

УТВЕРЖДАЮ  
И.о. генерального директора ЗАО  
«Санаторий «Предгорье Кавказа»  
О.К. Вартыкян  
2023 г.



До заключения настоящего договора я- Заказчик подтверждаю, что Исполнитель в письменной форме уведомил меня о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (ФИО)

### Договор на оказание платных медицинских услуг №

г. Горячий Ключ

«\_\_»\_\_\_\_\_20\_\_ г.

ЗАО «Санаторий «Предгорье Кавказа», выписка из реестра лицензий № Л041-01126-23/00348635, дата предоставления лицензии 15.04.2020 на осуществление следующих видов медицинской деятельности:

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организируются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу, лечебной физкультуре, медицинскому массажу, организации сестринского дела, сестринскому делу, физиотерапии, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: гастроэнтерологии, дерматовенерологии, косметологии, лечебной физкультуре и спортивной медицине, медицинской реабилитации, организации здравоохранения и общественному здоровью, профпатологии, психотерапии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, управлению сестринской деятельностью, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии, эндоскопии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: медицинской реабилитации, травматологии и ортопедии.

При оказании специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи организируются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: травматологии и ортопедии; при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: гастроэнтерологии, диетологии, лечебной физкультуре, лечебной физкультуре и спортивной медицине, медицинской реабилитации, медицинскому массажу, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, организации сестринского дела, сестринскому делу, терапии, травматологии и ортопедии,

ультразвуковой диагностике, управлению сестринской деятельностью, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, эндоскопии.

При оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении организуются и выполняются работы (услуги): по акушерскому делу, акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), гастроэнтерологии, дерматовенерологии, диетологии, лечебной физкультуре, лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, медицинской реабилитации, медицинскому массажу, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, педиатрии, профпатологии, психотерапии, сестринскому делу, терапии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, управлению сестринской деятельностью, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, эндокринологии, эндоскопии.

При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности, именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице регистратора, действующего на основании Доверенности от №, с одной стороны и ФИО, именуемый в дальнейшем Заказчик, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

### **1. Предмет договора**

1.1. По настоящему договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Заказчика, обязуется оказать ему на возмездной основе медицинские услуги, в соответствии с требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, а Заказчик обязуется оплатить данные услуги. Медицинские услуги оказываются по адресу: Краснодарский край, г. Горячий Ключ, ул. Ленина, 2.

1.2. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия Заказчика или его законного представителя на медицинское вмешательство (Приложение № 2), которое является неотъемлемой частью настоящего договора, а так же заполнение Согласия на проведение процедур (Приложение № 1), которое является неотъемлемой частью настоящего договора.

1.3. **Перечень, сроки и стоимость** оказываемых медицинских услуг указаны в Приложении № 3, являющемся неотъемлемой частью настоящего договора.

### **2. Права и обязанности сторон**

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать Заказчику платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

2.1.2. Представлять для ознакомления по требованию Заказчика:

а) копию учредительного документа Исполнителя;

б) копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением Перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с данной лицензией.

2.1.3. Соблюдать порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.2. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Заказчика при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, Исполнитель оказывает такие медицинские услуги без взимания платы.

2.3. Исполнитель вправе отказаться от исполнения настоящего договора в случае:

- невыполнения Заказчиком рекомендаций медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу;

- при выявлении противопоказаний к оказываемым услугам.



2.4. Исполнитель вправе получить полную и подробную информацию об анамнезе Заказчика, перенесенных и имеющихся заболеваниях, известных аллергических реакциях и противопоказаниях.

2.5. Исполнитель вправе по своему усмотрению отказать в оказании услуг, если Заказчик, либо находится в состоянии наркотического или алкогольного опьянения, либо имеет иные противопоказания для оказания медицинских услуг.

2.6. Заказчик обязуется:

2.6.1. Предоставлять лицу, оказывающему медицинские услуги, известную ему достоверную и полную информацию о состоянии своего здоровья, в том числе о ранее выявленных медицинских противопоказаниях к применению лекарственных средств, аллергических реакциях, имеющихся и ранее перенесенных заболеваниях, проводимых исследованиях и манипуляциях и об иных обращениях за медицинской помощью, а также об изменениях в состоянии своего здоровья.

2.6.2. Сообщать медицинским работникам о наличии у него заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения, а также соблюдать меры предосторожности при контактах с другими лицами.

