленными льготами при их оказании.

16. В случае возникновения споров по настоящему договору, стороны обязуются принять все меры к их разрешению путем переговоров. Обращение (жалоба) по вопросам оказания платных медицинских услуг может быть направлена Исполнителю в письменном виде на бумажном носителе по почте, электронном виде с использованием информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" на адрес электронной почты **novomed-saransk@mail.ru**. В случае невозможности их разрешения путем переговоров они будут рассмотрены в соответствии с порядком, установленным действующим законодательством РФ, в том числе в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. N 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

17. Все приложения к настоящему договору являются его неотъемлемой частью.

18. Настоящий договор составлен в двух экземплярах на русском языке, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой стороны. Договор хранится 5 лет в порядке, определенном законодательством Российской Федерации об архивном деле в Российской Федерации.

19. Иная информация об Исполнителе и оказываемых услугах размещена на информационных стендах и сайте Исполнителя в сети «Интернет» <https://www.novomed-rm.ru>

Врач, оказывающий медицинские услуги \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. врача, подпись)

*Исполнитель:*

Главный врач \_\_\_\_\_ *А.В. Поросенков*

*Ф. И. О. Заказчика* \_\_\_\_\_

**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**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф. И. О. гражданина)  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ ,  
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 12 ноября 2021 г. N 1051н даю 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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в обществе с ограниченной ответственностью «Центр современной медицины «НОВОМЕД-РОМОДАНОВО».

Я, получив от сотрудников ООО «Центр современной медицины «НОВОМЕД-РОМОДАНОВО» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в других медицинских учреждениях в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи.

Заказчик подтверждает, что он добровольно согласился на оказание платных медицинских услуг.

Мне, медицинскими работниками ООО «Центр современной медицины «НОВОМЕД-РОМОДАНОВО» в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил (а) исчерпывающие ответы. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Я 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 и других исследований крови, 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 и других мероприятий. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

Я извещен (а) 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. Я предупрежден (а) и осознаю, что отказ от лечения, 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, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Настоящее соглашение является приложением к договору на оказание платных медицинских услуг.

Я ознакомлен (а) и согласен (на) со всеми пунктами договора на оказание платных медицинских услуг, приложений положения которых мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме

Я поставил (на) 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.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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,

---

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

---

(подпись)

---

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

---

(подпись)

---

(Ф. И. О. медицинского работника)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.  
(дата оформления)