

## Уведомление пациента о несоблюдении назначений (рекомендаций врача) при оказании пациенту платных медицинских услуг

На основании пункта 24 раздела IV Постановления Правительства РФ от 11.05.2023 N 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. N 1006", подтверждаю, что до заключения договора Исполнитель в письменной форме уведомил меня (Пациента) 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 Пациента.

Пациент \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г

### ДОГОВОР на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_

г. Москва \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью «ПАРАЛЛЕЛЕПИПЕД», действующее на основании Устава, зарегистрированное в качестве юридического лица (ОГРН 1177746430730 от 26 апреля 2017г., выдан Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 46 по г. Москве), именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице генерального директора Закальскиса Романа Викторовича., с одной стороны, и гражданин (гражданка) \_\_\_\_\_, именуемый (ая) в дальнейшем "Заказчик", с другой стороны, и /или гражданин (гражданка) \_\_\_\_\_, именуемый (ая) в дальнейшем "Пациент", с другой стороны, вместе в дальнейшем именуемые "Стороны", заключили настоящий договор о нижеследующем:

#### 1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется оказывать Пациенту медицинские услуги, по своему профилю деятельности, в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, а Пациент (Заказчик) оплачивать предоставленные услуги в соответствии с прейскурантом Исполнителя и настоящим договором.

1.2. Платные медицинские услуги предоставляются Исполнителем на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности Л041-01137-77/00341625 от 12 апреля 2019 г., срок действия – бессрочно, выданной Департаментом здравоохранения города Москвы (г. Москва, Оружейный пер., д.43, тел.(499) 251-83-00). Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации: 1000. при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): 1000.1. при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: 1000.1.17. сестринскому делу, 1000.1.18. сестринскому делу в косметологии, 1000.4. при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: 1000.4.12. дерматовенерологии, 1000.4.25. косметологии, 1000.4.39. оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), 1000.4.40. офтальмологии, 1000.4.42. пластической хирургии, 1000.4.63. травматологии и ортопедии, 1000.4.70. хирургии, 1010. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): 1010.2. при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: 1010.2.27. клинической лабораторной диагностике, 1010.2.52. пластической хирургии, 1010.2.62. рентгенологии, 1010.2.66. сестринскому делу, 1010.2.7. анестезиологии и реаниматологии, 1010.2.81. трансфузиологии, 1010.2.87. хирургии, 1070. При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: 1070.7. экспертизе временной нетрудоспособности.

1.3. Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации, с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

1.4. Пациент (Заказчик при наличии), в случае заключения договора Заказчиком) подтверждает, что на момент подписания договора Исполнителем были доведены до его сведения:

- адрес юридического лица в пределах места нахождения юридического лица (территориально обособленного структурного подразделения юридического лица),
- основной государственный регистрационный номер, идентификационный номер налогоплательщика,
- адрес сайта Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" (далее - сеть "Интернет"),
- информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи,
- выписка из единого государственного реестра юридических лиц,
- правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 N 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. N 1006") (далее – Правила),
- стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги,
- сроки ожидания платных медицинских услуг,
- сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации,
- график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг,
- образцы договоров на оказание платных медицинских услуг,

ООО «ПАРАЛЛЕЛЕПИПЕД». КЛИНИКА «ГАЛАКТИКА» Адрес: 119019, г. Москва, ул. Новый Арбат 36с3 Телефон +7 (495) 648-68-38, e-mail: info@galaktika.clinic

- информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; информация о платных медицинских услугах,
- действующий перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации;
- прейскурант на медицинские услуги, утвержденный в установленном порядке,
- сроки и порядок их оплаты,
- условия предоставления платных медицинских услуг,
- положение о предоставлении платных медицинских услуг.

Я уведомлен о стоимости услуги, планируемой к оказанию.

Пациент /

Заказчик (при наличии) /

1.5. Требования к платным медицинским услугам, в том числе к их объему и срокам предоставления, определяются по соглашению сторон договора, если федеральными законами или иными нормативными правовыми актами Российской Федерации не предусмотрены другие требования.

1.6. Платные медицинские услуги должны соответствовать номенклатуре медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Пациента и (или) Заказчика.

1.7. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором, определяется записью на прием Пациента, а также необходимыми назначениями, сделанными специалистом, подтвержденными подписью Пациента, что означает согласие пациента на оказание дополнительной платной медицинской услуги. Оказание которой невозможно без письменного согласования Пациентом. Акт согласования стоимости медицинских услуг, запланированных к оказанию, является неотъемлемой частью договора на оказание платных медицинских услуг.