2.6.3. Своевременно, точно и в полном объеме выполнять рекомендации и предписания медицинских работников, необходимые для реализации избранной тактики лечения, сотрудничать с медицинскими работниками при оказании медицинских услуг.

2.6.4. Оплатить стоимость услуг в порядке, указанном в пункте 3 настоящего договора.

2.6.5. 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, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения, ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору.

2.7. Заказчик имеет право:

2.7.1. Отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных расходов. Уведомление об отказе и расторжении настоящего договора направляется Исполнителю в письменном виде.

2.7.2. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг

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

2.13. В случае отказа Заказчика после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. При этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору. Отказ от получения медицинских услуг не допускается после истечения срока действия настоящего договора.

2.14. Пропущенные Заказчиком процедуры (медицинские услуги) по причине невки не восстанавливаются, стоимость за них не возмещается.

2.15. К отношениям, связанным с исполнением настоящего Договора, применяются положения Закона Российской Федерации от 07.02.1992 N 2300-1 "О защите прав потребителей".

2.16. Заказчику в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца).

2.17. По письменному заявлению Заказчика, после исполнения договора, Исполнителем выдаются медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из

медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг в течении 3-х рабочих дней с даты получения заявления.

### **3. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов**

3.1. Стоимость платных медицинских услуг определяется в соответствии с Прейскурантом, утвержденным Исполнителем, действующим на день оплаты услуг. Действующий прейскурант цен на медицинские услуги размещен на сайте предгорье-кавказ.рф и на информационных стендах Исполнителя.

3.2. Оплата услуг осуществляется Заказчиком в порядке 100% предоплаты до получения услуги, путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3.3. При изменении Прейскуранта стоимость медицинских услуг, приобретенных и оплаченных на условиях 100% предоплаты перерасчету не подлежит.

### **4. Ответственность сторон**

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

4.2. Исполнитель освобождается от какой-либо ответственности по договору в случае, если неблагоприятные последствия возникли у Заказчика в результате неисполнения рекомендаций лечащего врача, сокрытия информации о наличии заболеваний и противопоказаний, неявки на лечение в установленное время, а также за осложнения после проведенного лечения, возникшие по причинам, не зависящим от качества оказанной услуги.

4.3. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение, либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т.п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

### **5. Конфиденциальность**

5.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

5.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Заказчика за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении.

### **6. Заключительные положения**

6.1. На основании ФЗ №152 от 27 июля 2006 года «О персональных данных», делая заказ на оказание медицинских услуг в любой форме Заказчик:

- дает согласие на обработку своих персональных данных любым не запрещенным законом способом в целях прохождения лечения и получения лечебных процедур, информации и специальных предложений, а также для передачи своих персональных данных партнерским организациям;

- дает согласие на обработку своих персональных данных, также на обработку биометрических персональных данных, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование и уничтожение информации о них, а также в целях сбора и обработки статистической информации и проведения маркетинговых исследований.

6.2. Обработка персональных данных осуществляется следующими способами: обработка персональных данных с использованием автоматизации, обработки персональных данных без использования средств автоматизации (не автоматизированная обработка). Указанное согласие на обработку персональных данных, а также биометрических персональных данных представлено Заказчиком бессрочно. Заказчик уведомлен, что согласие на обработку его персональных данных, а также биометрических персональных данных Заказчика, может быть отозвано им посредством направления письменного заявления заказным почтовым отправлением.



6.3. Подписывая настоящий договор, Заказчик подтверждает, что он (она) был (а) проинформирован (а) о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Действующий Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, Постановление Правительства Российской Федерации от 04 октября 2012 года № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Закон Российской Федерации от 07 февраля 1992 года № 2300-1 «О защите прав потребителей» размещены на сайте Исполнителя предгорье-кавказ.рф и информационном стенде Исполнителя в регистратуре.

6.4. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

#### 7. Срок действия договора

7.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания по \_\_\_\_\_. Окончание срока действия договора влечет за собой прекращение обязательств сторон по договору.

7.2. Любые изменения и дополнения к настоящему договору должны быть составлены в письменной форме и подписаны Сторонами либо их уполномоченными представителями.

7.3. Расторжение настоящего договора возможно в порядке, определенном действующим гражданским законодательством Российской Федерации.

