

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, _____
фамилия, имя, отчество – полностью
_____ года рождения, проживающий (ая) по адресу: _____

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

Я, паспорт _____
выдан: являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица,
признанного недееспособным _____

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

- Мне даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);
- Я ознакомлен (а) с распорядком работы и правилами обслуживания в поликлинике ООО «Данко» и обязуюсь их соблюдать;
- Добровольно даю свое согласие на проведение опроса, в том числе выявления жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию, вагинальное исследование, (для женщин), ректальные исследования, антропометрические исследования, термометрию, неинвазивные исследования органов зрения и зрительных функций, исследования нервной системы (чувствительной и двигательной сферы), неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций, лабораторные методы исследования, в том числе: клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, серологические, иммунологические, функциональные методы исследования, в том числе ЭКГ, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование ЭКГ, спирографию, пневмотахиметрию, пикфлоуметрию, реоэнцефалографию, электроэнцефалографию, кардиотокографию (для беременных); рентгенологические методы исследования, в том числе флюорографию (для лиц старше 15 лет) и рентгенографию, компьютерную томографию, магниторезонансную томографию, ультразвуковые исследования и доплерографические исследования; введение

лекарственных препаратов по назначению, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно; медицинский массаж, лечебную физкультуру, стоматологические услуги, анестезию;

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

- 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, о возможности отказа от медицинского вмешательства;

- Я предупрежден (а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- Я поставил (а) 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 (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

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

- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени и характере моего заболевания моим: 1. родственникам, 2. законным представителям, 3. гражданам:

- я информирован (а) о программе государственных гарантий без взимания платы в государственных учреждениях.

« ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись пациента/законного представителя _____

Расписался в моем присутствии: Врач (ф., и., о., подпись)

подпись

подпись пациента

подпись

подпись пациента

МЫ ЖЕЛАЕМ ВАМ ЗДОРОВЬЯ!

Изготовлено и отпечатано в ООО «Типография», ИНН 1103028521, г. Воркута, ул. Ленина, 4-а, 2025 г., тел. 3-98-95

ДОГОВОР
на оказание платных медицинских услуг

г. Воркута

«___» _____ 20__ г.

ООО «Данко», именуемое в дальнейшем «Учреждение», действующее на основании лицензии № ЛО-11-01-002418 от 24.09.2020 г., в лице генерального директора Мельникова А.А., с одной стороны и гр. _____ именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны (за недееспособного строку записывает законный представитель), вступая в гражданско-правовые отношения и руководствуясь ст. 779-783 ГК РФ и Правилами предоставления платных медицинских услуг населению, утвержденными постановлением Правительства РФ от 13.01.1996 г. № 27, заключила настоящий договор нижеследующим:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. На основании медицинских показаний, а также желания Пациента Учреждение предоставляет, а Пациент добровольно оплачивает все услуги в соответствии с прейскурантом услуг, в том числе

1.2. Виды услуг конкретизируются в амбулаторной карте.

2. СРОКИ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ, ИХ СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

2.1. Срок оказания услуг в период времени согласованный сторонами, с учетом медицинских показаний.

2.2. Стоимость услуг устанавливается на основании действующего прейскуранта Учреждения и составляет: _____

Оплата производится в кассу Учреждения, выдается фискальный документ.

2.3. Факт оказания Пациенту услуги означает его добровольное согласие на устное согласование.

2.4. Подписывая данный Договор, Пациент добровольно согласен оплачивать услуги, путем внесения аванса в виде 100 % предоплаты до начала оказания услуги.

2.5. Внесение предоплаты пациентом и оказание услуги персоналом ООО «Данко» осуществляется с добровольного согласия Пациента.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ УЧРЕЖДЕНИЯ

3.1. Учреждение обязано:

- в отношении Пациента вести требуемую медицинскую документацию;
- сохранять врачебную тайну Пациента;
- выдать Пациенту при наличии письменного заявления копии медицинской документации;

3.2. Учреждение имеет право:

- получать от Пациента письменное информационное добровольное согласие на медицинское вмешательство (Приложение 1) и обработку персональных данных (Приложение № 2);
- в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно по жизненным показаниям определять объем диагностических исследований, манипуляций, необходимых для оказания медицинской помощи;
- Пациент предупрежден, что возможно оказание дополнительных платных услуг с увеличением стоимости лечения.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТА

4.1 Пациент имеет право:

- выбрать время визита в соответствии с графиком работы врачей;

4.2. Пациент обязан:

- явиться на прием за 10-15 мин. до назначенного времени;
- информировать врача до оказания услуги о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях, назначениях других врачей;

- точно исполнять назначения и рекомендации медицинского персонала Учреждения, выполнять процедуры, проходить рекомендованное обследование и лечение.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Учреждение несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий Договора в соответствии с законодательством РФ.

