



**Общество с ограниченной ответственностью «АйТиИнвест»  
(ООО «АйТиИнвест»)**

ОГРН 1212300059718 ИНН 2312305298 КПП 231101001  
р/с №40702810230000053267  
КРАСНОДАРСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ №8619ПАО СБЕРБАНК  
к/с 30101810100000000602  
БИК 040349602

350004, Краснодарский край, город Краснодар г.о.,  
Краснодар г, Алма-Атинская ул, д. 99А, офис 5  
тел. +7 918 136 00 66  
E-mail: clinic@dr-kalyuzhnaya.ru

**П Р И К А З**

19.02.2024

г. Краснодар

№2

**Об оказании платных медицинских услуг  
обществом с ограниченной ответственностью «АйТиИнвест»**

В соответствии с Федеральным законом от 01.05.2022 № 135-ФЗ «О внесении изменения в статью 16 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей», Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006»

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить:

1.1. Положение о порядке оказания платных медицинских услуг обществом с ограниченной ответственностью «АйТиИнвест» (далее – ООО «АйТиИнвест»), согласно приложению 1 к настоящему приказу.

1.2. Форму договора на оказание платных медицинских услуг, согласно приложениям 2 и 3 к настоящему приказу.

2. Возложить ответственность за:

2.1. Обеспечение качества оказания платных медицинских услуг и обеспечение контроля качества предоставления платных медицинских услуг на главного врача ООО «АйТиИнвест».

2.2. Организацию и обеспечение бухгалтерского учета и отчетности по платным услугам, статистического учета и отчетности на главного бухгалтера/бухгалтера ООО «АйТиИнвест».



2.3. Заключение и подписание договоров на оказание платных услуг с пациентами на администраторов ООО «АйТиИнвест».

2.4. Ответственность за организацию, планирование, контроль за предоставлением платных медицинских услуг, формирование ценовой политики, оставляю за собой.

3. Главному врачу до 27.02.2024 довести до сведения сотрудников ООО «АйТиИнвест» нормативные документы, регламентирующие правила и условия предоставления платных медицинских услуг, утвержденные настоящим приказом.

4. Сотрудникам ООО «АйТиИнвест» обеспечить неукоснительное выполнение требований и условий предоставления платных медицинских услуг пациентам.

5. Обеспечить размещение настоящего приказа с приложениями в доступной и достоверной для пациентов форме на информационных стендах ООО «АйТиИнвест», а также на официальном сайте ООО «АйТиИнвест» с использованием информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

6. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Директор



В.В. Калюжный





**Общество с ограниченной ответственностью «АйТиИнвест»  
(ООО «АйТиИнвест»)**

ОГРН 1212300059718 ИНН 2312305298 КПП 231101001  
р/с №40702810230000053267  
КРАСНОДАРСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ №8619ПАО СБЕРБАНК  
к/с 30101810100000000602  
БИК 040349602

350004, Краснодарский край, город Краснодар г.о.,  
Краснодар г, Алма-Атинская ул, д. 99А, офис 5  
тел. +7 918 136 00 66  
E-mail: clinic@dr-kalyuzhnaya.ru

Приложение 1  
к приказу ООО «АйТиИнвест»  
от 19.02.2024 г. № 2

**ПОЛОЖЕНИЕ**  
**о порядке оказания платных медицинских услуг**  
**обществом с ограниченной ответственностью «АйТиИнвест»**

**1. Общие положения**

1.1. Настоящее Положение определяет порядок и условия предоставления услуг, оказываемых на платной основе обществом с ограниченной ответственностью «АйТиИнвест» (далее - медицинская организация) в целях:

- удовлетворения потребности граждан в качественной медицинской помощи в медицинской организации, не финансируемой за счет средств бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования, а также сверх установленных видов и объемов медицинских услуг, определенных программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемых ежегодно в установленном порядке (далее – соответственно Программа, Территориальная программа);

- упорядочения процесса оказания медицинских услуг на платной основе.

1.2. Платные медицинские услуги – это медицинские услуги, которые в соответствии с действующим законодательством предоставляются:

- за счет личных средств граждан;
- за счет страховых взносов на добровольное медицинское страхование по программам добровольного медицинского страхования (далее – ДМС);
- за счет средств предприятий, учреждений, организаций и иных источников, не запрещенных законодательством.



Платные медицинские услуги предоставляются на основании добровольного волеизъявления потребителя услуг (далее – пациент) при условии предоставления в доступной, бесплатной и достоверной форме необходимой информации о возможности получения бесплатной медицинской помощи (медицинской услуги, работы) в рамках Программы, Территориальной программы, а также целевых программ.

1.3. Платные медицинские услуги предоставляются медицинской организацией в соответствии с перечнем, утвержденным руководителем по согласованию с генеральным директором.

1.4. Медицинская организация вправе предоставлять за плату немедицинские услуги (дополнительные бытовые услуги, в т. ч. размещение в палатах комфортности; проживание в стационаре родственников (иных представителей); дополнительный уход, не обусловленный медицинскими показаниями; дополнительное питание и др.) в соответствии с действующим законодательством в случае, если это не противоречит Уставу медицинской организации.

1.5. Медицинская организация самостоятельно в соответствии с Уставом, действующими законодательными и иными нормативными актами федерального, регионального и ведомственного уровня определяет возможность оказания платных услуг в зависимости от материальной базы, численного и квалификационного состава персонала, спроса на услуги и других условий.

1.6. Медицинская организация вправе предоставлять льготы при оказании платных медицинских услуг отдельным категориям граждан.

Перечень категорий граждан, которым устанавливаются льготы на платные услуги, и размеры скидок определяются генеральным директором медицинской организации.

## **2. Условия предоставления платных медицинских услуг**

2.1. Платные медицинские услуги предоставляются:

- населению (за счет личных средств граждан);
- по программам ДМС в соответствии с действующим законодательством РФ;
- по договорам с организациями, а также предпринимателями без образования юридического лица – в отношении граждан.

