

Договор составлен в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

До заключения договора Исполнитель уведомляет Потребителя (Заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

## ДОГОВОР НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Симферополь

«\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Эксперт-Центр УЗД», ОГРН 1149102183955, ИНН9102066310

в

лице

\_\_\_\_\_,  
действующей на основании доверенности, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны,

и

(Ф.И.О. заказчика, Ф.И.О. законного представителя пациента)

зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

(наименование органа, выдавшего документ и дата выдачи),

в отношении \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. (при наличии) пациента-потребителя при подписании согласия представителем),

\_\_\_\_\_ (число, месяц, год) года рождения, проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

(наименование органа, выдавшего документ, дата выдачи и код подразделения),

Данные \_\_\_\_\_ документа, \_\_\_\_\_ подтверждающие представительство: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель» («Заказчик»), с другой стороны, и вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

### 1. Основные понятия

1.1. В рамках настоящего Договора используются следующие основные понятия:

«**Платные медицинские услуги**» - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования (далее - договоры);

«**Потребитель**» - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором.

Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

**«Заказчик»** - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

**«Исполнитель»** - ООО «Эксперт-Центр УЗД», оказывающая платные медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором.

**«Спецификация»** - неотъемлемая часть настоящего Договора, которая содержит подробную информацию о перечне (наименовании и количестве), стоимости платных медицинских услуг, оказываемых в соответствии с настоящим Договором.

## **2. Предмет договора**

2.1. По настоящему Договору Исполнитель предоставляет Потребителю платные медицинские услуги, перечень которых определен дополнительно в Спецификации к настоящему Договору, по своему профилю деятельности в соответствии с указанной ниже лицензией на осуществление медицинской деятельности, а Потребитель обязуется оплатить оказанные услуги в размере, порядке и сроки, установленные настоящим Договором.

Перечень платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю в соответствии с настоящим Договором, указан в Спецификациях, которые являются неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.2. Платные медицинские услуги (работы) предоставляются Исполнителем на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01177-91/00362487 от 13.01.2017, срок действия лицензии: бессрочно, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения предоставленной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности (Приложение №1)

2.3. Перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией указан в п.4.1. настоящего договора.

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

Платные медицинские услуги, оказанные в соответствии с данным Договором, соответствуют номенклатуре медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.5. Получателем платных медицинских услуг является Потребитель.

2.6. Потребитель (Заказчик) подтверждает, что до заключения Договора Исполнитель предоставил ему в доступной форме информацию об Исполнителе в соответствии со статьями 8 - 10 Закона Российской Федерации "О защите прав потребителей", в том числе:

- фирменное наименование (наименование), место нахождения (адрес), режим работы, государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица, идентификационный номер налогоплательщика,

- адрес сайта в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» Исполнителя (<https://ekspertuzi.ru>);

- о лицензии на осуществление медицинской деятельности, ее номере, сроках действия, а также информация об органе, выдавшем указанную лицензию.

Потребитель (Заказчик) подтверждает, что до заключения Договора Исполнитель предоставил ему в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

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

- о порядке оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, клинические рекомендации (при их наличии), с учетом и на основании которых оказываются медицинские услуги, а также информация о

возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

- перечень платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, с указанием цен в рублях;

- информацию о медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

- график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;

- сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг и оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно;

- перечень категорий потребителей, имеющих право на получение льгот

Потребитель (Заказчик) подтверждает, что до заключения Договора Исполнитель:

- уведомил 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;

- уведомил о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях;

- уведомил 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;

- ознакомил с правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736);

- ознакомил его с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;

- ознакомил с порядком осуществления видеонаблюдения в целях усиления мер по антитеррористической и пожарной безопасности, осуществления личной безопасности работников и пациентов, контроля качества оказания медицинской помощи;

- ознакомил с адресами и наименованиями органов государственной власти и организаций, куда Потребитель вправе направить обращение (жалобу) в письменном либо электронном виде.

2.7. Подписав настоящий Договор, Потребитель (Заказчик) подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему (Потребителю) медицинских услуг на платной основе.

