

До заключения договора и дополнительных соглашений на оказание платных медицинских услуг я, _____ (Ф.И.О.) действующий(ая) за (нужное отметить):

- себя лично несовершеннолетнего ребенка, чьим родителем я являюсь
 несовершеннолетнего ребенка, чьим опекуном/попечителем своего доверителя, чьим представителем я являюсь по доверенности № _____ от « ____ » _____ г. я являюсь, на основании _____ № _____ от « ____ » _____ г. (копия прилагается и является неотъемлемой частью заключаемого договора на оказание платных медицинских услуг) (указать наименование документа)

(Ф.И.О. потребитель медицинской услуги)

подтверждаю, что информирован(а) и уведомлен(а) о том, что определенные мед. услуги/часть мед. услуг в ООО Глазная клиника «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова (далее по тексту Исполнитель) в соответствии с действующим прейскурантом цен, могут быть предоставлены бесплатно по программам государственных гарантий обязательного медицинского страхования как Исполнителем (в порядке очередности), так и в других медицинских федеральных и муниципальных учреждениях, в том числе по месту прикрепления. При этом выражаю свое добровольное согласие на оплату мед. услуг, оказываемых Исполнителем, по заключенному договору на оказание платных мед. услуг/дополнительных соглашений, за счет личных средств.

До заключения договора на оказание платных мед. услуг, подтверждаю, что получил в регистратуре и внимательно ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами правил оказания платных медицинских услуг Исполнителем, а также ознакомлен с: прейскурантом цен, режимом работы, графиком работы мед. работников, участвующих в предоставлении платных мед. услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации; порядком и условиями предоставления мед. помощи в соответствии с программой гос. ударственных гарантий и территориальной программой; порядками и стандартами (при наличии), в соответствии с которыми оказываются медицинские услуги; требованиями, обеспечивающими безопасность оказания мед. услуги для потребителя, а также мер для предотвращения причинения вреда имуществу потребителя; информацию о методах оказания мед. помощи, связанных с ними рисках, возможных видах мед. вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания мед. по мощи указанных в информированных добровольных согласиях. Указанные выше документы, действуют на момент оказания мед. услуг, и являются неотъемлемой частью заключаемого договора на оказание платных мед. услуг. Дополнительно, указанные документы, так же как и образцы договоров размещены и опубликованы на информацион ных стендах, официальном сайте в сети Интернет по адресу: <http://www.lenarclinic.com>. Положения указанных документов понятны, подтверждаю свое добровольное присоединение к данным документам, принимаю их условия. Добровольно даю свое согласие на исполнение и соблюдение требований и обязательств, изложенных в вышеуказанных документах, а также на получение мед. услуг, оказываемых Исполнителем на основании утвержденного прейскуранта цен.

До получения медицинских услуг, предоставляемых Исполнителем осведомлен(а)/уведомлен(а), что:

- несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, приема лекарственных препаратов, неявка в назначенное время на этапы лечения и последующие профилактические осмотры, бесконтрольное самолечение может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья, в том числе воспрепятствование в какой бы то ни было форме законной деятельности медицинского работника по оказанию медицинской помощи;

- имею право оформить отказ на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну как близким родственникам, так и супругу(е), детям, а также на конкретные страховые компании и банки;

- в любой момент, а также во время ожидания приема и до получения медицинской услуги могу заблаговременно ознакомиться с образцами информированных добровольных согласий на медицинские вмешательства, которые в полном объеме размещены у работников регистратуры и на информационных стендах;

- работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности (и выдача больничных листов) осуществляется только в подразделениях, имеющих данный вид деятельности в лицензии;

- процесс обратной связи является важной частью системы менеджмента качества Исполнителя, в целях контроля данной информации на базе ООО Глазной клиники «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова ведётся мониторинг по критериям: «Обмен информацией с потребителями» и «Удовлетворённость потребителя». В связи с чем Потребитель/Заказчик, имеет возможность на любом этапе обратиться в письменной форме (см. порядок на информационном стенде), путем подачи нарочно либо отправить по средству почтовой связи по адресу места осуществления деятельности, либо по юридическому адресу, указанным в договоре на оказание платных медицинских услуг.

Выражаю и декларирую добровольное волеизъявление на фото/видеосъемку и при возникшей необходимости, на просм отр данных фото/видеозаписей медицинским персоналом и должностными лицами Исполнителя, а также предоставляю право обрабатывать персональные биометрические данные в рамках ФЗ от 27.07.2006г. № 149-ФЗ и ФЗ от 27.07.2006г. № 152-ФЗ, ФЗ от 13.03.2006г. № 38 и в соответствии с правилами (предложения) оказания платных медицинских услуг Исполнителем.

Понимаю, что вышеуказанные документы приобретают юридический статус, является неотъемлемой частью договора на оказание платных медицинских услуг и влекут для меня и Исполнителя правовые последствия, что и подтверждаю личной подписью, в договоре свидетельствующий факт уведомления в письменной форме и моего согласия. В случае если Заказчик и Потребитель, совпадают в одном лице, то по тексту настоящих документов понятия Потребитель и Заказчик являются равнозначными и могут применяться как совместно, так и раздельно.

Договор на оказание платных медицинских услуг (далее по тексту - договор) № _____

Общество с ограниченной ответственностью Глазная клиника «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова, осуществляющее медицинскую деятельность в соответствии с лицензией, в лице генерального директора Канкуловой Хаишат Лютовны, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем – «Исполнитель», с одной стороны и

(Ф.И.О. полностью) для юр. лица указать: организационно правовую форму, наименование; ИНН; ОГРН)

именуемый(ая/ое) в дальнейшем – «Заказчик», с другой стороны по взаимному добровольному согласию, реализуя предоставленные действующим российским законодательством права, заключили настоящий договор на оказание платных медицинских услуг (далее – договор) в пользу _____

Ф.И.О. потребителя

именуемого(ой) в дальнейшем «Потребитель» (совместно именуемые «стороны») о нижеследующем: Предметом настоящего договора является оказание платных медицинских услуг:

№	Код мед. услуги	Вид мед. услуги (по тексту договора и дополнительного соглашения мед. услуга)	Кол-во	Цена	Сумма
	СРОК ОКАЗАНИЯ:	В ДЕНЬ ОБРАЩЕНИЯ .	ИТОГО:		

в том числе оказываемых Исполнителем, в рамках заключенных дополнительных соглашений. Условия оказания определены правилами оказания платных медицинских услуг. Стороны соглашаются, что оплата медицинских услуг производится на основании Прейскуранта цен Исполнителя в полном объеме, в порядке предоплаты в размере 100%. Осуществление Заказчиком/Потребителем первой и последующих оплат медицинских услуг Исполнителя, а также принятие медицинских услуг, в том числе, является полным и