2.2. Медицинская организация имеет право предоставлять платные медицинские услуги на иных условиях, чем предусмотрено Программой, Территориальной программой, а также целевыми программами (при недопущении ухудшения условий оказания медицинской помощи лицам, имеющим право на бесплатную медицинскую помощь), в том числе:

- установление индивидуального поста медицинского наблюдения при лечении в условиях стационара;
- применение лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, если их



назначение и применение не обусловлено жизненными показаниями или заменой (из-за индивидуальной непереносимости) лекарственных препаратов, входящих в данный перечень;

- применение медицинских изделий, лечебного питания (в т. ч. специализированных продуктов лечебного питания), не предусмотренных стандартами медицинской помощи;

- при предоставлении медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством;

- гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по ОМС, и гражданам России, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по ОМС (если иное не предусмотрено международными договорами России);

- при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг (за исключением случаев и порядка, предусмотренных ст. 21 Закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также оказания скорой, в т. ч. специализированной, медицинской помощи и медицинской помощи в неотложной или экстренной форме);

- добровольное желание пациента получить медицинскую помощь с повышенным уровнем бытового обслуживания.

2.3. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Минздравом России, или по просьбе пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.4. При предоставлении платных медицинских услуг соблюдаются порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Минздравом России.

### **3. Порядок предоставления платных медицинских услуг**

3.1. Медицинская организация предоставляет платные медицинские услуги, качество которых соответствует условиям договора, при отсутствии в договоре условий об их качестве – требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида. Если законодательством предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых медицинских услуг должно соответствовать этим требованиям.

3.2. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия пациента (законного представителя пациента), данного в порядке, установленном законодательством об охране здоровья граждан.

Если при предоставлении платных медицинских услуг необходимо оказание дополнительных платных медицинских услуг, которые не предусмотрены договором, об этом необходимо предупредить пациента. Без его согласия предоставлять такие услуги медицинская организация не вправе.



3.3. Медицинская организация обязана в наглядной форме (на стендах, плакатах, размещенных в общедоступных местах) обеспечить граждан бесплатной, доступной и достоверной информацией следующего содержания:

- место нахождения медицинской организации (место его государственной регистрации);
- режим работы медицинской организации;
- наличие лицензии на медицинскую деятельность;
- виды медицинских услуг, оказываемых бесплатно в рамках Программы, Территориальной программы, целевых программ, в случае предоставления таковых;
- перечень платных медицинских услуг с указанием их стоимости;
- условия предоставления и получения платных медицинских услуг;
- льготы для отдельных категорий граждан, услуги которым могут быть предоставлены со скидкой (в соответствии с решением генерального директора медицинской организации);
- форма договора;
- сведения о квалификации и сертификации специалистов, оказывающих платные медицинские услуги, - по требованию пациента;
- права, обязанности, ответственность пациента и медицинской организации;
- контактные телефоны администрации медицинской организации и лиц, ответственных за предоставление платных медицинских услуг;
- иная информация в соответствии с Законом «О защите прав потребителей».

3.4. Медицинская организация предоставляет пациенту (законному представителю пациента) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии его здоровья (в т. ч. сведения о результатах обследования, диагнозе,
- методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения);
- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

3.5. Медицинская организация обязана обеспечивать предусмотренное законодательством соответствие предоставляемых медицинских услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории России.

При оказании медицинских услуг в медицинской организации должны применяться:

- лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, иные расходные материалы, изделия медицинского назначения, зарегистрированные в России;



- методы профилактики, диагностики, лечения, реабилитации, медицинские технологии, разрешенные к применению в порядке, установленном законодательством России;

- установленные федеральные и региональные стандарты оказания медицинской помощи.

3.6. Предоставление платных медицинских услуг медицинской организацией осуществляется только при наличии:

- лицензии на медицинскую деятельность по видам услуг (работ), перечень которых определяется Правительством РФ;

- отражения в учредительных документах права на осуществление деятельности, приносящей доход;

- преysкуранта платных медицинских услуг.

3.7. Платные медицинские услуги оказываются медицинской организацией на основе договоров, регламентирующих условия и сроки их предоставления, порядок расчетов, права, обязанности и ответственность сторон. Под порядком расчетов понимается стоимость услуг, порядок и срок оплаты.

3.8. Договор заключается в простой письменной форме и содержит конкретные условия оказания медицинских услуг, которые должны быть доведены до сведения потребителя услуг в доступной форме.

3.9. Договоры могут быть заключены на платное комплексное медицинское обслуживание граждан.

3.10. При согласии гражданина на получение платной медицинской услуги он имеет право ознакомиться с условиями договора, форма которого утверждена приказом медицинской организации.

3.11. Потребитель платных медицинских услуг обязан оплатить оказанные ему услуги в порядке и в сроки, которые установлены договором с медицинской организацией. Потребитель обязан оплатить оказанную исполнителем в полном объеме услугу.

3.12. С согласия потребителя услуга может быть оплачена им при заключении договора в полном размере или путем выдачи аванса.

3.13. При оказании платных медицинских услуг в установленном порядке заполняется медицинская документация. Отказ пациента от предложенной ему возможности получения данного вида медицинской помощи на бесплатной основе при наличии таковой в Программе, Территориальной программе, целевых программах фиксируется письменно в договоре об оказании платных медицинских услуг.

В договоре, квитанции строгой отчетности или кассовом чеке отражается стоимость услуги согласно действующему в медицинской организации преysкуранту.

3.14. В случае несоблюдения медицинской организацией обязательств по срокам исполнения услуг пациент вправе по своему выбору:

- назначить новый срок оказания услуги;
- потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;
- потребовать исполнения услуги другим специалистом;



- расторгнуть договор и потребовать возмещения убытков.

3.15. При предоставлении платных медицинских услуг сохраняется установленный режим работы медицинской организации, при этом не должны ухудшаться доступность и качество медицинской помощи, оказываемой по Программе, Территориальной программе, а также целевым программам, в случае предоставления таковой.