5.2. Учреждение не несет ответственности за качество услуги, за возникновение осложнений и неблагоприятного исхода, если это явилось следствием нарушения Пациентом режима лечения, условий настоящего Договора, одновременным получением медицинской услуги в других учреждениях и по иным основаниям, предусмотренных законодательством.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и действует до момента исполнения обязательств. Подписывается в 2-х экземплярах.

6.2. Споры и разногласия решаются путем переговоров или создания Врачебной Комиссии Учреждения при письменном заявлении Пациента.

7. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

7.1. Содержание, режим, объем лечения согласовываются сторонами и отражаются в амбулаторной карте и приложениях;

7.2. Пациент согласен, что при подписании данного Договора и других соглашений Учреждение вправе использовать аналог собственноручной подписи генерального директора, предоставляемой посредством клише с факсимиле подписи, что не противоречит требованиям ст. 160 Гражданского Кодекса Российской Федерации;

7.3. Все приложения в Договоре и созданные в процессе действия Договора рассматриваются сторонами частью Договора.

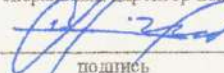
7.4. Пациент информирован о возможности получения медицинской помощи без взимания платы в государственных учреждениях в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания помощи.

7.5. Так как результат оказания медицинской услуги почти всегда носит нематериальный характер и выражается достижением определенного состояния здоровья, и т.к. действия биохимических законов и процессов, затрагиваемых при медицинском вмешательстве не подвластны абсолютному контролю и воле со стороны человека, то Общество с ограниченной ответственностью «Данко» по независящим от него причинам не может гарантировать только лишь положительный результат. Даже при надлежащем выполнении обеими сторонами своих обязательств, применении самых результативных и рекомендованных достижений медицинской науки - результат не является прогнозируемым и может выражаться в восстановлении, улучшении, отсутствии и ухудшении патологических процессов.

Учреждение:
Поликлиника «Данко» (Исполнитель)

г. Воркута, ул. Ленина, 4-а
тел.: 3-98-95
ИНН 1103013402 ОГРН 1103013001
ОГРН 102300810147

Генеральный директор поликлиники «Данко»

 / Мельников А.А./
подпись

«Пациент» (Заказчик)

Ф. И. О. _____

Адрес: _____

Паспортные данные _____

подпись

Изготовлено и отпечатано в ООО «Типография», ИНН 1103028521,
г. Воркута, ул. Ленина, 4-а, 2022 г., тел. 3-98-95

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся _____

(фамилия, имя, отчество полностью)

проживающий(ая) по адресу _____

(место регистрации)

паспорт _____, выдан _____

(серия и номер)

(дата, название выдавшего органа)

_____, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г., № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку в ООО «Данко» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страхового номера Индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС)

Срок хранения моих персональных данных определяет руководство ООО «Данко». Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной «____» _____ 20____ г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителя Оператора.

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

Настоящее согласие дано мной «____» _____ 20____ г. и действует бессрочно.

Подпись субъекта персональных данных _____

(расшифровка подписи)

Контактные телефоны _____

АНКЕТА сбора анамнеза, выявления отягощенной наследственности, жалоб, симптомов, характерных для неинфекционных заболеваний и состояний; определения факторов риска, повышающих вероятность развития хронических неинфекционных заболеваний

