

УВЕДОМЛЕНИЕ
Пациента о необходимости соблюдения указаний (рекомендаций)
медицинского работника и последствиях их несоблюдения

ООО «Клиника Фомина Ульяновск» (далее – Исполнитель, Клиника), в соответствии с пунктом 20 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 30.05.2026 № 659) уведомляет _____ (далее – Потребитель) об обязанности соблюдения режима лечения (указаний, рекомендаций) назначенного медицинским работником, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности и правил поведения Потребителя в медицинских организациях, а также о том, что несоблюдение назначенного режима лечения (указаний, рекомендаций) медицинского работника может снизить качество медицинской услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

С уведомлением ознакомлен до заключения Договора на оказание платных медицинских услуг.



_____/_____

Договор на оказание платных медицинских услуг № _____ " ____ " ____ 20__ г.

Ульяновск
Общество с ограниченной ответственностью «Клиника Фомина Ульяновск», именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице _____, действующего на основании по доверенности №__ от " ____ " ____ 20__, с одной
и Потребитель

(ФИО пациента)

или

(ФИО Заказчика (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель ребенка или лица, признанного

, являющийся законным представителем Потребителя (ребенка или лица, признанного недееспособным)

данные документа, подтверждающего полномочие законного представителя Потребителя или полномочие лица, заключающего Договора _____

(свидетельство о рождении, акт органов опеки и попечительства и иные)

с другой стороны, а вместе именуемые "Стороны", заключили настоящий договор (далее - Договор) о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю медицинские услуги в соответствии с имеющейся лицензией на осуществление медицинской деятельности на условиях, определенных настоящим Договором, а Потребитель/Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

Конкретный перечень оказываемых медицинских услуг, сроки их ожидания и стоимость определяются настоящим Договором, Дополнительными соглашениями к нему и/или Спецификациями.

1.2. Исполнитель оказывает услуги в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность №Л041-01188-73/05272619 от 09 июня 2026 г., выданной Министерством здравоохранения Ульяновской области, срок действия – бессрочно.

1.3. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется на основании действующего на дату оказания услуг(-и) у Исполнителя Прейскуранта платных медицинских услуг. Стоимость медицинских услуг указана на официальном сайте Исполнителя: <https://fomin-clinic.ru/>. В случае оказания Потребителю медицинской помощи в экстренной форме расходы, связанные с ее оказанием, возмещаются Исполнителю в порядке и размерах, которые установлены органами государственной власти субъектов Российской Федерации в рамках территориальных программ в соответствии с пунктом 10 части 2 статьи 81 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

1.4. Срок оказания медицинских услуг определяется исходя из объема профилактических, диагностических и лечебных мероприятий, необходимых Потребителю, а также с учетом режима работы Исполнителя и возможности посещения Потребителем медицинской организации Исполнителя в назначенное время.

1.5. Условия и сроки ожидания платных медицинских услуг:

1.5.1. Амбулаторная медицинская помощь оказывается Исполнителем в день обращения Потребителя, если иной порядок не установлен в порядках и стандартах оказания медицинской помощи, а также при доступности выбранного Потребителем врача.

1.5.2. Стационарная медицинская помощь оказывается в период госпитализации Потребителя с учетом сроков, установленных положениями, порядками и стандартами оказания медицинской помощи.

1.5.3. В случае оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи срок ожидания медицинской помощи зависит от наличия у Исполнителя объемов, выделенных Фондом обязательного медицинского страхования, а также от количества лиц, обратившихся за оказанием медицинской помощи и находящихся в очереди на её получение.

1.5.4. Все медицинские услуги оказываются по предварительной записи Потребителя, при необходимости изменения срока оказания услуг новый срок устанавливается по соглашению Сторон.

1.5.5. Срок выдачи лабораторных исследований составляет не более, чем 45 (сорок пять) календарных дней с момента забора материала на исследование. В случае привлечения к оказанию медицинской услуги сторонних организаций, сроки оказания таких услуг устанавливаются в соответствии с правилами, действующими в этих сторонних организациях.

1.5.6. Подтверждением получения медицинской услуги является Акт об оказанных медицинских услугах и (или) запись в медицинской карте Потребителя.

1.6. Медицинские услуги предоставляются Исполнителем при наличии информированного добровольного согласия Потребителя.

1.7. Стороны соглашаются с тем, что Потребитель проинформирован об обязанности соблюдать режим лечения и правила поведения Потребителя в медицинских организациях, а также о том, что у Потребителя есть возможность получения медицинской помощи без взимания платы в рамках программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в иных медицинских организациях, участвующих в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

1.8. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя и (или) Заказчика. Перечень, стоимость, условия и сроки предоставляемых дополнительных медицинских услуг согласуются Сторонами в Дополнительном соглашении к настоящему Договору или в ином, подписанном Потребителем/Заказчиком документе.

1.9. Место оказания услуг по настоящему Договору: 432000, Ульяновская область, г.о. город Ульяновск, г. Ульяновск, ул. Андрея Блаженного, д. 21.

1.10. Потребитель/Заказчик подтверждает, что до подписания настоящего Договора он ознакомлен в доступной форме с условиями Оферты на заключение Договора об оказании платных медицинских услуг, а также:

а) порядком оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), в соответствии и с учетом которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги, а также информации о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

б) информацией о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (об уровне его профессионального образования и о квалификации);

в) порядком и условиями выдачи Потребителю/Заказчику после исполнения Договора Исполнителем медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах медицинского обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Организовывать и оказывать медицинскую помощь в соответствии с законами и подзаконными нормативными правовыми актами Российской Федерации.

2.1.2. Вести всю необходимую медицинскую документацию в установленном действующим законодательством порядке, а также по просьбе Потребителя (Заказчика) выдать ему после исполнения настоящего Договора медицинские документы (копии/выписки из них) в порядке, установленном п. 5.1. настоящего Договора.

2.1.3. Немедленно извещать Потребителя/Заказчика о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению предоставляемых медицинских услуг, что оформляется Дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.1.4. По запросу Потребителя предоставлять Спецификацию с указанием перечня оказанных ему услуг и указанием стоимости этих услуг.

2.2. Потребитель/Заказчик обязуется:

2.2.1. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, установленных настоящим Договором.

2.2.2. Ознакомиться и собственноручно подписать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, предоставленное специалистами Исполнителя.

2.2.3. Выполнять назначения и рекомендации лечащего врача и медицинского персонала Исполнителя.

2.2.4. Ознакомиться с внутренними локальными актами Исполнителя, регулирующими отношения с Потребителями, и обязуется соблюдать Правила внутреннего распорядка Исполнителя.

2.2.5. 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, перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях, которые могут повлиять на ход лечения.

2.2.6. Прибыть в медицинскую организацию Исполнителя за 15 минут до назначенного времени приема к врачу и уведомить Исполнителя за 24 часа об отмене предварительной записи визита к врачу. В случае опоздания Потребителя на прием более чем на 20% отведенного времени Исполнитель вправе отказать в приеме (в случае, если такой отказ не представляет угрозы для жизни и здоровья Потребителя) с предложением его переноса на другое время, если оказание такой услуги может привести к смещению дальнейшего приема и созданию дискомфорта для следующих пациентов.

2.2.7. В случае обслуживания Потребителя в страховой компании Заказчик обязуется самостоятельно, до начала получения Потребителем услуг, изучить условия договора страхования Потребителя и условия страховой программы Потребителя (далее совместно – Условия страхования), в том числе, но не исключительно: объем страхового покрытия, перечень покрываемых страховой компанией услуг и страховых случаев, заболеваний, возможные ограничения и исключения из страхового покрытия, а также проверить, действует ли страховое покрытие на момент получения услуг Потребителем. Заказчик также обязуется перед получением Потребителем любой услуги: 1) отслеживать изменения Условий страхования и действие страхового покрытия на момент получения Потребителем такой услуги; 2) предоставлять Клинике в письменном виде актуальную информацию об Условиях страхования и действии страхового покрытия и письменно уведомлять Клинику о любых изменениях Условий страхования и действия страхового покрытия. В случае, если Заказчик не является Потребителем, Заказчик дает Клинике заверения, что обладает всей необходимой информацией для исполнения обязанностей, предусмотренных настоящим пунктом, и уведомлен, что Клиника полагается на данные заверения. В случае отсутствия у Заказчика такой информации он обязан незамедлительно в письменном виде уведомить об этом Клинику до начала получения Потребителем услуг. В случае, если Заказчиком по Договору выступает юридическое лицо, то он предоставляет Исполнителю гарантийное письмо, в котором подтверждает действительность вышеуказанных сведений.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. Получать от Потребителя информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

2.3.2. Получить от Потребителя подписанное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство перед проведением медицинского вмешательства. В случае отсутствия подписанного информированного добровольного согласия от Потребителя/Заказчика оказать платную медицинскую услугу не представляется возможным.