#### **4. Организация оказания платных медицинских услуг в медицинской организации**

4.1. Назначение ответственных лиц за оказание услуг на платной основе, за обеспечение качества оказания платных медицинских услуг в медицинской организации, за обеспечением контроля качества оказания платных медицинских услуг, за ценовую политику, соответствующую отчетность, за организацию и обеспечение бухгалтерского учета, за заключение и подписание договоров на оказание платных медицинских услуг, - определяется соответствующим приказом медицинской организации.

4.2. Предоставление платных медицинских услуг в медицинской организации регламентируется действующими нормативно-правовыми актами России, настоящим Положением, и иными локальными актами медицинской организации.

4.3. Договоры с гражданами об оказании платных медицинских услуг в медицинской организации хранятся в медицинской организации в течение трех лет с последующей сдачей их в архив (при наличии такового) на хранение.

4.4. При получении платных медицинских услуг, пациент обращается к администратору для ознакомления с условиями предоставления и получения платных услуг.

4.5. Медицинский специалист производит осмотр пациента, определяет объем необходимых диагностических, консультативных и лечебных мероприятий и направляет пациента для составления договора по оказанию платных услуг к администратору.

4.6. В случае необходимости стационарного, в том числе в условиях дневного стационара, обследования или лечения, по согласованию с главным врачом или заведующим или врачом отделения медицинской организации, в которой будет обследоваться или лечиться пациент, определяется полный объем диагностических, консультативных и лечебных мероприятий, длительность нахождения пациента в стационаре, о чем производится запись в направлении для определения стоимости лечения и последующего заключения договора на оказание платных услуг.

4.7. По результатам оказания платных медицинских услуг оформляется акт о выполненных работах, а по результатам лечения и обследования амбулаторного (стационарного) больного выдается выписка из его медицинской карты.

4.8. Медицинская организация обязана при оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством требования к оформлению и



ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

## **5. Бухгалтерский учет и отчетность**

5.1. Медицинская организация обязана вести статистический и бухгалтерский учет результатов предоставляемых платных услуг пациентам, составлять отчетность и представлять ее в порядке и сроки, установленные действующим законодательством.

5.2. Средства, полученные по безналичному и наличному расчету за оказание платных услуг, поступают на счета медицинской организации от осуществления приносящей доход деятельности.

5.3. Ответственным за организацию бухгалтерского учета и отчетности в медицинской организации, в том числе по платным услугам, за соблюдение законодательства при выполнении финансово-хозяйственных операций является генеральный директор медицинской организации.

## **6. Расчеты при оказании платных медицинских услуг**

6.1. Оплата оказанных платных медицинских услуг осуществляется потребителями по безналичному или наличному расчету.

6.2. Расчеты с пациентом за предоставление платных услуг осуществляются через кассу либо учреждения банков (банковскую систему, банковский счет).

6.3. При наличном расчете медицинская организация использует бланк (квитанцию по форме 0504510), являющийся документом строгой отчетности, утвержденным Минфином России.

6.4. Медицинская организация обязана выдать гражданам один экземпляр заполненного бланка квитанции, подтверждающий прием наличных денежных средств.

6.5. Граждане вправе предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением условий договора, либо об обоснованном возврате денежных средств за оказанные услуги, что оформляется в установленном порядке (заявление о возврате денежных средств на имя генерального директора медицинской организации с указанием причины возврата) с последующим возвратом им денежных средств.

## **7. Прейскурант медицинских услуг**

7.1. Цены на платные медицинские услуги утверждаются медицинской организацией в соответствии с действующим законодательством.



7.2. Стоимость медицинских услуг определяется на основании калькуляции экономически обоснованных затрат материальных и трудовых ресурсов, связанных с предоставлением этих услуг.

7.3. Цена на медицинскую услугу формируется на основе себестоимости оказания платной услуги с учетом конъюнктуры рынка (спроса и предложения на платную услугу), требований к качеству платной услуги, а также с учетом положений действующих нормативных правовых актов об определении расчетно-нормативных затрат на оказание платной услуги.

7.4. Изменение цены на платные услуги происходит с периодичностью один раз в календарный год. Утверждение цен производится ежегодно в срок до 25 января соответствующего года.

При необходимости допускается изменение цен на платные услуги чаще чем один раз в год по следующим причинам:

- изменение среднего уровня цен на материальные ресурсы, энергоресурсы, лекарственные препараты и расходное медицинское имущество, оказавшее значительное влияние на себестоимость платных услуг;
- изменение в соответствии с действующим законодательством размера и порядка оплаты труда работников сферы здравоохранения;
- изменение налогового законодательства, оказавшее значительное влияние на себестоимость платных услуг.

7.5. Прейскурант платных услуг медицинской организации включает все медицинские и иные услуги, которые медицинская организация вправе оказывать за плату.

7.6. Цены на медицинские и немедицинские услуги указываются в рублях.

7.7. Для обеспечения единой нормативной базы работ и услуг в здравоохранении на всей территории России, включая протоколы ведения больных, методики выполнения сложных и комплексных медицинских услуг, лицензионные требования и условия, в том числе для формирования единых подходов к созданию прейскурантов медицинских услуг в системе ОМС и ДМС, разработана номенклатура работ и услуг в здравоохранении.

7.8. Все названия медицинских услуг в прейскуранте должны строго соответствовать требованиям отраслевых классификаторов и номенклатуре работ и услуг в здравоохранении.

## **8. Ответственность при предоставлении платных медицинских услуг**

8.1. Медицинская организация несет ответственность перед пациентом за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории России, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни граждан в соответствии с действующим законодательством.



8.2. Медицинская организация освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение медицинской услуги, оказанной на платной основе, если докажет, что это произошло вследствие обстоятельств непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

8.3. Претензии и споры, возникающие при предоставлении медицинской организацией платных медицинских услуг пациентам, рассматриваются в соответствии с действующим законодательством.