Дата обследования (день, месяц, год):									
Ф.И.О.:								Пол: М Ж	
Дата рождения (ЧЧ, ММ, ГГГГ)								Полных лет:	
ООО «Данко»						Врач:			
Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется:								ДА	НЕТ
1.1.гипертоническая болезнь (повышенное артериальное давление)?									
Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения давления?									
1.2.ишемическая болезнь сердца (стенокардия)?									
1.3.цереброваскулярное заболевание (заболевание сосудов головного мозга)?									
1.4.хроническое заболевание бронхов или легких (хронический бронхит, эмфизема, бронхиальная астма)?									
1.5.туберкулез (легких или иных локализаций)?									
1.6.сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови?									
Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара?									
1.7.заболевания желудка (гастрит, язвенная болезнь)?									
1.8.хроническое заболевание почек?									
1.9.злокачественное новообразование?									
Если «Да», то какое?									
1.10.повышенный уровень холестерина?									
Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина?									
Был ли у Вас инфаркт миокарда?									
Был ли у Вас инсульт?									
Был ли инфаркт миокарда или инсульт у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте (до 65 лет у матери или родных сестер, или до 55 лет у отца или <u>родных братьев</u>)?									
Были ли у Ваших близких родственников в молодом или в среднем возрасте злокачественные новообразования (желудка, кишечника, толстой или прямой кишки, поджелудочной железы, предстательной железы, молочной железы, матки, опухоли других локализаций) или семейный аденоматоз диффузный полипоз толстой кишки? (нужное подчеркнуть)									
Возникает ли у Вас, когда поднимаетесь по лестнице, идете в гору или спешите, или при выходе из теплого помещения на холодный воздух, боль или ощущение давления, жжения или тяжести за грудной или в левой половине грудной клетки, с распространением в левую руку?									
Ели Вы останавливаетесь, исчезает ли эта боль (ощущение) в течение 10 минут? (нужное подчеркнуть)									
ДА, исчезает самостоятельно				ДА, исчезает после приема нитроглицерина				НЕТ	

Возникала ли у Вас когда-либо внезапная кратковременная слабость или неловкость при движении в одной руке (ноге) либо руке и ноге одновременно так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройти по комнате?			
Возникало ли у Вас когда-либо внезапное без явных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?			
Возникала ли у Вас когда-либо внезапно без явных причин кратковременная потеря зрения на один глаз?			
Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?			
Бывают ли у Вас свистящие «хрипы» или «свисты» в грудной клетке с чувством затруднения дыхания или без?			
Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?			
Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита?			
Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул?			
Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)?			
Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия?			
Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?			
Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день)			
Если курите, то сколько в среднем сигарет в день выкуриваете? сиг/день			
Сколько минут в день Вы тратите на ходьбу в умеренном или быстром темпе (включая дорогу до места работы и обратно)?		До 30 минут	30 минут и более
Употребляете ли Вы ежедневно около 400 граммов (или 4-5 порций) фруктов и овощей (не считая картофеля)			
Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее?			
Принимали ли Вы за последний год психотропные или наркотические вещества без назначения врача?			
25. Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?			
Никогда (0 б)		<1 в месяц (1 б)	2-4 р в месяц (2 б)
		2-3 р в нед. (3 б)	≥4 раз в нед. (4 б)
26. Какое количество алкогольных напитков (X порций) вы выпиваете обычно за 1 мероприятие?			
1 порция = ИЛИ 30 мл крепкого алкоголя (водки), ИЛИ 100 мл сухого вина, ИЛИ 300 мл пива			
1-2 пор. (0 б)		3-4 пор. (1 б)	5-6 пор. (2 б)
		7-9 пор. (3 б)	≥10 пор. (4 б)
27. Как часто Вы употребляете за один раз 6 или более порций?			
6 порций = ИЛИ 180 мл крепкого алкоголя (водки), ИЛИ 600 мл сухого вина, ИЛИ 1,8 л пива			
Никогда (0 б)		<1 в месяц (1 б)	2-4 р в месяц (2 б)
		2-3 р в нед. (3 б)	≥4 раз в нед. (4 б)
ОБЩАЯ СУММА БАЛЛОВ в ответах на вопросы №№ 25-27 равна баллов			
Передача ВАШИХ данных о П/О в:		НЕ СОГЛАСЕН, подпись 	
МО по месту жительства, прикрепления - выписка		СОГЛАСЕН, подпись 	
ФСС - заключение			

ДОГОВОР №
ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ УСЛУГ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ОБСЛЕДОВАНИЮ РАБОТНИКОВ
(ПРОВЕДЕНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ И ПЕРИОДИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ)