2.3.3. При согласии Потребителя осуществить замену специалиста Исполнителя, при возникновении непредвиденных обстоятельств, болезни или обоснованного отсутствия специалиста, к которому был записан Потребитель.

2.3.4. Отказать в оказании платной медицинской услуги при состояниях наркотического или алкогольного опьянения у Потребителя,

2.3.5. При нарушении Потребителем п. 2.2.6. настоящего Договора, а также при условии, что такое опоздание может снизить качество оказываемой медицинской услуги или повлечь невозможность ее завершения в срок, Исполнитель в соответствии со ст. 36 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» вправе отказать в предоставлении услуги, если такое неоказание услуги не представляет угрозы для жизни и здоровья Потребителя.

2.3.6. Привлекать для оказания медицинских услуг по Договору иные медицинские организации, имеющие лицензии на медицинскую деятельность и соответствующие иным требованиям действующего законодательства. В этом случае Исполнитель координирует действия привлекаемых к оказанию услуг медицинских организаций, обеспечивает предоставление Потребителю необходимой информации о ходе лечения, иных условиях оказания медицинской помощи.

2.4. Потребитель/Заказчик имеет право:

2.4.1. Получать информацию о своих правах и обязанностях, о состоянии своего здоровья лично или в лице законного представителя.

2.4.2. Получить медицинскую справку или заключение по результатам исполнения медицинской услуги.

2.4.3. Разрешить передачу сведений, составляющих его врачебную тайну, на адрес электронной почты, указанный собственноручно в разделе 8 настоящего Договора.

2.4.4. Отказаться от медицинского вмешательства. Отказ от медицинского вмешательства оформляется Потребителем лично в письменной форме и фиксируется в медицинской документации Потребителя. Потребитель получает полную информацию о последствиях отказа от медицинского вмешательства.

3. Стоимость услуг и порядок оплаты

3.1. Перечень и цена оказываемых Исполнителем медицинских услуг предусмотрены в Прейскуранте платных медицинских услуг, действующем на дату оказания медицинской услуги. Исполнитель вправе изменять Прейскурант платных медицинских услуг в период действия настоящего Договора. Информация об изменении стоимости медицинских услуг, а также измененный Прейскурант платных медицинских услуг доводятся до Потребителя путем размещения этой информации на официальном сайте и на информационных стендах Исполнителя.

3.2. Оплата медицинских услуг по Программам Исполнителя, размещенным на официальном сайте Исполнителя: <https://fomin-clinic.ru/> (далее - Программы) осуществляется в порядке предоплаты в соответствии с правилами, изложенными в Программах. Выбор соответствующей Программы ставится в зависимость от того, предусмотрена ли данной Программой соответствующая медицинская услуги и были ли соблюдены соответствующие условия присоединения к ней Потребителем.

3.3. Присоединение Потребителя к Программам происходит одновременно в момент совершения акцепта Оферты на заключение Договора, а также при обязательном условии соблюдения требований, предусмотренных данными Программами.

3.4. Программами может быть предусмотрена возможность оказания комплексных медицинских услуг, порядок оказания и оплаты которых регулируется п. 3.7. - 3.7.7. настоящего Договора, а также правилами Программы соответственно.

3.5. Оплата за предоставляемые Исполнителем Пациенту медицинские услуги может быть осуществлена страховой компанией, Банком или иным третьим лицом на основании договоров, заключенных Исполнителем с указанными третьими лицами. Услуги, перечень которых определяется Исполнителем, Пациент может оплатить на условиях рассрочки платежа, заключив Договор с Банком-Партнером Исполнителя (далее – Банк).

3.6. В случае, если объем оказываемых Пациенту услуг, предусмотренный настоящим Договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего Договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают Дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора. С Пациента удерживается сумма за фактически оказанные услуги по ценам в соответствии с Прейскурантом платных медицинских услуг, действующим на дату фактического оказания услуги. Остаток суммы, оплаченный Пациентом по настоящему Договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

3.6. В случае, если объем оказываемых Потребителю услуг, предусмотренный настоящим Договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего Договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают Дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора. С Потребителя удерживается сумма за фактически оказанные услуги по ценам в соответствии с Прейскурантом платных медицинских услуг, действующим на дату фактического оказания услуги. Остаток суммы, оплаченный Потребителем по настоящему Договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

3.7. Порядок оказания Исполнителем комплексной медицинской услуги.

3.7.1. В случае, если Договором предусмотрено оказание комплексных медицинских услуг, то к отношениям Сторон применяются положения гражданского законодательства об абонентском договоре (ст. 429.4. ГК РФ).

3.7.2. При приобретении Потребителем комплексной услуги Исполнитель обязуется в течение срока реализации комплексной услуги по требованию Потребителя оказывать соответствующие услуги, входящие в состав комплексной услуги.

3.7.3. Комплексность услуги означает включение в неё как минимум двух услуг, которые могут быть оказаны в разовом порядке по отдельной стоимости в соответствии с Прейскурантом.

3.7.4. Срок реализации комплексной медицинской услуги составляет 6 (шесть) месяцев, если иной срок реализации соответствующей комплексной услуги не предусмотрен Прейскурантом Исполнителя, и исчисляется с момента оплаты Потребителем/Заказчиком стоимости комплексной медицинской услуги. По истечении срока, предусмотренного на реализацию комплексной медицинской услуги, обязательства Исполнителя по ее оказанию считаются исполненными в полном объеме вне зависимости от того, было или не было затребовано исполнение (оказание всех или части услуг, входящих в состав комплексной медицинской услуги), в связи с чем отказ Потребителя от комплексной услуги по истечении срока её реализации не представляется возможным, а возврат денежных средств Исполнителем не производится.

3.7.5. Оплата комплексных медицинских услуг осуществляется в порядке полной предоплаты путём внесения Потребителем/Заказчиком денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3.7.6. В связи с тем, что стоимость комплексной услуги ниже, чем если бы Потребитель/Заказчик приобретал входящие в ее состав услуги по отдельности, приобретением комплексной услуги Потребитель/Заказчик заверяет Исполнителя о том, что понимает и принимает алеаторный (рисковый) характер данной сделки как для него самого (возможное неисчерпание всех услуг, входящих в состав комплексной услуги, в течение срока ее реализации), так и для Исполнителя (предоставление медицинских услуг в большем объеме, но за меньшую плату).

3.7.7. В случае если Потребителю/Заказчику была оказана как минимум одна любая услуга, входящая в состав комплексной услуги, то отказ Потребителя/Заказчика от комплексной услуги до истечения срока её реализации представляет из себя отказ от предоставленной ему скидки, в связи с чем возврат остатка денежных средств производится после перерасчёта стоимости фактически оказанных услуг в соответствии с Прейскурантом Исполнителя по расценкам, которые предусматривают приобретение услуг по отдельности, а не в составе комплексной услуги.

3.8. В случае неявки Потребителя на прием к врачу в соответствии с записью и не уведомления об этом Клиники за 24 (двадцать четыре) часа до соответствующего приема либо отсутствия возможности у Клиники организовать прием такого Потребителя в рамках того же дня, на который был назначен прием, внесенные Заказчиком денежные средства не возвращаются (в том числе за услуги питания (если применимо), за исключением случаев возникновения у Потребителя форс-мажорных обстоятельств, которые будут подтверждены соответствующими документами компетентных органов, либо если причины неявки на прием будут признаны Исполнителем уважительными (болезнь и т.д.), при этом такие уважительные причины должны быть документально подтверждены.

* Рассрочка, как способ оплаты услуг по Договору, предоставляется Исполнителем в том случае, если она прямо предусмотрена условиями соответствующей Программы, к которой присоединился Потребитель. Если правилами соответствующей Программы условия о рассрочке отсутствуют - рассрочка не подлежит предоставлению.

При предоставлении Исполнителем рассрочки в качестве способа оплаты услуг по Договору Исполнитель устанавливает скидку на стоимость услуг в размере скидки, фиксируемой в соответствующей спецификации к кредитному договору, заключаемому Потребителем с Банком с целью оплаты услуг, оказываемых Исполнителем (скидка на стоимость услуг (от Прейскуранта) может устанавливаться в ином размере (например, в размере процентной ставки, соответствующей ставке по кредитному договору, заключаемому Потребителем с Банком с целью оплаты услуг, оказываемых Исполнителем, если такой размер скидки будет предусмотрен в кредитном договоре с целью оплаты услуг, оказываемых Исполнителем).

Спецификация к кредитному договору может содержать условие о перечислении суммы кредитных средств Исполнителю для оплаты услуг Потребителя через агента, с которым у Потребителя может быть заключен отдельный договор.

** В случае выбора Потребителем способа оплаты по Договору в виде рассрочки, Исполнитель (по требованию Потребителя) предоставляет справку для получения Потребителем социального налогового вычета с учетом той стоимости оказанных услуг, которая содержится в Акте оказанных медицинских услуг, счет-заказе, контрольно-кассовом чеке и других платежных документах между Потребителем и Исполнителем.