8.4. Контроль за организацией оказания платных медицинских услуг, а также ценами и порядком взимания денежных средств с граждан осуществляет и несет за это персональную ответственность генеральный директор медицинской организации.

8.5. Контроль за качеством оказания платных медицинских услуг пациентам осуществляет и несет за это персональную ответственность главный врач медицинской организации.

8.6. За непредоставление медицинской организацией статистической информации об объемах платных услуг пациентам, либо за ее искажение, исполнитель услуги несет административную ответственность, предусмотренную законодательством.

## **9. Контроль за предоставлением платных медицинских услуг**

9.1. Контроль за организацией и качеством выполнения платных медицинских услуг пациентам, а также правильностью взимания платы с пациентов, осуществляют в пределах своей компетенции государственные органы и организации, на которые в соответствии с законодательством возложена проверка деятельности медицинских учреждений.

## **10. Заключительная часть**

10.1. Медицинская организация имеет право дополнять и изменять пункты настоящего Положения, если эти дополнения и изменения не противоречат действующему законодательству.

Директор



В.В. Калужный



**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_**  
**о платном оказании медицинских услуг**

г. Краснодар

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

**Общество с ограниченной ответственностью «АйТиИнвест»** (далее – **ООО «АйТиИнвест»**), (адрес местонахождения: 350004, Краснодарский край, город Краснодар г.о., Краснодар г., Алма-Атинская ул. д. 99А, ИНН 2312305298, ОГРН 1212300059718, свидетельство о постановке на учет в налоговом органе по месту нахождения Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №4 по г. Краснодару от 20.10.2023, юридический адрес: 350049, Краснодар г, Красных Партизан ул., 122; лицензия на осуществление медицинской деятельности: ЛО41-01126-23/01066181 от 19.02.2024, выдана министерством здравоохранения Краснодарского края, адрес места нахождения: 350020, Краснодарский кр, г. Краснодар, ул. Коммунаров, д. 276/1, тел. +7(861) 207 07 07; Выполняемые работы, оказываемые услуги: При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): При оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лечебному делу; психиатрии-наркологии; сестринскому делу; При оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; психиатрии; психиатрии-наркологии; хирургии; При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): При оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: психиатрии-наркологии; терапии; При оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: сестринскому делу; терапии) в лице директора Калужного Василия Владимировича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», и \_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», действующий(ая) на основании собственного волеизъявления, с другой стороны, совместно далее именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

- 1.1. По настоящему договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя, обязуется оказать ему медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, а Потребитель обязуется оплатить данную помощь.
- 1.2. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых по настоящему договору, определяется Прейскурантом платных медицинских услуг (Приложение 1).
- 1.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях (гипертонический криз, судорожный синдром, коллапс), обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- 1.4. Срок оказания медицинских услуг с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_.
- 1.5. Исполнитель после исполнения настоящего договора выдает Потребителю (законному представителю Потребителя) по его письменному требованию медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

**2. Права и обязанности сторон**

- 2.1. Исполнитель обязуется:
- 2.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых Пациенту платных медицинских услуг, качество которых должно соответствовать требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.
- 2.1.2. Оказывать медицинские услуги в полном объеме в соответствии с настоящим договором после внесения Потребителем денежных средств в порядке, определенном разделом 3 настоящего договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату; с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.
- 2.1.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя.
- Без согласия Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.
- 2.1.4. По заявлению Потребителя предоставить ему в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:
- порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг,
  - информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);



-информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

-другие сведения, относящиеся к предмету настоящего договора.

2.1.5. Исполнитель предоставляет Потребителю (законному представителю Потребителя) по его заявлению и в доступной для него форме информацию:

-о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

-об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.1.6. Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления услуг по настоящему договору.

2.1.7. Вести всю необходимую медицинскую документацию в установленном действующим законодательством порядке.

2.1.8. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, а также денежных средств, поступивших от Потребителя.

2.1.9. 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 соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

2.1.10. Соблюдать конфиденциальность и анонимность в отношении Потребителя, при условии отсутствия ограничений, установленных законодательством Российской Федерации.

2.1.11. Оказать неотложную помощь при наличии возможности предоставить потребителю соответствующие услуги, если Потребитель не в состоянии выразить свою волю и нуждается в оказании неотложной помощи (п. 2 ст.782 ГК РФ).

2.2. Исполнитель вправе:

2.2.1 Отказаться от исполнения настоящего договора в случае невыполнения Потребителем рекомендаций медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, нарушения Правил поведения в ООО «АйТиИнвест», наличии медицинских противопоказаний, несвоевременной либо неполной оплате услуг, предоставлении неполной либо недостоверной информации о состоянии здоровья Потребителя и (или) личности Потребителя.

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

2.2.3. Привлекать к оказанию услуг третьих лиц, имеющих право на осуществление медицинской деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.2.4. Осматривать имущество Потребителя, в том числе передаваемое ему посетителями, в целях предотвращения употребления психоактивных веществ на территории Исполнителя.

2.3. Потребитель обязуется:

2.3.1. Оплатить стоимость услуг, указанных в п. 3.1 настоящего договора.

2.3.2 Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

2.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору.

2.3.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения.

2.3.5. Своевременно и в полном объеме оплачивать услуги Исполнителя.

2.3.6. Бережно относиться к имуществу и инвентарю Исполнителя. Потребитель несет материальную ответственность за нанесенный имуществу ущерб в размере двукратной стоимости испорченного имущества.

2.3.7. Сообщать Исполнителю о наличии обстоятельств, препятствующих нахождению на территории Исполнителя (нахождение Потребителя в Федеральном или ином розыске, отсутствие законных оснований нахождения на территории Российской Федерации и т.п.).

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. Получать информацию об Исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах.

2.4.2. На выбор врача, оказывающего необходимые медицинские услуги.

2.4.3. Отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

2.4.4. Потребитель дает свободно, своей волей и в своем интересе согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения настоящего договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.