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

2.9. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

2.10. Сроки ожидания предоставления медицинских услуг зависит от объема услуг, графика работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, и начинается с момента обращения Потребителя (Заказчика) к Исполнителю и произведенной оплаты услуг. Срок оказания медицинских услуг не может превышать 20 календарных дней со дня обращения Потребителя в медицинскую организацию, за исключением если Потребитель (Заказчик) заявит об оказании услуги в более поздний срок.

2.11. В случае изменения срока оказания медицинских услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.

### **3. Права и обязанности сторон**

#### **3.1. Исполнитель обязуется:**

3.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в полном объеме с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.1.2. Предоставить Потребителю (законному представителю потребителя) после оказания медицинской услуги копии медицинских документов, выписки из медицинских документов, заключения, отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, без взимания дополнительной платы в течении срока необходимого для их полного составления, но не превышающего срок, указанный в п.2.10 настоящего Договора.

3.1.3. Предоставить Потребителю (законному представителю потребителя) 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 при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

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

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

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

3.1.7. 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.

3.1.8. Предоставить в доступной форме информацию 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.

3.1.9. 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 и (или) Заказчика.

### **3.2. Исполнитель вправе:**

3.2.1. При выявлении у Потребителя противопоказаний к проведению лечебных и диагностических мероприятий отказать в их проведении.

3.2.2. Требовать от Потребителя соблюдения:

- графика прохождения процедур;

- режима при приеме лекарственных препаратов;

- назначений, рекомендаций специалистов;

- лечебно-охранительного режима;

- правил внутреннего распорядка медицинской организации;

- правил техники безопасности и пожарной безопасности.

3.2.3. Отказаться от исполнения настоящего Договора при неисполнении Потребителем правил внутреннего распорядка медицинской организации, рекомендаций и назначений специалистов и нарушении режима работы организации.

### **3.3. Потребитель обязуется:**

3.3.1. Оплатить оказанную Исполнителем медицинскую услугу (выполненную работу) в порядке и сроки, установленные настоящим Договором.

3.3.2. 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.

При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) о любых изменениях самочувствия.

3.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.

3.3.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги, соблюдать Правила внутреннего распорядка медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

3.3.5. Согласовывать со специалистами, оказывающими платные медицинские услуги, употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей и прочего.

#### **3.4. Потребитель имеет право:**

3.4.1. Получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями порядков оказания медицинской помощи, стандартов и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи.

3.4.2. В доступной для него форме получить информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

3.4.3. Получить у Исполнителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

#### **4. Стоимость платных медицинских услуг и порядок расчетов**

4.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю согласно п. 2.1. настоящего Договора, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом цен (тарифов) платных медицинских услуг, утвержденным в установленном порядке.

4.2. Стоимость медицинских услуг по настоящему Договору определяется по Прейскуранту цен (тарифов) платных медицинских услуг, действующему на момент заключения настоящего Договора.

4.2.1. В случае заключения дополнительного соглашения, отдельного Договора или подписания спецификации к настоящему Договору на предоставление дополнительных медицинских услуг, их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения, отдельного Договора или на момент подписания спецификации на предоставление дополнительных медицинских услуг.

4.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Потребителя с учетом уточненного диагноза, путем подписания дополнительного соглашения или спецификации на дополнительные медицинские услуги, которые являются неотъемлемой частью настоящего Договора. Без согласия Потребителя, Исполнитель не имеет права предоставлять дополнительные платные медицинские услуги по настоящему Договору.

4.4. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Потребителем до начала их оказания (наличными денежными средствами, безналичным расчетом) в кассе ООО «Эксперт-Центр УЗД», либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя в валюте Российской Федерации (рубли). Потребителю (Заказчику) после оплаты медицинских услуг выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг, установленного образца.

4.5. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю услуг, предусмотренный 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 (Заказчика) удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток

суммы, уплаченный Потребителем по настоящему Договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

4.6. В целях защиты прав потребителя Исполнитель по обращению Потребителя выдает следующие документы, подтверждающие фактические расходы Потребителя на оказанные медицинские услуги и (или) приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения:

- копию договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения);
- справку об оплате медицинских услуг по установленной форме;
- рецептурный бланк с проставленным штампом "Для налоговых органов Российской Федерации, идентификационный номер налогоплательщика", заверенный подписью и личной печатью врача, печатью медицинской организации;
- документы установленного образца, подтверждающие оплату медицинских услуг.