г. Воркута

« _____ » _____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Данко», адрес места нахождения: 169900 г. Воркута ул. Дончука д.8-а, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Мельникова А.А., действующего на основании Устава и Лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-11-01-002418 от 24.09.2020 г., Орган, выдавший лицензию, адрес и телефон: Министерство Здравоохранения Республики Коми г. Сыктывкар, 167981, ул. Ленина, 73, тел. 284-003, ОГРН 1021100810147 Свидетельство о государственной регистрации ЮЛ серия 11 № 000844193 от 15.12.2002 г. Регистрирующий орган: Инспекция Министерства Российской Федерации по налогам и сборам по г. Воркуте, перечень медицинских услуг, оказываемых в соответствии с лицензией (копия прилагается), с одной стороны,

и _____

паспорт: _____

_____, именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется по заданию Заказчика оказывать ему услуги по проведению предварительного (при поступлении на работу)/ периодического (в течение трудовой деятельности) медицинского осмотра Заказчика, а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги.

1.2. Медицинское обследование Заказчика осуществляется в соответствии со ст. 213 Трудового кодекса Российской Федерации, Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 №1006, и Приказом Минздрава России от 28.01.2021 № 29н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда».

2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Провести предварительный/периодический медицинский осмотр Заказчика, на основании направления Работодателя.

2.1.2. По результатам проведенного медицинского осмотра, выдать заключения установленного образца, оформить необходимую медицинскую документацию в соответствии с Порядком и в соответствии с действующими нормативными правовыми актами.

2.1.3. При обращении, составить план проведения предварительного/периодического медицинского осмотра, который согласуется с Заказчиком.

2.2. Заказчик обязан:

2.2.1. Представить следующие документы:

направление; СНИЛС, паспорт (или иной документ, удостоверяющий личность); решение врачебной комиссии, проводившей обязательное психиатрическое освидетельствование (в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации); также, вправе предоставить выписку из медицинской карты

2.2.2. Своевременно оплатить медицинские услуги.

2.2.3. Проходить медицинский осмотр по согласованному плану.

2.2.4. Оформить информированное добровольное согласие на оказание медицинских услуг.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость оказанных услуг определяется согласно действующему на момент оказания медицинской услуги Прейскуранту цен Исполнителя.

3.2. Расчеты между сторонами осуществляются в российских рублях через кассу Исполнителя, либо безналичным перечислением. Оплата медицинских услуг осуществляется в полном объеме

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН, ФОРС-МАЖОР

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора Стороны несут ответственности, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. В случае возникновения обстоятельств непреодолимой силы, которые не могли быть известны заранее и которые нельзя было предвидеть или предупредить их последствия (стихийные бедствия, военные действия, изменения законодательства и т. п.), Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение взятых на себя по Договору обязательств в части конкретных нарушений обязательств, вызванных наступлением обстоятельств непреодолимой силы.

4.3. При наступлении обстоятельств, указанных в п. 4.2 настоящего Договора, каждая Сторона должна без промедления известить о них в письменном виде другую Сторону. Извещение должно содержать данные о характере обстоятельств, а

также официальные документы, удостоверяющие наличие этих обстоятельств и, по возможности, дающие оценку их влияния на исполнение Стороной своих обязательств по настоящему Договору.

4.4. В случае наступления обстоятельств, указанных в п. 4.2 настоящего Договора, срок выполнения Стороной обязательств по настоящему Договору отодвигается соразмерно времени, в течение которого действуют эти обстоятельства и их последствия.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА. УСЛОВИЯ ЕГО ИЗМЕНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ

5.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания обеими Сторонами и действует до выполнения обязательств, предусмотренных данным Договором.

5.2. Настоящий Договор может быть изменен по соглашению Сторон, составленному в письменной форме и подписанному обеими Сторонами.

5.3. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон либо по иным основаниям, установленным законодательством Российской Федерации.

6. ПРОЧЕЕ УСЛОВИЯ

6.1. В части, не урегулированной настоящим Договором, отношения Сторон регулируются законодательством Российской Федерации.

6.2. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров. При не урегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в соответствии с законодательством РФ.

6.3. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой Стороны.