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

3.1. Стоимость услуг, оказываемых по настоящему договору, определяется по ценам в соответствии с действующим Прейскурантом платных медицинских услуг, утвержденным Исполнителем, и составляет на момент заключения договора \_\_\_\_\_ рублей 00 копеек.

3.2. Потребителю в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

3.3. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг согласно п. 2.1.6 договора их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент принятия Сторонами решения об оказании дополнительных услуг. Соглашение Сторон



оформляется внесением информации о предоставленных дополнительных услугах в счет-заказе, являющимся неотъемлемым приложением к договору, и подписывается Сторонами.

3.4. Потребитель осуществляет 100%-ную предоплату медицинских услуг путем перевода денежных средств на расчетный счет Исполнителя либо оплатой в кассе Исполнителя в момент заключения настоящего Договора. Оплата дополнительных услуг производится в кассу Исполнителя в течение двух календарных дней с момента их оказания.

3.5. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю услуг, предусмотренных настоящим Договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего Договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора, при этом с Потребителя удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Потребителем по настоящему Договору, возвращается в момент окончательных расчетов.

3.6. В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору, возникшей по вине Потребителя, в том числе при нарушении им медицинских предписаний, оплата медицинских услуг осуществляется в полном объеме.

3.7. По окончании оказания услуг Стороны подписывают Акт об оказании медицинских услуг (далее-Акт) по настоящему Договору. Потребитель обязан подписать Акт в течение 24 часов после окончания оказания услуг по настоящему Договору. В случае отказа от подписания Акта и не предоставления в течение 24 часов с момента окончания оказания услуг мотивированного отказа от подписания Акта, услуги считаются оказанными надлежащим образом и в полном объеме.

3.8. В случае расторжения настоящего Договора до окончания курса лечения, оплата услуг Исполнителя производится с учетом фактически оказанных услуг и фактически понесенных затрат Исполнителя в 14-дневный срок.

#### **4. Ответственность сторон**

4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

4.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье в соответствии с п. 2.3.2 настоящего Договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п. 2.3.4 и 3.6 настоящего Договора.

4.4. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т.п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

4.5. За несвоевременную либо неполную оплату предоставляемых услуг по настоящему Договору, Исполнитель вправе потребовать уплаты пени в размере 0,1% процента от неоплаченной суммы за каждый день просрочки платежа. Начисление пени производится на основании предъявленной Исполнителем письменной претензии с даты предъявления.

#### **5. Конфиденциальность**

5.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего Договора.

5.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

#### **6. Заключительные положения**

6.1. До заключения настоящего Договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя 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.

6.2. Настоящий договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

6.3. Потребитель вправе отказаться от исполнения настоящего Договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему Договору.

6.4. Все споры и разногласия, возникшие при исполнении настоящего Договора, Стороны будут стремиться урегулировать путем переговоров.

6.5. В случае невозможности урегулирования споров в отношении качества оказываемых Исполнителем услуг, спор передается на рассмотрение врачебного консилиума врачей Исполнителя.

6.6. В случае несогласия Потребителя с решением врачебного консилиума Исполнителя, спор рассматривается в установленном законом порядке судом по месту нахождения Исполнителя.

6.7. Настоящий Договор составлен в двух аутентичных экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

6.8. Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

В соответствии с требованиями Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ и Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку Обществом с ограниченной ответственностью «АйТиИнвест» (далее Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), 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 осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включая в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов в соответствии с действующим законодательством.

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

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 представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение 3 дней с момента получения такого заявления, за исключением случаев, предусмотренных законодательством.

Дата дачи мной согласия на обработку персональных данных определяется датой заключения настоящего договора.

Настоящее согласие действует бессрочно.

## 7. Реквизиты и подписи сторон

### ЗАКАЗЧИК:

ФИО: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_

Серия: \_\_\_\_\_ номер: \_\_\_\_\_

Кем выдан: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата выдачи: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

Адрес места жительства: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Подпись

(ФИО)

### ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ООО "АйТиИнвест"

Юридический адрес:

350004, Краснодарский край, город Краснодар г.о.,  
Краснодар г, Алма-Атинская, ул. д. 99А, офис 5

Фактический адрес:

350004, Краснодарский край, город Краснодар г.о.,  
Краснодар г, Алма-Атинская, ул. д. 99А

тел. +79181360066

E-mail: [clinic@dr-kalyuzhnaya.ru](mailto:clinic@dr-kalyuzhnaya.ru)

ОГРН 1212300059718

ИНН 2312305298

КПП 231101001

р/с №40702810230000053267

КРАСНОДАРСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ №8619ПАО СБЕРБАНК

к/с 30101810100000000602

БИК 040349602

Директор: \_\_\_\_\_ В.В. Калюжный



**ПЕРЕЧЕНЬ, СТОИМОСТЬ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ  
ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Заказчик оплачивает, а Исполнитель обязуется оказать следующие платные медицинские услуги:

Перечень платных медицинских услуг	ФИО медицинского работника	Стоимость, руб.	Сроки предоставления

Вышеуказанные медицинские услуги, согласно ч. 4 ст. 84 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ, оказываются по просьбе пациента в виде отдельных медицинских вмешательств.

**ЗАКАЗЧИК:**

ФИО: \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_

Серия: \_\_\_\_\_ номер: \_\_\_\_\_

Кем выдан: \_\_\_\_\_

Дата выдачи: «\_\_» \_\_\_\_\_ г.