*** В случае, если Потребитель, Договор с которым содержит условие о способе оплаты услуг в виде рассрочки, обращается к Исполнителю с целью возврата денежных средств за неоказанную или частично неоказанную Исполнителем услугу, то возврат денежных средств осуществляется только за фактически неоказанные к моменту обращения Потребителя услуги.

При этом расчет суммы денежных средств, подлежащей возврату, осуществляется с учетом предоставленной Потребителю в момент заключения Договора скидки на стоимость услуг (от Прейскуранта) в размере скидки, фиксируемой в соответствующей спецификации к кредитному договору, заключаемому Потребителем с Банком с целью оплаты услуг, оказываемых Исполнителем. Скидка на стоимость услуг (от Прейскуранта) может устанавливаться в ином размере (например, в размере процентной ставки, соответствующей ставке по кредитному договору, заключаемому Потребителем с Банком с целью оплаты услуг, оказываемых Исполнителем, если такой размер скидки будет предусмотрен в кредитном договоре с целью оплаты услуг, оказываемых Исполнителем).

Формула расчета суммы денежных средств, подлежащей возврату: $A = B - C$, где,

A – сумма денежных средств, подлежащая возврату;

B – сумма денежных средств, указанная в Акте оказанных медицинских услуг, счет-заказе, кассовом чеке и других платежных документах между Потребителем и Исполнителем;

3.9. Обязательство Потребителя/Заказчика по оплате услуг Исполнителя считается исполненным с момента поступления наличных денежных средств в кассу Исполнителя или, при оплате в безналичном порядке, с момента зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3.10. По окончании оказания медицинских услуг по Договору оформляется Акт об оказании медицинских услуг с Потребителем. Исполнитель представляет Акт об оказании медицинских услуг нарочно и/или посредством направления на электронную почту Потребителя, указанную им при заключении Договора. При непоступлении в адрес Исполнителя со стороны Потребителя претензий в отношении оказанных медицинских услуг в течение 5 (пяти) календарных дней с даты представления Акта об оказании медицинских услуг, такие услуги считаются принятыми Потребителем без возражений. В случае уклонения/отказа от подписания Акта об оказании медицинских услуг без мотивировки причин такого отказа или отсутствия в момент окончания оказания услуги Потребителю, в Акте делается соответствующая отметка. В таком случае Акт подписывается Исполнителем в одностороннем порядке, услуги считаются оказанными и принятыми Потребителем в полном объеме. Факт оказания услуги также может быть подтвержден медицинской документацией.

3.11. В ходе оказания медицинских услуг между Сторонами может быть согласована твердая или приблизительная смета на оказание медицинских услуг, которая подлежит направлению Потребителю/Заказчику на адрес электронной почты, указанный им при заключении Договора. Составление такой сметы по требованию Потребителя/Заказчика или Исполнителя обязательно (смета является неотъемлемой частью Договора).

3.12. В случае отсутствия возражений со стороны Потребителя/Заказчика по представленной смете в течение 3 (трех) календарных дней с момента её направления – данная смета будет считаться принятой Потребителем/Заказчиком в полном объеме и подлежит оплате.

3.13. Объем и характер медицинских услуг, отраженных в смете, является приблизительным и определяется на основании статистического анализа типичных расходов, необходимых для лечения Потребителя, и в силу этого может быть скорректирован специалистами Исполнителя при возникновении необходимости проведения дополнительных исследований и манипуляций по

4. Ответственность Сторон

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.2. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное невыполнение обязательств, если оно явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор): чрезвычайные ситуации природного и техногенного характера, боевые действия, эпидемии, эпизоотии, эпифитотии, стихийные бедствия, наводнения, землетрясения, пожары, ураганы, забастовки, изменение законодательства Российской Федерации, распоряжения и акты государственных и судебных органов, иные события, не подлежащие контролю Сторон, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

5. Порядок и условия выдачи медицинских документов, рассмотрения претензий

5.1. Исполнитель при наличии письменного запроса Потребителя/Заказчика, направленного по электронной почте/посредством «Почты России» или представленного лично в медицинскую организацию Исполнителя выдает Потребителю/Заказчику медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов) в запрашиваемом Потребителем/Заказчиком объеме, руководствуясь при этом порядком и условиями выдачи медицинских документов, утвержденных Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них»). Срок предоставления медицинской документации составляет 30 календарных дней.

5.2. Все споры и разногласия, возникающие между Сторонами при исполнении настоящего Договора, разрешаются путем переговоров. В случае, если Потребитель/Заказчик считает, что его права нарушены и/или услуги оказаны ненадлежащим образом, он имеет право направить Исполнителю претензию по электронной почте/посредством «Почты России» по реквизитам, указанным в Настоящем Договоре или представить ее лично Исполнителю.

6. Порядок изменения и расторжения договора

6.1. Настоящий Договор может быть изменен или прекращен в порядке, предусмотренном действующим законодательством и условиями Договора.

6.2. Размещение новой редакции Оферты о заключении Договора на официальном сайте Исполнителя и размещения такой редакции на информационных стендах Исполнителя является предложением по изменению условий заключённого ранее Договора и приведения его условий в соответствие с условиями новой редакции Оферты для лиц, с кем был заключён Договор на условиях Оферты предыдущей редакции.

6.3. Потребитель/Заказчик подтверждает своё согласие с условиями обновленной редакции Оферты путём совершения конклюдентных действий, которые могут выражаться, в том числе, в продолжении пользованием услугами (в случае несовпадения Заказчика и Потребителя в одном лице – пользованием услугами Потребителем) по Договору или оплате таких услуг.

7. Рассмотрение споров

7.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, разрешаются сторонами путем переговоров.

7.2. Сторона, считающая, что ее права по заключенному Договору нарушены, вправе направить другой стороне по электронной почте или по реквизитам, указанным в настоящем Договоре/иной документации, письмо с изложением своих претензий. Сторона, получившая претензию, обязана ответить на нее в установленном законом порядке.

7.3. В случае невозможности урегулирования споров путем переговоров, все споры сторон по заключенному Договору и в связи с ним, по которым стороны не могут прийти к обоюдному согласию, подлежат разрешению в судебном порядке (иски о защите прав Потребителя предъявляются в суд по его выбору в соответствии с действующим законодательством РФ).

8. Дистанционная передача информации

8.1. Настоящим Потребитель сообщает Исполнителю свои данные:

и дает согласие на передачу ему информации, в том числе, но не исключая спецификаций, чеков и иных документов и уведомлений по электронной почте, голосовыми сообщениями по телефонной связи, текстовыми смс-сообщениями, а также с использованием систем мгновенного обмена сообщениями, в том числе на:

мобильный телефон: _____

электронную почту: _____

передача результатов функциональной и иной диагностики, а также результатов всех видов исследований	ДА/НЕТ
передача информации о новостях, действующих акциях и специальных предложениях Исполнителя	ДА/НЕТ
опрос по качеству обслуживания	ДА/НЕТ

8.2. Дистанционная передача информации является правом, а не обязанностью Исполнителя. Исполнитель вправе самостоятельно определять формат и размер передаваемой информации, приостановить или прекратить дистанционную передачу информации без предварительного уведомления Потребителя/Заказчика.

8.3. Подписывая настоящий Договор, Потребитель/Заказчик подтверждает, что он предупрежден о возможных рисках, существующих при отправке информации, при которых Исполнитель не несет ответственность, в том числе:

- о возможности доступа третьих лиц к направляемой информации в процессе и/или в результате ее пересылки (в том числе, но не исключительно, несанкционированного доступа к окончательному оборудованию пользователя, прямой или случайной передачи пароля, незаконных действий третьих лиц);-неполучения информации по различным причинам, не зависящим от отправителя (электронная почта переполнена, заблокирована или недоступна, настройки и правила обработки сообщений электронной почты на почтовом сервере не позволяют принимать сообщения интернет-домена отправителя, технические и другие причины);-повреждения файлов и в результате неполучения информации, в связи с повреждением файлов при их пересылке.

9. Заключительные положения

- 9.1. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.
- 9.2. Настоящий договор действует с момента подписания и до окончания текущего календарного года с возможностью дальнейшей пролонгации.
- 9.3. Стороны признают надлежащим подписание договора, актов, дополнительных соглашений путем обмена отсканированными копиями по электронной почте, указанной в настоящем договоре. Такие документы считаются подписанными простой электронной подписью и приравниваются к оригиналам документов на бумажном носителе.
- 9.4. Неотъемлемой частью к настоящему договору являются следующие приложения:
- Согласие Потребителя на обработку персональных данных
 - Согласие Потребителя на передачу персональных данных
 - Добровольное согласие на получение платных медицинских услуг

ИСПОЛНИТЕЛЬ (КЛИНИКА) Общество с ограниченной ответственностью «Клиника Фомина Ульяновск» Адрес места нахождения: 432000, Ульяновская область, г.о. город Ульяновск, г. Ульяновск, ул. Андрея Блаженного, д. 21. Фактический адрес: 432000, Ульяновская область, г.о. город Ульяновск, г. Ульяновск, ул. Андрея Блаженного, д. 21. ОГРН: 1255000078475 ИНН: 5017141979, КПП: 730001001 ГРН и дата внесения записи в ЕГРЮЛ: 1255000078475 от 25.08.2025 г. Отделение банка: ТВЕРСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ №8607 ПАО СБЕРБАНК, р/с 40702810863710002388, к/с 30101810700000000679, БИК 042809679 Эл. почта: ulyanovsk@fomin-clinic.ru _____/_____	ПОТРЕБИТЕЛЬ (ЗАКАЗЧИК) Паспорт гражданина Российской Федерации серия _____, номер _____, выданный _____ ✓ _____/_____
--	---

Экземпляр Договора на оказание платных медицинских услуг № _____ от " ____ " ____ 20____ получил(-а).