1.8. Сроки предоставления медицинских услуг, конкретизируются по соглашению с Пациентом и (или) Заказчиком исходя из общего соматического статуса Пациента, его психоэмоционального состояния, наличия у Пациента и (или) Заказчика и врача свободного времени, с учетом графика работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, остроты клинической ситуации, наличия возможности и необходимого медицинского оборудования.

## 2. Обязанности сторон

### 2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Предоставить для ознакомления информацию об Исполнителе, в соответствии с Правилами путем размещения ее на информационном стенде (стойке ресепшен) по месту предоставления медицинских услуг, а также на сайте Исполнителя.

2.1.2. До заключения договора в письменной форме уведомить Пациента Заказчика 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 Пациента.

2.1.3. Предупредить Пациента (Заказчика) в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором. Без согласия Пациента (Заказчика) Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.4. По заявлению Пациента выдать Пациенту медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья в сроки, предусмотренные действующим законодательством.

2.1.5. Платные медицинские услуги предоставлять при наличии информированного добровольного согласия Пациента, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

2.1.6. Предоставить Пациенту по его требованию 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 лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности, показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.1.7. При оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

2.1.8. Довести до Пациента и (или) Заказчика информацию о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации. Известить, что обращения, содержащие финансовые требования, связанные с некачественным оказанием услуг и причинением вреда здоровью при обращении к Исполнителю направляются по фактическому или юридическому адресу места нахождения Исполнителя по почте России или очно под отметку о приемке, остальные обращения (жалобы) содержащие нефинансовые требования могут быть направлены на адрес электронной почты info@galaktika.clinic или через форму обратной связи на сайте медицинской организации, мессенджеры Исполнителя.

2.1.9. Выдать в соответствии с приказом Минздрава России от 14.09.2020 N 972н "Об утверждении Порядка выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений", такие медицинские документы как медицинское заключение и справка, отражающие состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг в срок, не превышающий 3 рабочих дней.

2.1.10 По требованию Пациента составить смету, при этом она будет являться неотъемлемой частью договора.

### 2.2. Пациент обязуется:

2.2.1. Своевременно и в полном объеме оплатить медицинские услуги, оказанные Исполнителем, в сроки и в порядке, установленными настоящим договором.

2.2.2. Ознакомиться с информацией, утвержденной Исполнителем, размещенной на информационном стенде по месту предоставления услуг.

2.2.3. В случае нахождения на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

2.2.4. В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» своей волей и в своем интересе настоящим Пациент и (или) Заказчик подтверждает свое согласие на обработку персональных данных Пациента и (или) Заказчика Оператором – Исполнителем. Пациент и (или) Заказчик подтверждает свое согласие с тем, что обработка персональных данных Пациента и (или) Заказчика и сведений, отнесенных к врачебной тайне (Пациента), осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, ведения учета и систематизации оказанных услуг, в целях исполнения условий договоров по привлечению Пациентов, а также в целях улучшения

ООО «ПАРАЛЛЕЛЕПИПЕД». КЛИНИКА «ГАЛАКТИКА» Адрес: 119019, г. Москва, ул. Новый Арбат 36с3 Телефон +7 (495) 648-68-38, e-mail: info@galaktika.clinic  
качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований. В целях улучшения качества обслуживания, проведения оценки эффективности маркетинговых программ и качества медицинской помощи, настоящим также Пациент дает свое согласие на получение информации об услугах исполнителя в виде sms-сообщений, по e-mail (электронной почте) и телефону на указанный номер телефона и адрес электронной почты.

Даю / не даю согласие (нужное обвести) [ ] (подпись Пациента) на обработку персональных данных, на использование моего номера телефона, адреса электронной почты для улучшения качества обслуживания, проведения оценки эффективности маркетинговых программ и качества медицинской помощи.

Даю / не даю согласие (нужное обвести) [ ] (подпись Заказчика, при наличии Заказчика), на обработку персональных данных, на использование моего номера телефона, адреса электронной почты для улучшения качества обслуживания, проведения оценки эффективности маркетинговых программ и качества медицинской помощи.

### 3. Цена договора, порядок расчетов

3.1. Стоимость услуг, оказываемых Пациенту, определяется исходя из объема оказанных услуг, согласованных Пациентом (Заказчиком), по ценам, действующим на период оказания услуг и указанных в Прейскуранте. Объем оказываемых услуг согласовывается Исполнителем с Заказчиком, подтверждается подписью Заказчика, наименование и стоимость каждой медицинской услуги указывается в плане лечения/смете, с которым Пациент ознакомливается в день госпитализации.