Адрес места жительства: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Подпись

(ФИО)

**ИСПОЛНИТЕЛЬ:**

ООО "АйТиИнвест"

Юридический адрес:

350004, Краснодарский край, город Краснодар г.о.,  
Краснодар г, Алма-Атинская, ул. д. 99А, офис 5

Фактический адрес:

350004, Краснодарский край, город Краснодар г.о.,  
Краснодар г, Алма-Атинская, ул. д. 99А

тел. +79181360066

E-mail: [clinic@dr-kalyuzhnaya.ru](mailto:clinic@dr-kalyuzhnaya.ru)

ОГРН 1212300059718

ИНН 2312305298

КПП 231101001

р/с №40702810230000053267

КРАСНОДАРСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ №8619ПАО СБЕРБАНК

к/с 30101810100000000602

БИК 040349602

Директор: \_\_\_\_\_ В.В. Калюжный



## Согласие на обработку персональных данных

Я,

(Ф.И.О. полностью)

проживающий(ая) по адресу:

(по месту регистрации)

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(серия, номер)

Выдан:

(дата, название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных", ч. 3 ст. 13 Закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» подтверждаю свое согласие на обработку Обществу с ограниченной ответственностью "АйТиИнвест": 350004, Краснодарский край, город Краснодар г.о., Краснодар г., Алма-Атинская ул. д. 99А, офис 5

(название и адрес медицинского учреждения)

(далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес регистрации и проживания, контактный телефон, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг (медицинской помощи) при условии сохранения врачебной тайны.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, а также сведения, составляющие врачебную тайну, медицинским организациям, органам управления здравоохранения и иным организациям, в случаях регламентированных законодательством, договорами или иными документами. Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий при автоматизированной и неавтоматизированной обработке с передачей по сети Интернет в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение, трансграничную передачу персональных данных, а также, осуществление любых иных действий с моими персональными данными с учетом действующего законодательства.

**Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден(а).**

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.

**Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ 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 представителю Оператора.

**Я проинформирован(а) о том, что в случае моего отказа предоставить письменное согласие на обработку моих персональных данных, данным лечебным учреждением может быть осуществлена только экстренная помощь при наличии показаний, т.к. в дальнейшем информация храниться не может.**

Я разрешаю предоставлять информацию, составляющую врачебную тайну следующим моим доверенным лицам:

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_

Расписался(ась) в моем присутствии: \_\_\_\_\_

(подпись)

(должность)

(ФИО)



## Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный (ая) по адресу:  
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий(ая) по адресу:

\_\_\_\_\_ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

отношении \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

" " \_\_\_\_\_

г. рождения, проживающего по  
адресу:

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

\_\_\_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

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. N 390н <1> (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первично медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Общество с ограниченной ответственностью «АйТиИнвест».  
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_

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

в доступной для меня форме мне 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. 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому(которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. 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:

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

\_\_\_\_\_ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

\_\_\_\_\_ (дата оформления)



Директору  
ООО «АйТиИнвест»  
В.В. Калюжному

Пациента(ки) \_\_\_\_\_

**заявление.**

Я уведомлен(а) лечащим врачом ООО «АйТиИнвест» о своем диагнозе и необходимости проведения комплексного обследования в соответствии с клиническими рекомендациями.

Пользуясь п. 4 ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 26.03.2022) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», прошу ограничить объем обследования следующими позициями:

- ЭКГ;
- ОАМ;
- ОАК;
- БХ анализ крови (Билирубины, АЛТ, АСТ, ГГТ);
- Гепатиты В и С;
- ВИЧ.

\_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_



Акт № \_\_\_\_\_  
выполненных работ

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ Г.

Исполнитель: ООО «АйТиИнвест»»

Заказчик: \_\_\_\_\_

№	Наименование работ, услуг	Кол- во	Цена, руб.	Сумма
1.				
ИТОГО:				

Без налога (НДС)

Всего оказано услуг на сумму \_\_\_\_\_ рублей 00 копеек.  
(прописью)

Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок.

Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

Исполнитель:

ООО «АйТиИнвест»

Заказчик:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



ДОГОВОР № \_\_\_\_\_  
возмездного оказания медицинских работ (услуг)

г. Краснодар

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202 \_\_\_\_\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью «АйТиИнвест» (далее – ООО «АйТиИнвест») (адрес местонахождения: 350004, Краснодарский край, город Краснодар г.о., Краснодар г., Алма-Атинская ул. д. 99А, ИНН 2312305298, ОГРН 1212300059718, свидетельство о постановке на учет в налоговом органе по месту нахождения Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №4 по г. Краснодару от 20.10.2023, юридический адрес: 350049, Краснодар г, Красных Партизан ул., 122; лицензия на осуществление медицинской деятельности: Л041-01126-23/01066181 от 19.02.2024, выдана министерством здравоохранения Краснодарского края, адрес места нахождения: 350020, Краснодарский кр, г. Краснодар, ул. Коммунаров, д. 276/1, тел. +7(861) 207 07 07; Выполняемые работы, оказываемые услуги: При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): При оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лечебному делу; психиатрии-наркологии; сестринскому делу; При оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; психиатрии; психиатрии-наркологии; хирургии; При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): При оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: психиатрии-наркологии; терапии; При оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: сестринскому делу; терапии), в лице директора Калужного Василия Владимировича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», и \_\_\_\_\_ с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА:

- 1.1. Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется оказать платные медицинские услуги Потребителю, указанные в **Приложении 1** «Перечень, стоимость и сроки предоставления платных медицинских услуг». Заказчик обязуется оплатить медицинские услуги по цене, в сроки и на условиях, установленных настоящим договором.
- 1.2. Оказание медицинских услуг будет осуществляться специалистами, указанными в Приложении «Перечень, стоимость и сроки предоставления платных медицинских услуг». Информация о профессиональном образовании и квалификации данных специалистов доведена до сведения Заказчика.
- 1.3. Подписывая настоящий договор, Заказчик подтверждает, что ему в доступной форме была разъяснена информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

### 2. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

- 2.1. Услуги Потребителю оказываются в соответствии с режимом работы Исполнителя, который доводится до сведения Заказчика при заключении Договора.
- 2.2. При возникновении необходимости оказания дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных при первичном заключении настоящего договора, они вносятся в Приложение «Перечень, стоимость и сроки предоставления платных медицинских услуг».
- 2.3. В случае необходимости привлечения третьих лиц для оказания медицинских услуг Потребителю Исполнитель обязан привлекать третьих лиц, обладающих необходимыми разрешениями на оказание медицинских услуг, а также обладающих необходимыми знаниями и квалификацией. При привлечении третьих лиц для оказания медицинских услуг Потребителю Исполнитель обязан довести до сведения Потребителя (его законного представителя) всю необходимую информацию о третьем лице, а также информацию о месте и времени оказания Потребителю данных медицинских услуг.