✓ _____/_____

Ульяновск

"__" ____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Клиника Фомина Ульяновск», именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице _____, действующего на основании по доверенности №__ от "__" ____ 20__, с одной
и Потребитель

(ФИО пациента)

или

(ФИО Заказчика (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель ребенка или лица, признанного

, являющийся законным представителем Потребителя (ребенка или лица, признанного недееспособным)

данные документа, подтверждающего полномочие законного представителя Потребителя или полномочие лица, заключающего
Договора _____

(свидетельство о рождении, акт органов опеки и попечительства и иные)

с другой стороны, а вместе именуемые "Стороны", заключили настоящий договор (далее - Договор) о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю медицинские услуги в соответствии с имеющейся лицензией на осуществление медицинской деятельности на условиях, определенных настоящим Договором, а Потребитель/Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

Конкретный перечень оказываемых медицинских услуг, сроки их ожидания и стоимость определяются настоящим Договором, Дополнительными соглашениями к нему и/или Спецификациями.

1.2. Исполнитель оказывает услуги в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность №Л041-01188-73/05272619 от 09 июня 2026 г., выданной Министерством здравоохранения Ульяновской области, срок действия – бессрочно.

1.3. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется на основании действующего на дату оказания услуг (-и) у Исполнителя Прейскуранта платных медицинских услуг. Стоимость медицинских услуг указана на официальном сайте Исполнителя: <https://fomin-clinic.ru/>. В случае оказания Потребителю медицинской помощи в экстренной форме расходы, связанные с ее оказанием, возмещаются Исполнителю в порядке и размерах, которые установлены органами государственной власти субъектов Российской Федерации в рамках территориальных программ в соответствии с пунктом 10 части 2 статьи 81 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

1.4. Срок оказания медицинских услуг определяется исходя из объема профилактических, диагностических и лечебных мероприятий, необходимых Потребителю, а также с учетом режима работы Исполнителя и возможности посещения Потребителем медицинской организации Исполнителя в назначенное время.

1.5. Условия и сроки ожидания платных медицинских услуг:

1.5.1. Амбулаторная медицинская помощь оказывается Исполнителем в день обращения Потребителя, если иной порядок не установлен в порядках и стандартах оказания медицинской помощи, а также при доступности выбранного Потребителем врача.

1.5.2. Стационарная медицинская помощь оказывается в период госпитализации Потребителя с учетом сроков, установленных положениями, порядками и стандартами оказания медицинской помощи.

1.5.3. В случае оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи срок ожидания медицинской помощи зависит от наличия у Исполнителя объемов, выделенных Фондом обязательного медицинского страхования, а также от количества лиц, обратившихся за оказанием медицинской помощи и находящихся в очереди на её получение.

1.5.4. Все медицинские услуги оказываются по предварительной записи Потребителя, при необходимости изменения срока оказания услуг новый срок устанавливается по соглашению Сторон.

1.5.5. Срок выдачи лабораторных исследований составляет не более, чем 45 (сорок пять) календарных дней с момента забора материала на исследование. В случае привлечения к оказанию медицинской услуги сторонних организаций, сроки оказания таких услуг устанавливаются в соответствии с правилами, действующими в этих сторонних организациях.

1.5.6. Подтверждением получения медицинской услуги является Акт об оказанных медицинских услугах и (или) запись в медицинской карте Потребителя.

1.6. Медицинские услуги предоставляются Исполнителем при наличии информированного добровольного согласия Потребителя.

1.7. Стороны соглашаются с тем, что Потребитель проинформирован об обязанности соблюдать режим лечения и правила поведения Потребителя в медицинских организациях, а также о том, что у Потребителя есть возможность получения медицинской помощи без взимания платы в рамках программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в иных медицинских организациях, участвующих в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

1.8. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя и (или) Заказчика. Перечень, стоимость, условия и сроки предоставляемых дополнительных медицинских услуг согласуются Сторонами в Дополнительном соглашении к настоящему Договору или в ином, подписанном Потребителем/Заказчиком документе.

1.9. Место оказания услуг по настоящему Договору: 432000, Ульяновская область, г.о. город Ульяновск, г. Ульяновск, ул. Андрея Блаженного, д. 21.

1.10. Потребитель/Заказчик подтверждает, что до подписания настоящего Договора он ознакомлен в доступной форме с условиями Оферты на заключение Договора об оказании платных медицинских услуг, а также:

- а) порядком оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), в соответствии и с учетом которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги, а также информацией о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

- б) информацией о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (об уровне его профессионального образования и о квалификации);

- в) порядком и условиями выдачи Потребителю/Заказчику после исполнения Договора Исполнителем медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах медицинского обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Организовывать и оказывать медицинскую помощь в соответствии с законами и подзаконными нормативными правовыми актами Российской Федерации.

2.1.2. Вести всю необходимую медицинскую документацию в установленном действующим законодательством порядке, а также по просьбе Потребителя (Заказчика) выдать ему после исполнения настоящего Договора медицинские документы (копии/выписки из них) в порядке, установленном п. 5.1. настоящего Договора.

2.1.3. Немедленно извещать Потребителя/Заказчика о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению предоставляемых медицинских услуг, что оформляется Дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.1.4. По запросу Потребителя предоставлять Спецификацию с указанием перечня оказанных ему услуг и указанием стоимости этих услуг.

2.2. Потребитель/Заказчик обязуется:

2.2.1. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, установленных настоящим Договором.

2.2.2. Ознакомиться и собственноручно подписать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, предоставленное специалистами Исполнителя.

2.2.3. Выполнять назначения и рекомендации лечащего врача и медицинского персонала Исполнителя.

2.2.4. Ознакомиться с внутренними локальными актами Исполнителя, регулирующими отношения с Потребителями, и обязуется соблюдать Правила внутреннего распорядка Исполнителя.

2.2.5. 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, перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях, которые могут повлиять на ход лечения.

2.2.6. Прибыть в медицинскую организацию Исполнителя за 15 минут до назначенного времени приема к врачу и уведомить Исполнителя за 24 часа об отмене предварительной записи визита к врачу. В случае опоздания Потребителя на прием более чем на 20% отведенного времени Исполнитель вправе отказать в приеме (в случае, если такой отказ не представляет угрозы для жизни и здоровья Потребителя) с предложением его переноса на другое время. Если оказание такой услуги может привести к смешению

2.2.7. В случае обслуживания Потребителя в страховой компании Заказчик обязуется самостоятельно, до начала получения

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. Получать от Потребителя информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

2.3.2. Получить от Потребителя подписанное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство перед проведением медицинского вмешательства. В случае отсутствия подписанного информированного добровольного согласия от Потребителя/Заказчика оказать платную медицинскую услугу не представляется возможным.

2.3.3. При согласии Потребителя осуществить замену специалиста Исполнителя, при возникновении непредвиденных обстоятельств, болезни или обоснованного отсутствия специалиста, к которому был записан Потребитель.

2.3.4. Отказать в оказании платной медицинской услуги при состояниях наркотического или алкогольного опьянения у Потребителя, если такой отказ не представляет угрозы для жизни и здоровья Потребителя.

2.3.5. При нарушении Потребителем п. 2.2.6. настоящего Договора, а также при условии, что такое опоздание может снизить качество оказываемой медицинской услуги или повлечь невозможность ее завершения в срок, Исполнитель в соответствии со ст. 36 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» вправе отказать в предоставлении услуги, если такое неоказание услуги не представляет угрозы для жизни и здоровья Потребителя.

2.3.6. Привлекать для оказания медицинских услуг по Договору иные медицинские организации, имеющие лицензии на медицинскую деятельность и соответствующие иным требованиям действующего законодательства. В этом случае Исполнитель координирует действия привлекаемых к оказанию услуг медицинских организаций, обеспечивает предоставление Потребителю необходимой информации о ходе лечения, иных условиях оказания медицинской помощи.