## **5. Сроки действия Договора**

5.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

5.2. Окончание срока действия Договора не освобождает стороны от ответственности за его нарушение и от исполнения Сторонами своих обязательств по Договору, взятых на себя до истечения его срока действия.

5.3. Сроки, которые не регулируются действующим законодательством и нормативными актами РФ, но установлены настоящим Договором, действуют в соответствии с настоящим Договором.

## **6. Ответственность сторон за невыполнение условий Договора**

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

6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.3. 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. 3.3.2 настоящего Договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п. 3.3.4 настоящего Договора.

6.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Потребителем условий настоящего Договора.

6.5. 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.

## **7. Порядок изменений и расторжения Договора**

7.1. Любая Договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.

7.2. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Потребителя после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Отказ Потребителя от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю в течение 2 (двух) календарных дней. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении настоящего Договора по инициативе Исполнителя (в случае нарушения Потребителем условий настоящего Договора) в течение 2 (двух) календарных дней, при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

7.3. В случае расторжения договора, неисполнения или частичного исполнения услуг по настоящему договору Исполнитель обязуется вернуть Потребителю (Заказчику) сумму за вычетом стоимости уже выполненных услуг, на основании заявления Заказчика в течение 10 дней.

## **8. Заключительные положения**

8.1. Настоящий Договор может быть изменен или дополнен только по обоюдному согласию Сторон, оформленному в письменном виде. Все дополнения и изменения к настоящему Договору являются неотъемлемой его частью.

8.2. Договор, составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой Стороны. В случае, если настоящий Договор заключается между Исполнителем и Заказчиком в пользу Потребителя, то настоящий Договор заключается в 3-х экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй у Заказчика, третий у Потребителя.

8.3. Неотъемлемые части Договора:

- Лицензия (Выписка из реестра лицензий, срок действия лицензии - бессрочно) (Приложение 1).

8.4. При предъявлении Потребителем требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), Исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей".

8.5 Для получения впоследствии копий медицинских документов или выписок из них Потребитель либо его законный представитель вправе представить соответствующий запрос на бумажном носителе (при личном обращении или по почте), либо запрос, сформированный в форме электронного документа, подписанного Потребителем либо его законным представителем с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» (далее - Единый портал государственных и муниципальных услуг), единой системы идентификации и аутентификации, федеральных государственных информационных систем в сфере здравоохранения, государственных информационных систем в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, медицинских информационных систем медицинских организаций и иных информационных систем, предназначенных для сбора, хранения, обработки и предоставления информации, касающейся деятельности медицинских организаций и предоставляемых ими услуг.

8.5.1. Запрос составляется в свободной форме и содержит данные в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 789н (сведения о пациенте: фамилия, имя, отчество (при наличии); реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента; адрес места жительства (места пребывания); почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений и (в случае, если имеется) номер контактного телефона, адрес электронной почты (при наличии); сведения о законном представителе; наименования запрашиваемых документов; сведения о способе получения документов; дата подачи запроса и подпись заявителя).

8.5.2. При подаче запроса лично, а также при личном получении копии медицинских документов и выписок из них Потребитель либо его законный представитель предъявляет документ, удостоверяющий личность. Законный представитель потребителя дополнительно предъявляет документ, подтверждающий его статус.

8.5.3. В случае выбора способа получения Потребителем (его законным представителем) запрашиваемых документов по почте соответствующие документы направляются заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

8.5.4. В случае отсутствия в запросе необходимых вышеуказанных сведений и (или) документа, подтверждающего статус законного представителя, Исполнитель в письменной или электронной форме информирует об этом Потребителя либо его законного представителя в срок, не превышающий 14 календарных дней со дня регистрации в медицинской организации запроса.

8.5.5. Предоставление Потребителю либо его законному представителю копий медицинских документов и выписок из них на бумажном носителе осуществляется в количестве одного экземпляра в срок 30 рабочих дней с момента подачи заявления Заказчиком (Потребителем).

