

ООО «Аксон+» в соответствии с требованиями, определенными Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. постановлением Правительства РФ от 30 мая 2026 г. №659) уведомляет Потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, а также на период временной нетрудоспособности, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

_____/_____. Г.

ДОГОВОР
об оказании платных медицинских услуг

_____. Г.

Общество с ограниченной ответственностью «Аксон+», действующее на основании свидетельства о государственной регистрации юридического лица №П041-01019-24/00303428 от 15 января 2016 г., выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, адрес: 660021, г. Красноярск, Проспект Мира, д.132, именуемое в дальнейшем Исполнитель, с одной стороны, и

Заполняется на лиц, не достигших 18 лет или недееспособных граждан

являясь законным представителем _____ Ф.И.О. полностью, дата, месяц, год рождения лица, от имени которого, выступает законный представитель

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

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется по желанию Потребителя оказать последнему медицинские услуги, согласно Перечню медицинских услуг (Приложение № 1), согласованному с Потребителем, а Потребитель принимает на себя обязательство по оплате оказанных услуг.

1.2. Исполнитель оказывает медицинские услуги в соответствии с лицензией №П041-01019-24/00303428 от 15 января 2016 г., действует бессрочно, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, адрес: 660021, г. Красноярск, Проспект Мира, д.132, согласно перечню: При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу; сестринскому делу; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии; терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); аллергологии и иммунологии; гастроэнтерологии; дерматовенерологии; детской хирургии; кардиологии; лечебной физкультуре; неврологии; нейрохирургии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации); офтальмологии; ревматологии; рефлексотерапии; спортивной медицине; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии. При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи.

2. Порядок оказания услуги

2.1. Медицинские услуги оказываются сотрудниками Исполнителя (врачами и средним медицинским персоналом) в помещении, на оборудовании и материалами Исполнителя.

2.2. Предоставление медицинских услуг Потребителю происходит в порядке предварительной записи, в согласованное время. В особых случаях, включая необходимость получения неотложной помощи без предварительной записи и вне установленное время, время приема Потребителя может быть изменено.

3. Права и обязанности сторон

3.1. Потребитель обязуется:

3.1.1. Выполнять все указания лечащего врача, специалистов и медицинского персонала.

3.1.2. Являться на прием в согласованное время.

3.1.3. Предоставлять медицинскому персоналу до проведения медицинского вмешательства всю необходимую для оказания услуг по настоящему договору информацию и документы, имеющие отношения к предмету обращения, в том числе перенесенные, наследственные, сопутствующие заболевания, аллергические реакции, непереносимость лекарственных препаратов, противопоказания. В случае несообщения или предоставления недостоверной информации Исполнитель не несет ответственность за отрицательные последствия оказанных услуг.

3.1.4. Заблаговременно информировать Исполнителя об отмене или об изменении назначенному ему времени получения медицинской услуги.

3.1.5. Своевременно и в полном объеме производить оплату в соответствии с перечнем медицинских услуг и прейскурантом Исполнителя, действующим на момент оказания услуги.

3.2. Исполнитель обязуется:

3.2.1. Оказывать качественные медицинские услуги.

3.2.2. Проинформировать Потребителя о результатах обследования, предварительного диагноза, и о возможных осложнениях.

3.2.4. Самостоятельно выбирать методы, объем и средства лечения с учетом индивидуальных особенностей Потребителя, направлять Потребителя в другие медицинские организации для дополнительной диагностики и лечения, необходимых для дальнейшего оказания услуги.

3.2.5. По письменному запросу Потребителя в течение 10 рабочих дней, выдать выписку из медицинской карты или копии медицинских документов, отражающие состояние его здоровья.

3.2.6. Исполнитель обязуется без согласия Потребителя не разглашать сведения, составляющие врачебную тайну и персональные данные Потребителя, за исключением случаев, предусмотренных Законодательством РФ.

3.3. Потребитель вправе:

3.3.1. Получить информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствия и результатах проведенного лечения.

3.3.3. Выбирать время приема у врача из имеющегося свободного.

3.3.6. Получить выписки из медицинских документов, копии медицинских документов.