2.4. Потребитель/Заказчик имеет право:

- 2.4.1. Получать информацию о своих правах и обязанностях, о состоянии своего здоровья лично или в лице законного представителя.
- 2.4.2. Получить медицинскую справку или заключение по результатам исполнения медицинской услуги.
- 2.4.3. Разрешить передачу сведений, составляющих его врачебную тайну, на адрес электронной почты, указанный собственноручно в разделе 8 настоящего Договора.
- 2.4.4. Отказаться от медицинского вмешательства. Отказ от медицинского вмешательства оформляется Потребителем лично в письменной форме и фиксируется в медицинской документации Потребителя. Потребитель получает полную информацию о последствиях отказа от медицинского вмешательства.

3. Стоимость услуг и порядок оплаты

- 3.1. Перечень и цена оказываемых Исполнителем медицинских услуг предусмотрены в Прейскуранте платных медицинских услуг, действующем на дату оказания медицинской услуги. Исполнитель вправе изменять Прейскурант платных медицинских услуг в период действия настоящего Договора. Информация об изменении стоимости медицинских услуг, а также измененный Прейскурант платных медицинских услуг доводятся до Потребителя путем размещения этой информации на официальном сайте и на информационных стендах Исполнителя.
- 3.2. Оплата медицинских услуг по Программам Исполнителя, размещенным на официальном сайте Исполнителя: <https://fomin-clinic.ru/> (далее - Программы) осуществляется в порядке предоплаты в соответствии с правилами, изложенными в Программах. Выбор соответствующей Программы ставится в зависимость от того, предусмотрена ли данной Программой соответствующая медицинская услуга и были ли соблюдены соответствующие условия присоединения к ней Потребителем.
- 3.3. Присоединение Потребителя к Программам происходит одновременно в момент совершения акцепта Оферты на заключение Договора, а также при обязательном условии соблюдения требований, предусмотренных данными Программами.
- 3.4. Программами может быть предусмотрена возможность оказания комплексных медицинских услуг, порядок оказания и оплаты которых регулируется п. 3.7. - 3.7.7. настоящего Договора, а также правилами Программы соответственно.
- 3.5. Оплата за предоставляемые исполнителем пациенту медицинские услуги может быть осуществлена страховой компанией, Банком или иным третьим лицом на основании договоров, заключенных Исполнителем с указанными третьими лицами. Услуги, перечень которых определяется Исполнителем, Пациент может оплатить на условиях рассрочки платежа, заключив Договор с Банком-Партнером Исполнителя (далее – Банк).
- 3.6. В случае, если объем оказываемых Пациенту услуг, предусмотренный настоящим Договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего Договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают Дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора. С Пациента удерживается сумма за фактически оказанные услуги по ценам в соответствии с Прейскурантом платных медицинских услуг, действующим на дату фактического оказания услуги.
- 3.7. Порядок оказания Исполнителем комплексной медицинской услуги.
 - 3.7.1. В случае, если Договором предусмотрено оказание комплексных медицинских услуг, то к отношениям Сторон применяются положения гражданского законодательства об абонентском договоре (ст. 429.4. ГК РФ).
 - 3.7.2. При приобретении Потребителем комплексной услуги Исполнитель обязуется в течение срока реализации комплексной услуги по требованию Потребителя оказывать соответствующие услуги, входящие в состав комплексной услуги.
 - 3.7.3. Комплексность услуги означает включение в неё как минимум двух услуг, которые могут быть оказаны в разовом порядке по отдельной стоимости в соответствии с Прейскурантом.
 - 3.7.4. Срок реализации комплексной медицинской услуги составляет 6 (шесть) месяцев, если иной срок реализации соответствующей комплексной услуги не предусмотрен Прейскурантом Исполнителя, и исчисляется с момента оплаты Потребителем/Заказчиком стоимости комплексной медицинской услуги. По истечении срока, предусмотренного на реализацию комплексной медицинской услуги, обязательства Исполнителя по ее оказанию считаются исполненными в полном объеме вне зависимости от того, было или не было затребовано исполнение (оказание всех или части услуг, входящих в состав комплексной медицинской услуги), в связи с чем отказ Потребителя от комплексной услуги по истечении срока её реализации не представляется возможным, а возврат денежных средств Исполнителем не производится.
 - 3.7.5. Оплата комплексных медицинских услуг осуществляется в порядке полной предоплаты путём внесения Потребителем/Заказчиком денежных средств на расчетный счет Исполнителя.
 - 3.7.6. В связи с тем, что стоимость комплексной услуги ниже, чем если бы Потребитель/Заказчик приобретал входящие в ее состав услуги по отдельности, приобретением комплексной услуги Потребитель/Заказчик заверяет Исполнителя о том, что понимает и принимает алеаторный (рисковый) характер данной сделки как для него самого (возможное неисчерпание всех услуг, входящих в состав комплексной услуги, в течение срока ее реализации), так и для Исполнителя (предоставление медицинских услуг в большем объеме, но за меньшую плату).
 - 3.7.7. В случае если Потребителю/Заказчику была оказана как минимум одна любая услуга, входящая в состав комплексной услуги, то
- 3.8. В случае неявки Потребителя на прием к врачу в соответствии с записью и не уведомления об этом Клиники за 24 (двадцать четыре) часа до соответствующего приема либо отсутствия возможности у Клиники организовать прием такого Потребителя в рамках того же дня, на который был назначен прием, внесенные Заказчиком денежные средства не возвращаются (в том числе за услуги питания (если применимо), за исключением случаев возникновения у Потребителя форс-мажорных обстоятельств, которые будут подтверждены соответствующими документами компетентных органов, либо если причины неявки на прием будут признаны Исполнителем уважительными (болезнь и т.д.), при этом такие уважительные причины должны быть документально подтверждены.

* Рассрочка, как способ оплаты услуг по Договору, предоставляется Исполнителем в том случае, если она прямо предусмотрена условиями соответствующей Программы, к которой присоединился Потребитель. Если правилами соответствующей Программы условия о рассрочке отсутствуют - рассрочка не подлежит предоставлению.

При предоставлении Исполнителем рассрочки в качестве способа оплаты услуг по Договору Исполнитель устанавливает скидку на стоимость услуг в размере скидки, фиксируемой в соответствующей спецификации к кредитному договору, заключаемому Потребителем с Банком с целью оплаты услуг, оказываемых Исполнителем (скидка на стоимость услуг (от Прейскуранта) может устанавливаться в ином размере (например, в размере процентной ставки, соответствующей ставке по кредитному договору, заключаемому Потребителем с Банком с целью оплаты услуг, оказываемых Исполнителем, если такой размер скидки будет предусмотрен в кредитном договоре с целью оплаты услуг, оказываемых Исполнителем). Спецификация к кредитному договору может содержать условие о перечислении суммы кредитных средств Исполнителю для оплаты услуг Потребителя через агента, с которым у Потребителя может быть заключен отдельный договор.

** В случае выбора Потребителем способа оплаты по Договору в виде рассрочки, Исполнитель (по требованию Потребителя) предоставляет справку для получения Потребителем социального налогового вычета с учетом той стоимости оказанных услуг, которая содержится в Акте оказанных медицинских услуг, счет-заказе, контрольно-кассовом чеке и других платежных документах между Потребителем и Исполнителем.

*** В случае, если Потребитель, Договор с которым содержит условие о способе оплаты услуг в виде рассрочки, обращается к Исполнителю с целью возврата денежных средств за неоказанную или частично неоказанную Исполнителем услугу, то возврат денежных средств осуществляется только за фактически неоказанные к моменту обращения Потребителя услуги.

При этом расчет суммы денежных средств, подлежащей возврату, осуществляется с учетом предоставленной Потребителю в момент заключения Договора скидки на стоимость услуг (от Прейскуранта) в размере скидки, фиксируемой в соответствующей спецификации к кредитному договору, заключаемому Потребителем с Банком с целью оплаты услуг, оказываемых Исполнителем. Скидка на стоимость услуг (от Прейскуранта) может устанавливаться в ином размере (например, в размере процентной ставки, соответствующей ставке по кредитному договору, заключаемому Потребителем с Банком с целью оплаты услуг, оказываемых Исполнителем, если такой размер скидки будет предусмотрен в кредитном договоре с целью оплаты услуг, оказываемых Исполнителем).

Формула расчета суммы денежных средств, подлежащей возврату: $A = B - C$, где,

A – сумма денежных средств, подлежащая возврату;

B – сумма денежных средств, указанная в Акте оказанных медицинских услуг, счет-заказе, кассовом чеке и других платежных документах между Потребителем и Исполнителем;

C – сумма денежных средств, подлежащая уплате за уже оказанные к моменту обращения Потребителя услуги.