### 3. СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

- 3.1. Оплата услуг производится до предоставления медицинской услуги. Оплата может быть осуществлена в наличной форме, путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя, или безналичным путем на расчетный счет Исполнителя через учреждения банков в соответствии с законодательством РФ.
- 3.2. В случае досрочного расторжения настоящего договора по желанию Заказчика (Потребителя), Заказчик оплачивает Исполнителю стоимость фактически оказанных услуг в соответствии со ст.32 Закона РФ «О защите прав потребителей» от 07.02.1992г. № 2300-1.
- 3.3. Медицинские услуги могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе Потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

### 4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 4.1. **Исполнитель обязан:**
  - 4.1.1. Своевременно и качественно оказывать Потребителю медицинские услуги в установленный договором срок.
  - 4.1.2. Предоставить Заказчику доступную для его понимания достоверную информацию о предоставляемых услугах до подписания договора.
  - 4.1.3. При оказании медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.
  - 4.1.4. Обеспечить Заказчика в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о разрешении (лицензии) на медицинскую деятельность, о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг, их стоимости, условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.
  - 4.1.5. Вести установленную законодательством медицинскую документацию.
  - 4.1.6. Обеспечить Потребителю (его законному представителю) непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья и выдать по письменному требованию Потребителя или его законного представителя копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья Потребителя.
  - 4.1.7. Хранить в тайне информацию, содержащуюся в медицинской документации Потребителя и предоставлять ее с согласия Потребителя (его законного представителя) в установленном законом случаях.
- 4.2. **Исполнитель имеет право:**
  - 4.2.1. Требовать от Потребителя (его законного представителя) предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания Пациенту медицинских услуг.
  - 4.2.2. Привлекать для оказания Потребителю медицинских услуг третьих лиц.
  - 4.2.3. В случае возникновения потенциальной угрозы жизни и здоровью Потребителя, а также в иных неотложных ситуациях, действуя в условиях крайней необходимости, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной договором.
  - 4.2.4. Требовать от заказчика полной оплаты оказанных услуг.
- 4.3. **Исполнитель имеет право отказать:**
  - 4.3.1. В предоставлении платной медицинской услуги при наличии медицинских противопоказаний со стороны здоровья Потребителя.
  - 4.3.2. В предоставлении платной медицинской услуги при отсутствии медицинских показаний и риске нанесения вреда здоровью Потребителя.
  - 4.3.3. В предоставлении платной медицинской услуги при состояниях наркотического или алкогольного опьянения у Заказчика, Потребителя или его законного представителя.
- 4.4. **Заказчик (Потребитель или его законный представитель) обязан:**
  - 4.4.1. Своевременно оплатить предоставляемые медицинские услуги в соответствии с условиями раздела 4 настоящего договора.
  - 4.4.2. Сообщить Исполнителю сведения, необходимые для качественного исполнения Потребителю медицинской услуги (реакция на медикаменты, перенесенные заболевания и прочие).
  - 4.4.3. Соблюдать в полном объеме правила и условия получения медицинской услуги, установленные Исполнителем, неукоснительно соблюдать рекомендации врачей.
  - 4.4.4. Своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Заказчиком, Потребителем условий договора, а



также о необходимости изменения назначенного Заказчику, Потребителю времени получения медицинской услуги.

4.4.5. Соблюдать правила внутреннего распорядка и правила поведения в ООО «АйТиИнвест» в соответствии с лечебно-охранительным режимом.

**4.5. Заказчик (Потребитель или его законный представитель) имеет право:**

4.5.1. Получать от Исполнителя полную, доступную для понимания, своевременную информацию о получаемой медицинской услуге.

4.5.2. Отказаться от получения медицинской услуги на любом этапе и получить оплаченную сумму с возмещением Исполнителю фактически понесенных затрат с письменного заявления.

## 5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. Исполнитель несет предусмотренную действующим законодательством ответственность за невыполнение или ненадлежащее выполнение условий настоящего договора.

5.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что невыполнение или ненадлежащее выполнение условия настоящего договора произошло вследствие действия непреодолимой силы, по вине самого Потребителя, в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством.

## 6. СРОК ДЕЙСТВИЯ, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств сторонами.

6.2. Условия договора могут быть изменены по соглашению сторон путем оформления в письменной форме дополнений, являющихся неотъемлемой частью договора.

6.3. В случае отказа Заказчика после заключения договора от получения платных медицинских услуг договор расторгается по личному письменному заявлению Заказчика.

6.4. Исполнитель информирует Заказчика о расторжении договора по инициативе Заказчика, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

## 7. ИНЫЕ УСЛОВИЯ

7.1. Подписывая настоящий договор, Заказчик подтверждает, что ему было разъяснено право на получение медицинских услуг Потребителю, входящих в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Ростовской области в текущем году на безвозмездной основе. Также разъяснен порядок оказания таких услуг, условия получения услуг Потребителем.

7.2. Заказчик дает Исполнителю согласие на обработку персональных данных Заказчика, Потребителя, его законного представителя в объеме и способом, указанными в п.1.3 ст.3, ст.11 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных» для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору.