3.3.7. В любое время, в одностороннем порядке, отказаться в письменной форме от получения медицинской услуги, а так же расторгнуть договор, при этом оплатить исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательства по договору. В этом случае Потребитель не вправе предъявлять претензии по качеству незавершенного лечения.

3.4. Исполнитель вправе:

3.4.1. Отсрочить оказание услуги Потребителю, в случае возникновения ситуации, связанной со здоровьем Потребителя, которая препятствует, является противопоказанием для проведения медицинского вмешательства.

3.4.2. Не заключать договор с Потребителем, в случае невозможности предоставления медицинской услуги (отсутствие медицинского оборудования и пр.)

3.4.3. Заключать договора на оказание медицинских услуг с иными медицинскими организациями для осуществления условий настоящего договора.

3.4.4. Требовать от Потребителя своевременной оплаты оказываемых услуг.

4. Стоимость услуг и порядок оплаты

4.1. Потребитель оплачивает услуги после проведения диагностического обследования, путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету.

4.2. В подтверждение оплаты выдается кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности.

4.3. Потребитель информирован о возможности получения бесплатной медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ОМС).

5. Ответственность и споры

5.1. Исполнитель гарантирует качественное оказание услуг, а именно-выполнение составляющих услуги действий по методикам и стандартам, соответствующим обязательным для подобных услуг требованиям, а так же в соответствии с технологией, предусмотренной для применяемых при оказании услуг материалов, препаратов, инструментов, оборудования, помещений.

5.2. Исполнитель принимает на себя обязательство устранить недостатки некачественно оказанных услуг.

5.3. Осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие в следствие биологических особенностей организма, и вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить, не являются недостатками качества услуг, если они оказаны с соблюдением всех необходимых требований.

5.4. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору если это произошло в следствии непреодолимой силы (форс-мажор), то есть чрезвычайных и непредотвратимых обстоятельств.

5.5. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по договору.

5.6. Все споры и разногласия Стороны разрешают путем переговоров.

5.7. Разногласия между Сторонами, которые не будут устранены путем переговоров, должны окончательно решаться в судебном порядке.

6. Прочие условия

7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до момента исполнения сторонами своих обязательств, но не позднее _____.

7.2. Приложением к настоящему договору являются перечень медицинских услуг (Приложение №1)

7.3. Все изменения, дополнения к настоящему договору оформляются в письменном виде, и являются неотъемлемой частью договора.

7.4. Настоящий договор заключен в двух экземплярах, по одному экземпляру для каждой из Сторон, имеющих равную юридическую силу.

7. Адреса и реквизиты сторон

Исполнитель:

ООО «Аксон+»

Адрес: 660127, г. Красноярск, ул. Мате Залки, д.33, пом.148

ИНН/КПП 2460242330/246501001, ОГРН 1122468062991

зарегистрированное 19.11.2012г. ИФНС № 2460 по

Железнодорожному р-ну г. Красноярска

Банк получателя: АО «Банк ДОМ.РФ»

р/с 40702810800640010809

БИК: 044525266

www.axonplus.ru

e-mail: axonplus@mail.ru

т. 8 (391)205-03-33

Директор ООО «Аксон+» _____ (Спирина М.Ф.)

М.П.

Потребитель:

ФИО _____

Паспорт: серия №

выдан

Адрес: _____

Тел. _____

Экземпляр договора получен на руки.

Подпись: _____

Согласие пациента на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся(ая), _____,

являюсь законным представителем,

в соответствии с требованиями федеральных законов: от 27 июля 2006 года № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и защите информации», от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных»; Постановления Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2007 года № 781 «Об утверждении Положения об обеспечении безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных», Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Аксон+» (660127, г. Красноярск, ул. Мате Залки, д.33, пом.148) (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, серия и номер паспорта, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, в целях установления 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 (представляемому) 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.

Я предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 5 лет для амбулаторной службы и 25 лет – для стационаров.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие дано мной _____ года 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.

Контактный(е) телефон(ы): _____

Почтовый адрес: _____

Подпись субъекта персональных данных, либо законного представителя: _____ (_____)