3.9. Обязательство Потребителя/Заказчика по оплате услуг Исполнителя считается исполненным с момента поступления наличных денежных средств в кассу Исполнителя или, при оплате в безналичном порядке, с момента зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3.10. По окончании оказания медицинских услуг по Договору оформляется Акт об оказании медицинских услуг с Потребителем. Исполнитель представляет Акт об оказании медицинских услуг нарочно и/или посредством направления на электронную почту Потребителя, указанную им при заключении Договора. При непоступлении в адрес Исполнителя со стороны Потребителя претензий в отношении оказанных медицинских услуг в течение 5 (пяти) календарных дней с даты представления Акта об оказании медицинских услуг, такие услуги считаются принятыми Потребителем без возражений. В случае уклонения/отказа от подписания Акта об оказании медицинских услуг без мотивировки причин такого отказа или отсутствия в момент окончания оказания услуги Потребителю, в Акте делается соответствующая отметка. В таком случае Акт подписывается Исполнителем в одностороннем

3.11. В ходе оказания медицинских услуг между Сторонами может быть согласована твердая или приблизительная смета на оказание медицинских услуг, которая подлежит направлению Потребителю/Заказчику на адрес электронной почты, указанный им при

4. Ответственность Сторон

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.2. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное невыполнение обязательств, если оно явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор): чрезвычайные ситуации природного и техногенного характера, боевые действия, эпидемии, эпизоотии, эпифитотии, стихийные бедствия, наводнения, землетрясения, пожары, ураганы, забастовки, изменение законодательства Российской Федерации, распоряжения и акты государственных и судебных органов, иные события, не подлежащие контролю Сторон, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

5. Порядок и условия выдачи медицинских документов, рассмотрения претензий

5.1. Исполнитель при наличии письменного запроса Потребителя/Заказчика, направленного по электронной почте/посредством «Почты России» или представленного лично в медицинскую организацию Исполнителя выдает Потребителю/Заказчику медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов) в запрашиваемом Потребителем/Заказчиком объеме, руководствуясь при этом порядком и условиями выдачи медицинских документов, утвержденных Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них»). Срок предоставления медицинской документации составляет 30 календарных дней.

5.2. Все споры и разногласия, возникающие между Сторонами при исполнении настоящего Договора, разрешаются путем переговоров. В случае, если Потребитель/Заказчик считает, что его права нарушены и/или услуги оказаны ненадлежащим образом, он имеет право направить Исполнителю претензию по электронной почте/посредством «Почты России» по реквизитам, указанным в Настоящем Договоре или представить ее лично Исполнителю.

6. Порядок изменения и расторжения договора

6.1. Настоящий Договор может быть изменен или прекращен в порядке, предусмотренном действующим законодательством и условиями Договора.

6.2. Размещение новой редакции Оферты о заключении Договора на официальном сайте Исполнителя и размещения такой редакции на информационных стендах Исполнителя является предложением по изменению условий заключённого ранее Договора и приведения его условий в соответствие с условиями новой редакции Оферты для лиц, с кем был заключён Договор на условиях Оферты предыдущей редакции.

6.3. Потребитель/Заказчик подтверждает своё согласие с условиями обновленной редакции Оферты путём совершения

7. Рассмотрение споров

7.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, разрешаются сторонами путем переговоров.

7.2. Сторона, считающая, что ее права по заключенному Договору нарушены, вправе направить другой стороне по электронной почте или по реквизитам, указанным в настоящем Договоре/иной документации, письмо с изложением своих претензий. Сторона, получившая претензию, обязана ответить на нее в установленном законом порядке.

7.3. В случае невозможности урегулирования споров путем переговоров, все споры сторон по заключенному Договору и в связи с ним, по которым стороны не могут прийти к обоюдному согласию, подлежат разрешению в судебном порядке (иски о защите прав Потребителя предъявляются в суд по его выбору в соответствии с действующим законодательством РФ).

8. Дистанционная передача информации

8.1. Настоящим Потребитель сообщает Исполнителю свои данные:

и дает согласие на передачу ему информации, в том числе, но не исключая спецификаций, чеков и иных документов и уведомлений по электронной почте, голосовыми сообщениями по телефонной связи, текстовыми смс-сообщениями, а также с использованием систем мгновенного обмена сообщениями, в том числе на:

мобильный телефон: _____

электронную почту: _____

передача результатов функциональной и иной диагностики, а также результатов всех видов исследований	ДА/НЕТ
передача информации о новостях, действующих акциях и специальных предложениях Исполнителя	ДА/НЕТ
опрос по качеству обслуживания	ДА/НЕТ

8.2. Дистанционная передача информации является правом, а не обязанностью Исполнителя. Исполнитель вправе самостоятельно определять формат и размер передаваемой информации, приостановить или прекратить дистанционную передачу информации без предварительного уведомления Потребителя/Заказчика.

8.3. Подписывая настоящий Договор, Потребитель/Заказчик подтверждает, что он предупрежден о возможных рисках, существующих при отправке информации, при которых Исполнитель не несет ответственность, в том числе:

- о возможности доступа третьих лиц к направляемой информации в процессе и/или в результате ее пересылки (в том числе, но не исключительно, несанкционированного доступа к окончному оборудованию пользователя, прямой или случайной передачи пароля, незаконных действий третьих лиц);-неполучения информации по различным причинам, не зависящим от отправителя (электронная почта переполнена, заблокирована или недоступна, настройки и правила обработки сообщений электронной почты на почтовом сервере не позволяют принимать сообщения интернет-домена отправителя, технические и другие причины);-повреждения файлов и в результате неполучения информации, в связи с повреждением файлов при их пересылке.

9. Заключительные положения

9.1. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

9.2. Настоящий договор действует с момента подписания и до окончания текущего календарного года с возможностью дальнейшей пролонгации.

9.3. Стороны признают надлежащим подписание договора, актов, дополнительных соглашений путем обмена отсканированными копиями по электронной почте, указанной в настоящем договоре. Такие документы считаются подписанными простой электронной подписью и приравняются к оригиналам документов на бумажном носителе.

9.4. Неотъемлемой частью к настоящему договору являются следующие приложения:

- Согласие Потребителя на обработку персональных данных
- Согласие Потребителя на передачу персональных данных
- Добровольное согласие на получение платных медицинских услуг

ИСПОЛНИТЕЛЬ (КЛИНИКА) Общество с ограниченной ответственностью	ПОТРЕБИТЕЛЬ (ЗАКАЗЧИК)
---	-------------------------------

Общество с ограниченной ответственностью

«Клиника Фомина Ульяновск»

Адрес места нахождения: 432000, Ульяновская область, г.о. город Ульяновск, г. Ульяновск, ул. Андрея Блаженного, д. 21.

Фактический адрес: 432000, Ульяновская область, г.о. город Ульяновск, г. Ульяновск, ул. Андрея Блаженного, д. 21.

ОГРН: 1255000078475

ИНН: 5017141979, КПП: 730001001

ГРН и дата внесения записи в ЕГРЮЛ: 1255000078475 от 25.08.2025 г.

Отделение банка: ТВЕРСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ №8607 ПАО СБЕРБАНК,
Эл. почта: ulyanovsk@fomin-clinic.ru

Паспорт гражданина Российской Федерации серия _____,
номер _____, выданный _____



Экземпляр Договора на оказание платных медицинских услуг № _____ от "___" _____ 20____ получил(-а).



СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____, _____ г. рождения

(фамилия, имя, отчество пациента либо законного представителя, дата рождения пациента либо законного представителя)

зарегистрированный(-ая) по адресу: _____

(адрес регистрации пациента либо законного представителя)

в отношении: _____, _____ г. рождения

(фамилия, имя, отчество пациента при подписании согласия законным представителем, дата рождения пациента либо законного представителя)

Телефон: _____

(далее по тексту «Пациент»), в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона РФ от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», подтверждаю свое согласие на обработку ООО "Клиника Фомина Ульяновск", адрес места нахождения: 432000, Ульяновская область, г.о. город Ульяновск, г. Ульяновск, ул. Андрея Блаженного, д. 21, (далее – Оператор), следующих персональных данных:

- 1) фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии);
- 2) пол;
- 3) дата рождения;
- 4) адрес места жительства, адрес регистрации;
- 5) реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность);
- 6) реквизиты полиса ОМС/ДМС;
- 7) страховой номер индивидуального лицевого счета в Фонде пенсионного и социального страхования Российской Федерации (СНИЛС);
- 8) сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания первичной медико-санитарной помощи, включающей, в том числе, лабораторные исследования, при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.
- 9) контактные данные (адрес электронной почты, номер контактного телефона).

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я, в интересах обследования и лечения, предоставляю право медицинским работникам Оператора передавать мои персональные данные, должностным лицам Оператора, осуществляющим обработку персональных данных в силу своих должностных обязанностей, медицинским работникам медицинских организаций, с которыми Оператором заключен договор на оказание платных медицинских услуг, в рамках которого мне оказывается медицинская помощь.

Предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. 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 (документов) по договорам, а также путем передачи персональных данных (в том числе информацию, содержащую сведения о врачебной тайне), по телефону на номер, указанный Заказчиком, с целью согласования оказания мне медицинских услуг в случаях, предусмотренных договором (в случае если медицинские услуги оказываются в рамках такого договора).