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

8.7. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

## 9. Реквизиты и подписи сторон

### Исполнитель

Общество с ограниченной  
ответственностью  
«Эксперт-Центр УЗД»  
Юридический адрес: 295017, Республика  
Крым,  
г. Симферополь, ул. Мокроусова, 14/42,  
кв. 23  
ИНН 9102066310  
КПП 910201001  
ОГРН 1149102183955  
Банковские реквизиты:  
р/с 40702810052000000362  
Юго-Западный Банк ПАО Сбербанк  
БИК 046015602  
к/с 30101810600000000602

[ekspertcentruzd@mail.ru](mailto:ekspertcentruzd@mail.ru)

Подпись  
ООО «Эксперт-Центр УЗД»

### Потребитель

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя и отчество (при наличии),  
проживающий(ая) по адресу (для направления  
корреспонденции): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Адрес регистрации места жительства: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Данные документа, удостоверяющего личность:  
паспорт \_\_\_\_\_  
(серия) (номер)

Выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(дата выдачи) (код подразделения)  
телефон: \_\_\_\_\_

Подпись Ф.И.О.





**Выписка**  
**из реестра лицензий по состоянию на «\_» \_\_\_\_\_ 2023 г.**

(сформирована на интернет-портале Росздравнадзора)

1. Статус лицензии: действует; срок действия лицензии -= бессрочно
2. Регистрационный номер лицензии: Л041-01177-91/00362487;
3. Дата предоставления лицензии: 13.01.2017;
4. Лицензирующий орган: Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения;
5. Полное и (в случае, если имеется) сокращённое наименование, в том числе фирменное наименование, и организационно-правовая форма юридического лица, адрес его места нахождения, государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица:  
Полное наименование - Общество с ограниченной ответственностью «Эксперт-Центр УЗД»;  
Сокращённое наименование - ООО "Эксперт-Центр УЗД";  
ОПФ - Общество с ограниченной ответственностью;  
Адрес места нахождения - 295017, Россия, Республика Крым, г. Симферополь, Мокроусова, д. 14/42, кв. 23;  
ОГРН - 1149102183955;
6. Идентификационный номер налогоплательщика: 9102066310;
7. Лицензируемый вид деятельности: Медицинская деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»);
8. Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности:  
295017, Республика Крым, г. Симферополь, ул. Мокроусова д. 14/ул. Киевская д. 42, кв. 23 выполняемые работы, оказываемые услуги:  
Приказ 866н;  
При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):  
при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:  
сестринскому делу; функциональной диагностике;  
при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:  
гастроэнтерологии; кардиологии; неврологии;  
организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; ревматологии;  
ультразвуковой диагностике; функциональной диагностике; эндокринологии.  
295017, Республика Крым, г. Симферополь, ул. Киевская, д.38 выполняемые работы, оказываемые услуги:  
Приказ 866н;  
При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):  
при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:  
сестринскому делу;  
при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:  
кардиологии;  
организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; ультразвуковой диагностике.

295017, Республика Крым, г. Симферополь, ул. Киевская, д. 44 выполняемые работы, оказываемые услуги:

Приказ 866н;

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

сестринскому делу;

при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

ультразвуковой диагностике.

295024, Республика Крым, г. Симферополь, ул. 60 лет Октября, д.30 (лит. В, помещения 2, 3)

(Кабинет) выполняемые работы, оказываемые услуги:

Приказ 866н;

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

сестринскому делу; функциональной

диагностике;

при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

гастроэнтерологии; кардиологии; нефрологии; ревматологии;

ультразвуковой диагностике; функциональной

диагностике; эндокринологии.

295017, Республика Крым, г. Симферополь, ул. Мокроусова/Киевская, д. 14/42, кв.1 (Кабинет) выполняемые работы,

оказываемые услуги:

Приказ 866н;

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

сестринскому делу; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии;

при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

гастроэнтерологии; пульмонологии;

эндокринологии.

295017, Республика Крым, г. Симферополь, ул. Киевская, д.38 (кад. номер 90:22:010218:4906) выполняемые работы,

оказываемые услуги:

Приказ 866н;

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; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: 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); дерматовенерологии; кардиологии; ревматологии;

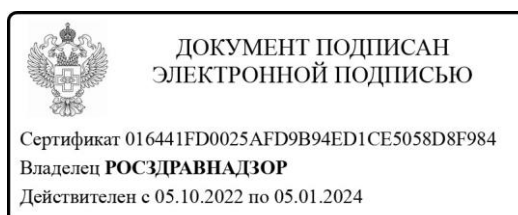
сердечно-сосудистой хирургии; функциональной

диагностике.