6.4. При невыполнении необходимого объема обследования, заключение не может быть выдано.

6.5. В случае отказа Заказчика от прохождения медицинского освидетельствования по причинам, не зависящим от Исполнителя, удерживается комиссия в размере 10% от стоимости услуги.

7. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель: ООО «Данко»

Адрес места нахождения: 169900 г. Воркута ул. Дончука д.8-а

Телефон: (82151) 2-11-14; (82151) 2-02-11

ИНН/КПП 1103015402/110301001

ОГРН 1021100810111

Свидетельство о государственной регистрации ЮЛ серия 11 № 000844193 от 15.12.2002 г.

Регистрирующий орган: Инспекция Министерства Российской Федерации по налогам и сборам по г. Воркуте

Лицензия № ИО-11-01-000000 от 24.09.2020 г., действующая бессрочно.

Орган, выдавший лицензию: адрес и телефон. Министерство Здравоохранения Республики Коми г. Сыктывкар, 167981, ул. Ленина, д.1, тел. 23-00-00, 23-00-02

Генеральный директор

Мельников А.А.

МП

Заказчик: ФИО _____

Паспортные данные _____

Адрес регистрации _____

Адрес фактического проживания _____

Телефон _____

Подпись _____

Договор получил(а) на руки _____

ДОГОВОР № _____
ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Воркута « _____ » _____ 20 ____ г.
Общество с ограниченной ответственностью "Данко", Адрес места нахождения: 169900 г. Воркута ул. Дончука д.8а, именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице генерального директора Мельникова А.А., действующего на основании Устава и Лицензии № ЛО-11-01-002418 от 24.09.2020 г.; Орган, выдавший лицензию, адрес и телефон: Министерство Здравоохранения Республики Коми г. Сыктывкар, 167981, ул. Ленина, 73, тел 284-003, ОГРН 1021100810147 Свидетельство о государственной регистрации ЮЛ серия 11 № 000844193 от 15.12.2002 г. Регистрирующий орган: Инспекция Министерства Российской Федерации по налогам и сборам по г. Воркуте; перечень медицинских услуг, оказываемых в соответствии с лицензией (копия прилагается), с одной стороны, и

_____, именуемый(ая)
в дальнейшем "Заказчик", дата рождения « _____ » _____ г., паспорт: серия _____ № _____,
выдан _____ « _____ » _____ г. к.-п. _____,

зарегистрированный(ая) по адресу: _____,
с другой стороны, вместе также именуемые "Стороны", заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель на основании обращения Заказчика обязуется оказать ему медицинские услуги по медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к исполнению обязанностей частного охранника, а Заказчик оплачивает Исполнителю оказанные услуги в полном объеме в сумме _____ рублей.

1.2. Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу: г. Воркута, ул. Дончука, д. 8-а.

1.3. Заказчик ознакомлен, что медицинские услуги в рамках настоящего Договора предоставляются в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации, в том числе предъявляемыми к качеству медицинских услуг.

1.4. Медицинские услуги по медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оказываются Заказчику в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.11.2020 года № 1252н "О порядке проведения медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к исполнению обязанностей частного охранника, включающего в себя химико-токсикологические исследования наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов".

1.5. До Заказчика доведена информация о том, что медицинские услуги в рамках настоящего Договора не могут быть оказаны ему бесплатно в рамках государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи и оплачиваются самим Заказчиком в соответствии со статьей 13 Федерального закона от 13.12.1996 г. № 150-ФЗ "Об оружии".

1.6. В рамках Договора Заказчику оказываются следующие медицинские услуги:
- Медицинский осмотр врачом-офтальмологом; - Оформление заключения.

2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Обеспечить Заказчика бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемых Заказчику платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения о: а) медицинской лицензии, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг), соответствующих выполнению обязательств в соответствии с предметом настоящего Договора; б) порядке прохождения полного комплекса медицинских осмотров и исследований в рамках настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг, в соответствии с порядком, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.11.2020 года № 1252н; в) данных о конкретных медицинских работниках, предоставляющих соответствующую платную медицинскую услугу (их профессиональном образовании и квалификации);

2.2. Заказчик обязан:

2.2.1. Своевременно производить расчет с Исполнителем в соответствии с разделом 5 настоящего договора.