Я даю свое добровольное согласие на использование в обезличенном виде моих данных о диагнозе; состоянии здоровья; анамнезе; результатах проведенных в отношении меня медицинских осмотров, освидетельствований, обследований, анализов и их результатов; информацию о ходе и способах моего лечения, применяемых препаратах и иную значимую медицинскую информацию для осуществления медицинскими работниками Оператора научно-исследовательской и образовательной деятельности.

Разглашение персональных данных может осуществляться только с моего письменного согласия, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

Настоящее согласие дано мной с момента подписания и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать настоящее согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по указанным в договоре с Оператором реквизитам Оператора, в том числе 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 по истечению периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанных мне до этого медицинских услуг;
- по истечении указанного выше срока хранения моих персональных данных (двадцать пять лет) уничтожить (стереть) все мои персональные данные, в том числе из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

Настоящим подтверждаю свое согласие на обработку Оператором моего контактного телефона, адреса электронной почты и почтового адреса, с целью информирования меня о предстоящем посещении врача, сроках оказания услуг, предоставления иных, связанных с исполнением договора на оказание медицинских услуг, сведений, в том числе результатов медицинского исследования, анализов, иную медицинскую документацию, путем предоставления соответствующей информации с помощью электронной почты, смс-информирования, почтовой рассылки (я уведомлен, что информация будет направлена по незащищенным каналам связи, в связи с чем, Оператор не может нести ответственность за несанкционированное попадание сведений к третьим лицам).

Я даю согласие, что в случае необходимости Общество вправе предоставить мои Персональные данные (Персональные данные представляемого мной лица), для достижения указанной выше цели третьим лицам: в Министерство здравоохранения Российской Федерации, в Департамент здравоохранения субъекта Российской Федерации, в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения Российской Федерации, в страховые компании, в клиничко-диагностические лаборатории, операторам фискальных данных и иным организациям).

Вышеуказанные третьи лица имеют право на обработку моих Персональных данных (Персональных данных представляемого мной лица) на основании настоящего согласия.

Я даю согласие на получение от Оператора электронных чеков за оплаченные услуги.

Я даю согласие на получение от Оператора на указанный мной номер мобильного телефона _____ (указать в случае согласия) информационной SMS-рассылки о новостях, действующих акциях и специальных предложениях.

Я даю согласие на получение от Оператора на указанный мной адрес электронной почты _____ (указать в случае согласия) информационной рассылки о новостях, действующих акциях и специальных предложениях.

Я даю согласие на получение от Оператора на указанный мной номер мобильного телефона _____ (указать в случае согласия) информационной рассылки о новостях, действующих акциях и специальных предложениях путём использования мессенджеров, уровень защиты которых соответствует требованиям действующего законодательства..

Я прошу Оператора осуществлять пересылку результатов функциональной и иной диагностики, а также результатов всех видов исследований, на указанный мной адрес электронной почты _____ (указать в случае согласия).

Я оповещен(а) о том, что информация обо мне и результаты исследования будут конфиденциальны и могут быть раскрыты только мне или моим официальным представителям или по запросу уполномоченных органов. Передача моих персональных данных в не обезличенной форме иным лицам, кроме оговоренных выше, может осуществляться только с моего письменного согласия, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

Настоящим согласием я разрешаю передавать и сообщать информацию о состоянии моего здоровья (в том числе результаты функциональной и иной диагностики, а также результаты всех видов исследований, произведенных в рамках вышеуказанного договора) следующим лицам:

(указать Ф.И.О., контактные номера телефонов и электронной почты).

Содержание и последствия подписания настоящего согласия мне понятны. У меня была возможность задать все интересующие меня Контактный телефон: _____

Адрес электронной почты: _____

Почтовый адрес: _____



СОГЛАСИЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ НА ПЕРЕДАЧУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____, _____ г. рождения
(фамилия, имя, отчество пациента либо законного представителя, дата рождения пациента либо законного представителя)

зарегистрированный(-ая) по адресу: _____
(адрес регистрации пациента либо законного представителя)

в отношении: _____, _____ г. рождения
(фамилия, имя, отчество пациента при подписании согласия законным представителем, дата рождения пациента либо законного представителя)

Телефон: _____

(далее по тексту «Пациент»), в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона РФ от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», подтверждаю свое согласие на передачу ООО "Клиника Фомина Ульяновск", адрес места нахождения: 432000, Ульяновская область, г.о. город Ульяновск, г. Ульяновск, ул. Андрея Блаженного, д. 21, (далее – Оператор), следующих персональных данных:

- 1) фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии);
- 2) пол;
- 3) дата рождения;
- 4) адрес места жительства, адрес регистрации;
- 5) реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность);
- 6) реквизиты полиса ОМС/ДМС;
- 7) страховой номер индивидуального лицевого счета в Фонде пенсионного и социального страхования Российской Федерации (СНИЛС);
- 8) сведения о состоянии моего здоровья, диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания первичной медико-санитарной помощи, включающей, в том числе, лабораторные исследования, в целях повышения качества оказываемых медицинских услуг, при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну;
- 9) контактные данные (адрес электронной почты, номер контактного телефона).

Передача перечисленных выше персональных данных осуществляется в целях защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов пациента, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг, в целях повышения качества оказываемых медицинских услуг (в том числе, с целью последующего назначения более точного диагноза и плана лечения при первичном и(или) повторном обращении к Оператору и(или) аффилированным лицам Оператора), в научно-исследовательских целях, в связи с необходимостью и с соблюдением требований статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона РФ от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я, в интересах обследования и лечения (в том числе для проведения лабораторных и иных исследований; повышения качества оказываемых медицинских услуг), предоставляю право медицинским работникам Оператора передавать мои персональные данные следующим лицам:

- медицинским работникам медицинских организаций, с которыми Оператором заключен договор на оказание платных медицинских услуг, в рамках которого мне оказывается медицинская помощь, а именно следующим медицинским организациям: ООО «Медикал Геномикс» (ИНН 6952037742), ООО «Лаб-Трейдинг» (ИНН 6950225035), ФГБУЗ ПКЦ ФМБА России (ИНН 5902293805), ООО «КДЛ ДОМОДЕДОВО-ТЕСТ» (ИНН 5009046778), ООО «КДЛ ЦЕНТР» (ИНН 5009108495), ООО «КДЛ ЦЕЛИТЕЛЬ» (ИНН 0275929541), ООО «КДЛ УФА-ТЕСТ» (ИНН 0278199678), ООО «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР «ДИАПАЗОН» (ИНН 5906053240), ООО «Инвитро» (ИНН 7710294238), ООО «ИНВИТРО-ВОРОНЕЖ» (ИНН 3664104281), ООО «ИНВИТРО-РОСТОВ-НА-ДОНУ» (ИНН 6166066649), ООО «ИНВИТРО-САМАРА» (ИНН 6316126787), ООО «ИНВИТРО СПБ» (ИНН 7810047507), АО «ЛАБКВЕСТ» (ИНН 7730196038), ООО «ЛИТОЛАБ» (ИНН 5445032366), ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И.Кулакова» (ИНН 7728094832), ООО «ЮНИМ» (ИНН 7724883963), ООО «Айдженомикс РС» (ИНН 9701136165), ООО «АРМЕД» (ИНН 2320147542), ООО «ГЕНОМЕД» (ИНН 7701759381), ФГБУ ИНЦ РАН (ИНН 7802030531), ООО «НЦКМД» (ИНН 7816594168), ООО «СЕРБАЛАБ» (ИНН 7801297356), АО «СЗЦДМ» (ИНН 7813316148), ГБУЗ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ МОНИИАГ ИМ. АКАДЕМИКА В.И. КРАСНОПОЛЬСКОГО (ИНН 7709041289), ООО «ЗДРАВЬЕ» (ИНН 7107536848), ООО «Консультант Фарм» (ИНН 7106520027), ГУЗ ТО «Тюльская Областная Клиническая Больница» (ИНН 7105008306), ГУЗ «ТОКОД» (ИНН 7105015293), ООО «ЦМГ» (ИНН 7724616333), ООО «ХАВЕН» (ИНН 7706219750), ФГБОУ ВО ТВЕРСКОЙ ГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ (ИНН 6905010888), Городская клиническая больница № 1 им. В. В. Успенского (ИНН 6905007726), ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России (ИНН 7728016351), ГБУЗ РМГЦ (ИНН 0275913012), ООО КДЛ «Лорак» (ИНН 0278157565), ООО «ЛАБМЕД 1» (ИНН 0278213139), Медико-генетический научный центр имени академика Н. П. Бочкова (ИНН 7724181700), ГБУЗ «ОБСМЭ» (ИНН 5835013030), ООО «Клиника новых медицинских технологий «Архимедм» (ИНН 7716517723), ООО «КЛИНИКА МАТЬ И ДИТЯ» (ИНН 7728282515), ООО «ИММУНОГЕН» (ИНН 7743255322), ООО «ГЕН-ЛАБ» (ИНН 7714489220), ПАО «ЦГРМ «ГЕНЕТИКО» (ИНН 9731078633), ООО «ЛАБОРАТУАР ДЕ ЖЕНИ» (ИНН 7713755254), ФГБОУ ВОМНОЙ МГУ (ИНН 7729082090), ООО «ОНКОАТЛАС» (ИНН 5408287687), ООО «ХРОМСИСТЕМСЛАБ» (ИНН 7727719369), ООО «МОБИЛ МЕДИКАЛ ЛАБ» (ИНН 7709448243), ГБУЗ КО «КОКОД» (ИНН 4027022104), ГБУЗ КО «Городской Родильный Дом» (ИНН 4027019454), ООО «Ситилаб-Башкортостан» (ИНН 0274131870), ООО «Ситилаб-Липецк-Воронеж» (ИНН 4824044042), АО «МЕДИЦИНА» (ИНН 7729058330), ООО «ГеноТехнология» (ИНН 7713309210), ФГБУ «РДКБ» МИНЗДРАВА РОССИИ (ИНН 7728020823), ГБУЗ «НИИ - Краевая Клиническая Больница № 1 Имени Профессора С.В.Очаповского (ИНН 2311040088), ООО «Диалаб» (ИНН 5834056553), ООО «ДИАМАГ» (ИНН 3123189224), ООО «ХЕЛИКС ТИХВИНСКИЙ» (ИНН 7816526070), ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» (ИНН 3124020975), ООО «МАКСБЕЛМЕД» (ИНН 3123187900), ООО СЕМЕЙНАЯ КЛИНИКА «НЕ БОЛИТ» (ИНН 3123137642), НИУ БелГУ (ИНН 3123035312), ОГБУЗ «БЕЛГОРОДСКОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ БЮРО» (ИНН 3124011297), ООО «ПРОГЕН» (ИНН 7729769950), ГБУЗ «ИНФЕКЦИОННАЯ БОЛЬНИЦА № 2» (ИНН 2320010629), ООО «Лаб-Трейдинг» (ИНН 6950225035);