9. Номер и дата приказа (распоряжения) лицензирующего органа: № 6929 от 29.07.2022.

10. Иные установленные нормативными правовыми актами Российской Федерации сведения: приказ/решение (внесение изменений в лицензию) № 6929 от 29.07.2022; приказ/решение (переоформление лицензии) № 1408 от 21.05.2021; приказ/решение (выдача лицензии) № 44 от 13.01.2017.

Выписка носит информационный характер, после ее составления в реестр лицензий могли быть внесены изменения.



### СПЕЦИФИКАЦИЯ

**Исполнитель:** Общество с ограниченной ответственностью «Эксперт-Центр УЗД», ОГРН 1149102183955, ИНН9102066310, адрес: 295017, Республика Крым, г. Симферополь, ул. Мокроусова, 14/42, кв. 23 в лице \_\_\_\_\_, действующей на основании доверенности

**Заказчик:** \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. заказчика, Ф.И.О. законного представителя пациента)  
зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

(наименование органа, выдавшего документ и дата выдачи),

**Потребитель (пациент)** \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. (при наличии) пациента-потребителя при подписании согласия представителем),  
\_\_\_\_\_ (число, месяц, год) года рождения, проживающего по  
адресу: \_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

(наименование органа, выдавшего документ, дата выдачи и код подразделения),

Данные \_\_\_\_\_ документа, \_\_\_\_\_ подтверждающие  
представительство: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**Перечень и стоимость предоставляемых платных медицинских услуг по Договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_**

№ п/п	Наименование платной медицинской услуги	Единица измерения	Количество единиц	Стоимость за единицу (руб.)	Сумма, (руб)
1	2	3	4	5	6
ИТОГО:					

До подписания Спецификации Исполнитель уведомляет Потребителя (Заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

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

(фамилия, инициалы)

(подпись)

## Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг

Мне \_\_\_\_\_

разъяснено и понятно мое право 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.

Я ознакомлен(а) с правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736), перечнем, стоимостью, сроками и условиями оказания, и порядком оплаты медицинских услуг, предоставляемых ООО «Эксперт-Центр УЗД».

Я даю свое информированное добровольное согласие на подписание Спецификации к договору на предоставление платных медицинских услуг с ООО «Эксперт-Центр УЗД».

\_\_\_\_\_ *дата*

\_\_\_\_\_ *подпись*

\_\_\_\_\_ *Ф.И.О.*

Данной подписью подтверждаю перечень предоставляемых платных медицинских услуг по Договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Потребитель

(Заказчик) \_\_\_\_\_

Медицинский регистратор-кассир ООО «Эксперт-Центр УЗД» \_\_\_\_\_

## Согласие субъекта на обработку персональных данных

г. Симферополь

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. (при наличии) полностью потребителя (заказчика) либо его законного представителя)  
\_\_\_\_\_ (число, месяц, год) года рождения,  
зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (наименование органа, выдавшего документ и дата выдачи),  
в отношении \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. (при наличии) пациента-потребителя при подписании согласия представителем),  
\_\_\_\_\_ (число, месяц, год) года рождения, проживающего по  
адресу: \_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (наименование органа, выдавшего документ, дата выдачи и код подразделения),  
Данные \_\_\_\_\_ документа, \_\_\_\_\_ подтверждающие  
представительство: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных" настоящим выражаю свое согласие на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку ООО «ЭКСПЕРТ-ЦЕНТР УЗД», юридический адрес: 295017, Республика Крым, г. Симферополь, ул. Мокроусова, д. 14/42, кв. 23 , (далее - оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, адрес проживания, контактный телефон, паспортные данные, сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания первичной медико-санитарной помощи, включающей, в том числе, лабораторные методы обследования, и оказания медицинских услуг.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), передачу (предоставление, доступ) извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения (запись) в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), для формирования иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными лицами.

Выражаю свое согласие на информирование о ранее оказанных медицинских услугах, получение информационных и (или) рекламных сообщений, в том числе, с использованием сетей электросвязи, рассылки посредством СМС и e-mail.