2.2.2. Выполнить необходимый объем обследования, предусмотренный настоящим Договором.

2.2.3. Предоставить личные документы, необходимые для оформления медицинской документации и выдачи Заключения.

3. ПРАВА СТОРОН

3.1. Исполнитель имеет право:

3.1.1. Привлекать соисполнителей (врачей специалистов или организаций здравоохранения), специализирующихся на оказании медицинских услуг и обладающих необходимыми разрешениями на оказание соответствующих медицинских услуг.

3.1.2. Рекомендовать (направить) Заказчику для проведения дополнительных консультаций и /или других видов медицинской помощи в другие ЛПУ без каких либо гарантий оплаты со стороны Исполнителя.

3.1.3. Отказаться в одностороннем порядке от исполнения настоящего договора при: отказе от оплаты услуг, отказе Заказчика от медицинского вмешательства.

3.2. Заказчик имеет право:

3.2.1. на предоставление полной и достоверной информации о медицинской услуге;

3.2.2. ознакомиться с документами, подтверждающими специальную правоспособность медицинского учреждения и его специалистов на оказание платной медицинской услуги.

3.2.3. Отказаться в одностороннем порядке от исполнения настоящего договора

4. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

- 4.1. Исполнитель осуществляет медицинский осмотр Заказчика, в оговоренные сроки.
- 4.2. При отказе освидетельствуемого от прохождения психиатрического освидетельствования справка по результатам осмотра врачом-психиатром не выдается.
- 4.3. При получении Исполнителем мотивированных возражений Стороны решают вопрос о порядке и сроках их устранения.

5. ПОРЯДОК РАСЧЕТА

- 5.1. Стоимость оказанных Исполнителем Услуг по настоящему договору определяется, согласно действующему Прейскуранту. Оказание услуг НДС не облагается на основании подпункта 2 пункта 2 статьи 149 Налогового кодекса РФ.
- 5.2. Оплата стоимости оказанных услуг производится Заказчиком в российских рублях в безналичном порядке путем перечисления через кассовый терминал Исполнителя или наличными в кассу Исполнителя.
- 5.3. Оплата производится за фактически оказанные услуги.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 6.1. Все спорные вопросы, связанные с исполнением Договора, стороны будут стремиться урегулировать путем переговоров между ними.
- 6.2. В случае не достижения согласия при рассмотрении спорных вопросов сторона, выдвинувшая требование, направляет другой стороне претензию, которая рассматривается последней в 10-дневный срок с момента ее получения.
- 6.3. Исполнитель за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств, предусмотренных Договором, несет ответственность перед Заказчиком в пределах стоимости оказанной услуги.

7. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ.

- 7.1. Стороны берут на себя обязательства по соблюдению конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.
- 7.2. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной конфиденциальной по настоящему договору, может осуществляться только с письменного согласия другой стороны и в порядке, установленном действующим законодательством РФ.
- 7.3. Конфиденциальной по настоящему договору признается информация о результатах исследований, а также иная информация, разглашение которой может причинить вред интересам Сторон.

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА.

- 8.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и действует до исполнения сторонами обязательств.
- 8.2. Настоящий договор может быть прекращен досрочно: - соглашением сторон; - по основаниям, прямо предусмотренным настоящим договором; - в случае нарушения обязательств одной из сторон по настоящему договору.

9. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

- 9.1. Оформление заключения проводится по предъявлению Медицинского заключения освидетельствования врачом-психиатром, врачом-психиатром-наркологом, химико-токсикологическое исследование наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов. Освидетельствование проводится по адресу: г. Воркута, ул. Яновского, д. 2 в ГБУЗ РК «ВПБ» (оплата производится в кассу ГБУЗ РК «ВПБ»)
- 9.2. Настоящий Договор составлен в 2-х подлинных экземплярах, по одному для каждой из сторон.
- 9.3. В случаях, не предусмотренных настоящим Договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.
- 9.4. Стороны устанавливают, что все возможные претензии по настоящему Договору должны быть рассмотрены сторонами в течение 10 дней с момента получения претензии.
- 9.5. В случае отказа Заказчика от прохождения медицинского освидетельствования по причинам, не зависящим от Исполнителя, удерживается комиссия в размере 10% от стоимости услуги.

10. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

«Исполнитель»: ООО «Данко»

Адрес места нахождения: 169900 г. Воркута ул. Дончука д.8-а; Телефон: (82151) 2-11-14; (82151) 2-02-11

ИНН/КПП 1103015402/110301001 ОГРН 1021100810147

Свидетельство о государственной регистрации ЮЛ серия 11 № 000844193 от 15.12.2002 г.

Регистрирующий орган: Инспекция Министерства Российской Федерации по налогам и сборам по г. Воркуте

Лицензия № ЛО-11-01-002418 от 24.09.2020 г., действующая бессрочно.

Орган, выдавший лицензию, адрес и телефон: Министерство Здравоохранения Республики Коми г. Сыктывкар, 167981, ул. Ленина, 73, тел. 284-003, 284-002

Генеральный директор
МП

Мельников А.А.

«Заказчик»:

ФИО _____

Паспортные данные _____

Адрес регистрации _____

Адрес фактического проживания _____

Телефон _____

Договор на руки получил _____

ДОГОВОР № _____
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ВОДИТЕЛЕЙ ТРАНСПОРТНЫХ СРЕДСТВ
(КАНДИДАТОВ В ВОДИТЕЛИ ТРАНСПОРТНЫХ СРЕДСТВ)

г. Воркута

« _____ » _____ 20 ____ г.

Общество с ограниченной ответственностью "Данко", Адрес места нахождения: 169900 г. Воркута ул. Дончука д.8-а, именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице генерального директора Мельникова А.А., действующего на основании Устава и Лицензии № ЛО-11-01-002418 от 24.09.2020 г., Орган, выдавший лицензию, адрес и телефон: Министерство Здравоохранения Республики Коми г. Сыктывкар, 167981, ул. Ленина, 73, тел. 284-003, ОГРН 1021100810147 Свидетельство о государственной регистрации ЮЛ серия 11 № 000844193 от 15.12.2002 г. Регистрирующий орган: Инспекция Министерства Российской Федерации по налогам и сборам по г. Воркуте; перечень медицинских услуг, оказываемых в соответствии с лицензией (копия прилагается), с одной стороны, и

_____, именуемый(ая)

в дальнейшем "Заказчик", дата рождения « _____ » _____ г., паспорт: серия _____ № _____,

выдан _____ « _____ » _____ г. к.-п. _____,

зарегистрированный(ая) по адресу: _____,

с другой стороны, вместе также именуемые "Стороны", заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1. Настоящий Договор определяет порядок и условия оказания платной медицинской услуги по проведению медицинского освидетельствования на предмет годности к управлению транспортным средством в соответствии с Приказом Минздрава России от 24.11.2021 № 1092н "Об утверждении порядка проведения обязательного медицинского освидетельствования водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств), порядка выдачи и формы медицинского заключения о наличии (об отсутствии) у водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств) медицинских противопоказаний, медицинских показаний или медицинских ограничений к управлению транспортными средствами, а также о признании утратившими силу отдельных приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации"
- 1.2. Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется оказать Заказчику платную медицинскую услугу.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 2.1. Исполнитель предоставляет по требованию Заказчика: - копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией; - информацию о конкретных медицинских работниках, предоставляющих соответствующую платную медицинскую услугу (их профессиональном образовании и квалификации); - информацию о методах медицинского обследования, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах; - проводит Заказчику квалифицированное и качественное медицинское освидетельствование для определения медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством в установленный Договором срок.
- 2.2. Исполнитель имеет право:
- 2.2.1. Привлекать соисполнителей (врачей специалистов или организации здравоохранения), специализирующихся на оказании медицинских услуг и обладающих необходимыми разрешениями на оказание соответствующих медицинских услуг.
- 2.2.2. Рекомендовать (направить) Заказчику для проведения дополнительных консультаций и /или других видов медицинской помощи в другие ЛПУ без каких либо гарантий оплаты со стороны Исполнителя.
- 2.2.3. Отказаться в одностороннем порядке от исполнения настоящего договора при: отказе от оплаты услуг, отказе Заказчика от медицинского вмешательства.
- 2.3. Заказчик обязан: - предоставить точную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья. Информировать врачей до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях известных ему аллергических реакциях и противопоказаниях; - строго выполнять медицинские предписания; - соблюдать лечебно-охранительный режим; - своевременно производить необходимые финансово-экономические расчеты с медицинским учреждением.
- 2.4. Заказчик имеет право: - на предоставление полной и достоверной информации о медицинской услуге; - ознакомиться с документами, подтверждающими специальную правоспособность медицинского учреждения и его специалистов на оказание платной медицинской услуги. Отказаться в одностороннем порядке от исполнения настоящего договора.