- страховой организации, с которой у меня есть действующий договор (в том числе для сообщения информации о наличии у меня заболевания, исключающего медицинское обслуживание по программе добровольного медицинского страхования);

- работодателю и(или) иной организации, которая приняла на себя обязательства оплачивать фактически оказанные мне медицинские услуги, в частности, по программе добровольного медицинского страхования (в том числе для сообщения информации и передачи документов, необходимых для завершения взаиморасчетов по оказываемым мне и(или) планируемым к оказанию медицинским услугам);

- организациям, индивидуальным предпринимателям, физическим лицам, с которыми Оператором заключен договор, в рамках которого для оказания мне медицинской помощи выполняются работы и(или) оказываются услуги (в том числе, но не ограничиваясь: изготавливаются протезы; оплачиваются услуги агентов, благодаря действиям которых я обратился за оказанием медицинских услуг к Оператору; проводятся исследования в целях совершенствования оказания медицинской помощи по государственным и муниципальным программам в сфере здравоохранения; осуществляется администрирование, настройка сервисов и приложений, способствующих оперативному и эффективному взаимодействию Оператора с пациентами (в том числе ИП Голиков Д.Д. (ОГРНИП 324690000023881);

- аффилированным лицам Оператора, то есть физическим или юридическим лицам, прямо или косвенно контролирующим Оператора, контролируемым Оператором или находящимся с Оператором под общим контролем другого лица, в том числе, но не ограничиваясь: ООО «ДОФОМИН Групп» (6950219641); ООО «УК КДФ Групп» (ИНН 7707421905); ООО «Клиника Фомина Мичуринский» (ИНН 9729288016); ООО «Клиника Фомина Долгоруковская» (ИНН 7707421260); ООО «Центр Потока Мск-Ленинский» (ИНН 9728069318); ООО «МСЧ №14» (ИНН 7703418644); ООО «Клиника Фомина Смарт» (ИНН 6200001796); ООО «Клиника Фомина Белгород» (ИНН 3123438270); ООО «КДФ-Воронеж» (ИНН 7814734726); ООО «Клиника Фомина Калуга» (ИНН 4027131985); ООО «МОЛОДО» (ИНН 2308266110); ООО «Клиника Фомина Нижний Новгород» (ИНН 5262397419); ООО «Клиника Фомина Пенза» (ИНН 5836688808); ООО «Клиника Фомина Пермь» (ИНН 5902059749); ООО «Клиника Фомина Рязань» (ИНН 6200001860); ООО «КДФ-СПБ» (ИНН 7811736556); ООО «Клиника Фомина Саратов» (ИНН 6450117955); ООО «КДФ-Сочи» (ИНН 2366027819); ООО «Клиника Фомина Тверь» (ИНН 6950172866); ООО «Клиника Фомина Госпиталь» (ИНН 6900011060); ООО «Клиника Фомина Тула» (ИНН 7100017843); ООО «Клиника Фомина Уфа» (ИНН 0274137670);

- а также тем организациям, которые вправе осуществлять обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных на основаниях, предусмотренных действующим законодательством (в том числе, но не ограничиваясь: в Министерство здравоохранения Российской Федерации, в Департамент здравоохранения субъекта Российской Федерации, в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения Российской Федерации).

Предоставляю перечисленным в настоящем согласии лицам право осуществлять любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Перечисленные в настоящем согласии лица 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 (документов) по договорам, а также путем передачи персональных данных (в том числе информацию, содержащую сведения о врачебной тайне), по телефону на номер, указанный в настоящем согласии, с целью согласования оказания мне медицинских услуг в случаях, предусмотренных договором (в случае если медицинские услуги оказываются в рамках такого договора), получения результатов медицинского исследования, анализов, иной медицинской документации, путем предоставления соответствующей информации с помощью электронной почты, указанной в настоящем согласии, смс-информирования, почтовой рассылки (я уведомлен, что информация будет направлена по незащищенным каналам связи, в связи с чем, Оператор не может нести ответственность за несанкционированное попадание сведений к третьим лицам).

Разглашение персональных данных может осуществляться только с моего письменного согласия, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

Настоящее согласие дано мной с момента подписания и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать настоящее согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по указанным в договоре с Оператором реквизитам Оператора, в том числе 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 передачу по истечению периода времени, необходимого для завершения взаимоотношений с перечисленными в настоящем согласии лицами по вопросу оказания мне медицинских услуг, за исключением случаев предусмотренных действующим законодательством;
- осуществить взаимодействие с перечисленными в настоящем согласии лицами по вопросам уничтожения всех моих персональных данных, без уведомления меня об этом.

Перечисленные в настоящем согласии лица имеют право на обработку моих Персональных данных (Персональных данных представляемого мной лица) на основании настоящего согласия.

Я оповещен(а) о том, что информация обо мне и результаты исследования будут конфиденциальны и могут быть раскрыты только мне или моим официальным представителям или по запросу уполномоченных органов. Передача моих персональных данных в не обезличенной форме иным лицам, кроме оговоренных выше, может осуществляться только с моего письменного согласия, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

Настоящим согласием я разрешаю передавать и сообщать информацию о состоянии моего здоровья (в том числе результаты функциональной и иной диагностики, а также результаты всех видов исследований, произведенных в рамках вышеуказанного договора) следующим лицам:

(указать Ф.И.О., контактные номера телефонов и электронной почты).

Содержание и последствия подписания настоящего согласия мне понятны. У меня была возможность задать все интересующие меня
Контактный телефон: _____

Адрес электронной почты: _____

Почтовый адрес: _____



*

**ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ Потребителя
на предоставление медицинских услуг на платной основе**

На основании ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и в соответствии с требованиями пункта 11 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 30.05.2026 № 659,

Я, _____, _____ г. рождения

добровольно соглашаюсь на получение платных медицинских услуг в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта оказываемой мне медицинской помощи, в ООО "Клиника Фомина Ульяновск" (далее – Клиника).

Я получил(а) полную информацию и понимаю, что граждане РФ и иные, определенные законом лица, имеют право на получение соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я проинформирован(а), что могу реализовать право на бесплатную медицинскую помощь в иных медицинских организациях, на других условиях, в том числе в медучреждениях, участвующих в оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

Я ознакомлен(а) с действующим в Клинике прейскурантом платных медицинских услуг и готов(а) оплатить стоимость оказанных мне медицинских услуг, сроки и условия оказания медицинской помощи, порядок оплаты со мной согласованы.

Настоящим я подтверждаю, что в связи с моим желанием получить медицинскую помощь в Клинике, а не в другом медицинском учреждении, я прошу ООО КДФ Тула Тест оказать мне, определенные договором на оказание платных медицинских услуг и приложениями/дополнительными соглашениями к нему, медицинские услуги.

Я удостоверяю, что текст данного добровольного согласия на оказание платных медицинских услуг мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, разъяснения сотрудника Клиники получены в полном объеме и меня удовлетворяют.

(подпись)

(ФИО пациента или законного представителя пациента)

Согласие получено:

(подпись)

(ФИО медицинского работника)

(дата оформления)