3.2. Пациенту и (или) Заказчику 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, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения внезапно возникшей угрозы жизни Пациента такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

3.4. Услуги Исполнителя могут быть оплачены самим Пациентом, Заказчиком, либо третьими лицами в порядке, отдельно определенном Сторонами.

3.5. Заказчик осуществляет оплату медицинских услуг путем 100% предварительной предоплаты в соответствии с пунктом 3.6. настоящего договора. При нарушении Заказчиком сроков оплаты цены договора Исполнитель не гарантирует своевременное оказание медицинских услуг согласно установленным договором срокам.

3.6. Оперативное вмешательство оплачивается путем внесения аванса в размере 100%.

При этом 30 000 (тридцать тысяч) рублей вносятся Заказчиком в качестве обеспечения записи Пациента для оказания медицинских услуг в течение 3 (трех) календарных дней после записи для проведения операции (дата госпитализации).

Оставшаяся сумма вносится за три дня до операции. После внесения предоплаты в полном объеме и подтверждения записи указанная сумма (30 000 рублей) зачисляется на депозит Пациента и переходит в счет оплаты медицинских услуг по настоящему Договору.

В случае отмены операции по инициативе Пациента менее чем за 72 часа до времени планируемого поступления Исполнитель вправе удержать с Заказчика внесенную им оплату за обеспечение записи для оказания медицинских услуг (30 000 рублей) в качестве убытков, понесенных Исполнителем в связи с осуществлением бронирования времени в интересах Заказчика.

3.7. Оплата производится следующим образом:

- Наличными средствами в кассу Исполнителя;
- Банковской картой через кассу Исполнителя;
- Банковской картой через сайт Исполнителя (<https://galaktika.clinic/online-payment/plastic-surgery/>);
- Банковским переводом на расчетный счет Исполнителя.

Оплата услуг должна быть подтверждена банковским платежным документом.

3.8. Медицинские услуги, оказываемые с применением имплантатов, оплачиваются на условиях 100% предоплаты в согласованные сроки с целью закупки медицинских изделий. В случае отказа Пациента от оказания медицинских услуг, сумма внесенной предоплаты за медицинские изделия не подлежит возврату.

Цена настоящего договора подлежит изменению в случае изменения по соглашению сторон объема оказываемых медицинских услуг (отказ Пациента от медицинских услуг, оказание Пациенту дополнительных медицинских услуг).

### 4. Ответственность

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

4.2. Вред, причиненный Исполнителем жизни или здоровью Пациента в результате предоставления ему некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

### 5. Порядок изменения и расторжения договора

5.1. Настоящий договор может быть изменен или расторгнут по соглашению Сторон.

5.2. В случае отказа Пациента после заключения договора от получения медицинских услуг - договор расторгается. Исполнитель информирует Пациента о расторжении договора по инициативе Пациента, при этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

5.3. Пациент (Заказчик) вправе отказаться от исполнения договора возмездного оказания услуг при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов.

5.4. В случае если договор заключается Заказчиком и Исполнителем, он составляется в 3 экземплярах, имеющий одинаковую юридическую силу, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Заказчика, третий - у Пациента. В случае если договор заключается Пациентом и Исполнителем, он составляется в 2 экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу (кроме случаев заключения договора дистанционным способом). Договор хранится в порядке, определенном законодательством Российской Федерации об архивном деле в Российской Федерации.

### 6. Адреса и реквизиты сторон

|                      |         |          |
|----------------------|---------|----------|
| ИСПОЛНИТЕЛЬ          | ПАЦИЕНТ | ЗАКАЗЧИК |
| ООО "ПАРАЛЛЕЛЕПИПЕД" | Ф.И.О:  | Ф.И.О:   |

|  |  |  |
|--|--|--|
| Адрес: 121205, Москва Город, ул. Новый Арбат, д. 36, стр. 3, помещ. 35-38, 47-50 | Адрес места жительства:  | Адрес места жительства:  |
| ИНН / КПП –<br>7704408737/770401001  | Паспорт: серия _____ № _____<br>Кем выдан: _____<br>Дата выдачи: _____ | Паспорт: серия _____ № _____<br>Кем выдан: _____<br>Дата выдачи: _____ |
| Р/с 40702810500080008619   | e-mail:  | e-mail:  |
| БИК 044525917  | Телефон:   | Телефон:   |
| к/с 30101810445250000917   |  |  |
| Филиал ООО Банк Оранжевый в г. Москве  |  |  |
| Тел.: +7 (495) 181-10-83   | Ф.И.О.   | Ф.И.О.   |
| Подпись / _____ /  | Подпись / _____ /  | Подпись / _____ /  |