3. УСЛОВИЯ И СРОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГИ

- 3.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и действует до исполнения сторонами обязательств.
- 3.2. Настоящий договор может быть прекращен досрочно:
- соглашением сторон;
 - по основаниям, прямо предусмотренным настоящим договором;
 - в случае нарушения обязательств одной из сторон по настоящему договору.
- 3.3. Основанием для оказания платной медицинской услуги является добровольное волеизъявление Заказчика.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 4.1. Все спорные вопросы, связанные с исполнением Договора, стороны будут стремиться урегулировать путем переговоров между ними.
- 4.2. В случае не достижения согласия при рассмотрении спорных вопросов сторона, выдвинувшая требование, направляет другой стороне претензию, которая рассматривается последней в 10-дневный срок с момента ее получения.
- 4.3. Исполнитель за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств, предусмотренных Договором, несет ответственность перед Заказчиком в пределах стоимости оказанной услуги.
- 4.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения Заказчиком своих обязанностей или по другим основаниям, предусмотренным законодательством.

5. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ УСЛУГИ

- 5.1. Стоимость оказанных Исполнителем Услуг по настоящему договору определяется, согласно действующему Прейскуранту. Оказание услуг НДС не облагается на основании подпункта 2 пункта 2 статьи 149 Налогового кодекса РФ.
- 5.2. Оплата стоимости оказанных услуг производится Заказчиком в российских рублях в безналичном порядке путем перечисления через кассовый терминал Исполнителя или наличными в кассу Исполнителя.
- 5.3. Оплата производится за фактически оказанные услуги.
- 5.4. Цена медицинской услуги на проведение медицинского освидетельствования на предмет годности к управлению транспортным средством, согласно Прейскуранту, составляет _____ рублей.

6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

- 6.1 Стороны берут на себя обязательства по соблюдению конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.
- 6.2 Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной конфиденциальной по настоящему договору, может осуществляться только с письменного согласия другой стороны и в порядке, установленном действующим законодательством РФ.
- 6.3 Конфиденциальной по настоящему договору признается информация о результатах исследований, а также иная информация, разглашение которой может причинить вред интересам Сторон.

7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

- 7.1. Условия настоящего Договора могут быть изменены по письменному соглашению Сторон.
- 7.2. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон или по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

- 8.1. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до момента исполнения обязательств.
- 8.2. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

9. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

- 9.1. Все спорные вопросы, связанные с исполнением Договора, стороны будут стремиться урегулировать путем переговоров между ними, в соответствии с действующим законодательством.
- 9.2. В случае отказа Заказчика от прохождения медицинского освидетельствования по причинам, не зависящим от Исполнителя, удерживается комиссия в размере 10% от стоимости услуги.

10. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

«Исполнитель»: ООО «Данко»

Адрес места нахождения: 169900 г. Воркута ул. Дончука д.8-а

Телефон: (82151) 2-11-14; (82151) 2-02-11

ИНН/КПП 1103015402/110301001

ОГРН 1021100810147

Свидетельство о государственной регистрации ЮЛ серия 11 № 000844193 от 15.12.2002 г.

Регистрирующий орган: Инспекция Министерства Российской Федерации по налогам и сборам по г. Воркуте

Лицензия № 10-11-00-002418 от 24.09.2020 г., действующая бессрочно.

Орган, выдавший лицензию, адрес и телефон: Министерство Здравоохранения Республики Коми г. Сыктывкар, 167981, ул. Ленина, 73, тел. 284-006, 284-002

Генеральный директор
МП

Мельников А.А.

«Заказчик»:

ФИО _____

Паспортные данные _____

Адрес регистрации _____

Адрес фактического проживания _____

Телефон _____

Договор получил(а) на руки _____