В процессе оказания мне медицинских услуг я предоставляю право Оператору передавать (предоставлять доступ) мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, в интересах моего медицинского обследования, лечения, установления диагноза и учета:

- должностным лицам Оператора, а также иным лицам - медицинским организациям, индивидуальным предпринимателям, осуществляющим медицинскую деятельность, обрабатывающим персональные данные совместно с Оператором на основании заключенных между Оператором и такими лицами договоров о совместной деятельности.

Срок хранения моих персональных данных у Оператора соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Передача моих персональных данных иным лицам (неуказанным в данном согласии) или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Субъект персональных данных:

\_\_\_\_\_  
(подпись, Ф.И.О.)

### **Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг и на медицинское вмешательство**

г. Симферополь

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.(при наличии) полностью потребителя либо его законного представителя)  
\_\_\_\_\_ (число, месяц, год) года рождения,  
зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (наименование органа, выдавшего документ и дата выдачи),  
в отношении \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. (при наличии) пациента-потребителя при подписании согласия представителем),  
\_\_\_\_\_ (число, месяц, год) года рождения, проживающего по  
адресу: \_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (наименование органа, выдавшего документ, дата выдачи и код подразделения),  
Данные \_\_\_\_\_ документа, \_\_\_\_\_ подтверждающие  
представительство: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

#### **Согласие на получение платных медицинских услуг**

Мне разъяснено и понятно мое право 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.

Я ознакомлен(а) с правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736), перечнем, стоимостью, сроками и условиями оказания и порядком оплаты медицинских услуг, предоставляемых ООО «Эксперт-Центр УЗД».

Я даю свое информированное добровольное согласие на заключение и подписание договора на предоставление платных медицинских услуг с ООО «Эксперт-Центр УЗД».

\_\_\_\_\_  
дата

\_\_\_\_\_  
подпись

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О.

Информацию до потребителя довел:

(дата, подпись Ф.И.О. должностного лица)

### **Согласие на медицинское вмешательство**

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" 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 390н1(далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (*ненужное зачеркнуть*) в ООО «Эксперт-Центр УЗД»

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. (при наличии) медицинского работника)

даю информированное добровольное согласие на проведение следующих процедур в отношении меня (лица, представителем которого я являюсь):

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия
5. Тонометрия
6. Исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
7. Функциональные методы исследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы.
8. Ультразвуковые и доплерографические исследования (в том числе вагинальным, ректальным методом).

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, действия которые надлежит мне выполнить во время подготовки и проведения обследования, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я понимаю и осознаю, что в моих интересах сообщить врачу обо всех имеющихся у меня (моего подопечного) проблемах со здоровьем (заболеваниях, операциях, травмах, вредных привычках, об экологических и производственных факторах физической, химической и биологической природы, воздействующих на меня (подопечного) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах), аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарства.

Мне разъяснено, что ультразвуковое исследование является безопасным для здоровья (в том числе при исследовании беременности). Мне разъяснено, что УЗИ является высокоинформативным методом, но в ряде случаев не позволяет установить точный диагноз, что связано с физическими основами ультразвука, особенностями визуализации различных патологических процессов и качеством подготовки пациента к исследованию.

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", а также мне разъяснены последствия моего отказа.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(а) с ними.

Я подтверждаю, что решение о проведении обследования и лечения является моим собственным и было принято без принуждения или навязывания, чьей либо воли и мысли.

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

дата \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_ Ф.И.О. (при наличии) гражданина или его законного представителя

дата \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_ Ф.И.О. (при наличии) медицинского работника

### Отказ от медицинского вмешательства

г. Симферополь

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. (при наличии) полностью потребителя либо его законного представителя)

\_\_\_\_\_ (число, месяц, год) года рождения,

зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (наименование органа, выдавшего документ и дата выдачи),

в отношении \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. (при наличии) пациента-потребителя при подписании согласия представителем),

\_\_\_\_\_ (число, месяц, год) года рождения, проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (наименование органа, выдавшего документ, дата выдачи и код подразделения),

Данные \_\_\_\_\_ документа, \_\_\_\_\_ подтверждающие  
представительство: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных 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 390н1: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных) вида (видов) медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния))



Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

---

<i>дата</i>	<i>подпись</i>	<i>Ф.И.О. (при наличии) гражданина или его законного представителя</i>
-------------	----------------	--

---

<i>дата</i>	<i>подпись</i>	<i>Ф.И.О. (при наличии) медицинского работника</i>
-------------	----------------	--