7.3. По всем вопросам, неурегулированным в настоящем договоре, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

7.4. Настоящий договор составлен в трех экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

**ЗАКАЗЧИК :**

**ФИО** \_\_\_\_\_

**Документ, удостоверяющий личность** \_\_\_\_\_

**Серия** \_\_\_\_\_ **№** \_\_\_\_\_

**Кем выдан** \_\_\_\_\_

**Дата выдачи** \_\_\_\_\_

**Адрес места жительства** \_\_\_\_\_

**Контактный телефон:** \_\_\_\_\_

**Подпись** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(ФИО)

**ИСПОЛНИТЕЛЬ:**

ООО «АйТиИнвест»

Юридический адрес:

350004, Краснодарский край, город Краснодар г.о.,

Краснодар г, Алма-Атинская, ул. д. 99А, офис 5

Фактический адрес:

350004, Краснодарский край, город Краснодар г.о.,

Краснодар г, Алма-Атинская, ул. д. 99А

тел. +79181360066

E-mail: [clinic@dr-kalyuzhnaya.ru](mailto:clinic@dr-kalyuzhnaya.ru)

ОГРН 1212300059718

ИНН 2312305298

КПП 231101001

р/с №40702810230000053267

КРАСНОДАРСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ №819 ПАО СБЕРБАНК

к/с 30101810100000000602

БИК 040349602

Директор: \_\_\_\_\_ В.В. Калюжный



**ПЕРЕЧЕНЬ, СТОИМОСТЬ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Заказчик оплачивает, а Исполнитель обязуется оказать следующие платные медицинские услуги:

Перечень платных медицинских услуг	ФИО медицинского работника	Стоимость, руб.	Сроки предоставления

Вышеуказанные медицинские услуги, согласно ч. 4 ст. 84 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ, оказываются по просьбе пациента в виде отдельных медицинских вмешательств.

**ЗАКАЗЧИК :**

ФИО \_\_\_\_\_  
Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_  
Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
Кем выдан \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Дата выдачи \_\_\_\_\_  
Адрес места жительства \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Контактный телефон: \_\_\_\_\_

**ИСПОЛНИТЕЛЬ:**

ООО «АйТиИнвест»  
Юридический адрес:  
350004, Краснодарский край, город Краснодар г.о.,  
Краснодар г, Алма-Атинская, ул. д. 99А, офис 5  
Фактический адрес:  
350004, Краснодарский край, город Краснодар г.о.,  
Краснодар г, Алма-Атинская, ул. д. 99А  
  
тел. +79181360066  
E-mail: [clinic@dr-kalyuzhnaya.ru](mailto:clinic@dr-kalyuzhnaya.ru)  
  
ОГРН 1212300059718  
ИНН 2312305298  
КПП 231101001  
р/с №40702810230000053267  
КРАСНОДАРСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ №8619ПАО СБЕРБАНК  
к/с 30101810100000000602  
БИК 040349602

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(ФИО)

Директор: \_\_\_\_\_ В.В. Калюжный



**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных пациента**

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО пациента)  
паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_,  
выдан \_\_\_\_\_,  
дата выдачи \_\_\_\_\_, проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
телефон: \_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона “О персональных данных” № 152-ФЗ от 27.07.06 г. и статьи 61 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» о 22.07.1993г. №5487-1, даю свое согласие на обработку с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с передачей по внутренней (локальной) вычислительной сети, с передачей по защищенной сети передачи данных Обществу с ограниченной ответственностью «АйТиИнвест» (далее — Оператор), расположенному по адресу (юридический адрес): **350004, Краснодарский край, город Краснодар г.о., Краснодар г., Алма-Атинская ул. д. 99А, офис 5,**

моих персональных данных включающих в себя: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса обязательного медицинского страхования (ОМС), реквизиты полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), реквизиты СНИЛС, данные о состоянии моего (пациента) здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, в т. ч. специальные категории персональных данных; фамилию, имя, отчество, адрес представителя субъекта персональных данных, номер основного документа, удостоверяющего его личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия этого представителя (при получении согласия от представителя субъекта персональных данных).

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать указанные выше 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 указанными выше персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе обрабатывать указанные выше персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации, а также договором на оказание медицинской помощи по программе ОМС, ДМС между Оператором и страховой медицинской компанией.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) указанными выше персональными данными со страховой медицинской компанией, Министерством здравоохранения РФ, Министерством здравоохранения Ростовской области, Фондом социального страхования РФ, Федеральным Фондом обязательного медицинского страхования, Территориальным Фондом обязательного медицинского страхования Ростовской области, Государственным бюджетным учреждением Ростовской области «Медицинский информационно-аналитический центр», с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту в соответствии с требованиями действующего законодательства — кроме защиты от несанкционированного доступа нужно еще обеспечить защиту свойств целостности информации, неизменности, доверенности, и др., без специального уведомления меня об этом.

Срок хранения указанных выше персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты). Передача указанных выше персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, за исключением случаев, предусмотренных Федеральными законами.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ и действует бессрочно.  
(число, месяц, год)

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 представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан:

- а) прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи.
- б) по истечении срока хранения указанных выше персональных данных уничтожить (стереть) все указанные выше персональные данные из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

\_\_\_\_\_  
(подпись и расшифровка субъекта персональных данных)



**Информированное добровольное согласие  
на медицинское вмешательство**

Я,

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

\_\_\_\_\_  
г. рождения, зарегистрированный по адресу:

\_\_\_\_\_  
(дата рождения гражданина  
либо законного представителя)  
проживающий по адресу:

\_\_\_\_\_  
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

" " \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

\_\_\_\_\_  
(дата рождения пациента  
при подписании законным представителем)

\_\_\_\_\_  
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

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.

N 390н <1> (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения  
первично медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

**Общество с ограниченной ответственностью «АйТиИнвест»**

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_

в доступной для меня форме мне 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. 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому(которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. 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:

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

\_\_\_\_\_  
202  
(дата оформления)



Акт № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 2024 г.  
По Договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 2024 г.

Исполнитель: ООО «АйТиИнвест»  
Исполнитель: Калюжный В.В.

Потребитель:

№	Наименование товара, работ, услуг	Кол- во	Цена, руб	Сумма	Скидка	Сумма со скидкой
1.						
Итого:						
Итого с учетом скидки:						
НДС не облагается -						

Всего оказано услуг \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ рублей 00 копеек.

Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

Исполнитель

Потребитель

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_