7.4. Настоящий договор составлен в двух аутентичных экземплярах, по одному для каждой из сторон.

7.5. К настоящему договору прилагаются, являются его неотъемлемой частью и обязательны для Сторон:

- Приложение № 1 - Согласия на проведение процедур;
- Приложение № 2 - Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и Отказ от медицинского вмешательства;
- Приложение № 3 – Перечень, сроки и стоимость оказываемых медицинских услуг.

#### 8. Адреса, реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:	Заказчик:
ЗАО «Санаторий «Предгорье Кавказа»	&FIO4& _____ (ФИО)
353292, Россия, Краснодарский край,	&ADRES& _____ (адрес)
г. Горячий Ключ, ул. Ленина, 2	&SERIA& &NOMER& _____ (паспорт: серия, номер)
ОГРН 1022301068833	&VIDAN& &DATAV& г. _____ (кем и когда выдан)
ИНН 2305005039	&TELEFON& _____ (телефон)
КПП 230501001	_____/ФИО/
р/с 40702810830300101714	
Краснодарское отделение	
№8619 ПАО «Сбербанк»	
к/с 30101810100000000602	
БИК 040349602	
Регистратор	
_____ ФИО	

**Согласие  
на проведение процедур (медицинское вмешательство)  
ЗАО «Санаторий «Предгорье Кавказа»»**

Я, Ф.И.О. \_\_\_\_\_,  
настоящим подтверждаю, что проинформирован о противопоказаниях,  
приобретаемых мною медицинских услуг (процедур), а именно:

1.	Наименование медицинской услуги (процедура)	Противопоказания
2.	Душ циркулярный	Ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения III ФК, заболевания дыхательной системы с явлениями ЛСН, мочекаменная болезнь, калькулезный холецистит, вторая половина беременности, атеросклероз сосудов головного мозга, кожные заболевания
3.	Спелеокамера	Заболевания в острой стадии, острые инфекционные заболевания, хронические заболевания в стадии обострения и осложнения остроинфекционных процессов, психические заболевания, все формы наркомании и токсикомании, злокачественные образования, часто повторяющиеся или обильные кровотечения различного происхождения
4.	Ванны суховоздушные	Активная стадия ревматизма, онкологические заболевания на любой стадии, беременность, лактация, болезни сердца и сосудов в острой форме.
5.	Озонотерапия	Кровотечения любой локализации, гипертиреоз, тромбоцитопения, индивидуальная непереносимость озона.
6.	Фиточай	Стандартный набор противопоказаний для применения фиточая в терапевтических целях включает индивидуальную непереносимость компонентов, тромбозы, тромбофлебит, повышенную свертываемость крови, беременность и кормление грудью. Некоторые составы могут вызывать сонливость, некоторые разжижать кровь и, наоборот, снижать ее свертываемость.
7.	Кислородный коктейль	Сахарный диабет. Непереносимость компонентов
8.	Ингаляционное введение и щелочные ингаляции	Сердечно-сосудистые заболевания в стадии декомпенсации. Бронхолегочные заболевания в стадии обострения. Кашель с кровавыми выделениями.
9.	Постановка очистительных лечебных микроклизм.	Заболевания кишечника в фазе обострения, кишечные кровотечения, диарей.
10.	Биоимпедансметрия	Наличие кардиостимулятора, водителя сердечного ритма, иных имплантированных приборов, беременность, выраженная отечность конечностей, высокая температура, воспалительный процесс на коже в зоне установки электродов, стрессовое состояние.

- Данная информация является крайне важной для обеспечения меня эффективным лечением в соответствии с общим состоянием здоровья.

- Я осознаю то, что неполная, неправильная или недостоверная информация, предоставленная мной, может повредить моему здоровью.

- Медицинские услуги (процедуры), я приобретаю непосредственным обращением в регистратуру Санатория без первичного осмотра и консультации врача, но с учетом противопоказаний. Понимаю, что указанный перечень противопоказаний является не полным. Ознакомиться с исчерпывающим перечнем противопоказаний могу в ходе консультации врача (в стоимость медицинских услуг по данному договору консультация врача не входит, оплачивается отдельно).

- В случае наличия у меня противопоказаний по вышеуказанным медицинским услугам (процедурам), обязуюсь сообщить об этом при заключении настоящего договора и продолжить дальнейшее лечение только после консультации врача.

- Я даю разрешение проводить необходимые медицинские услуги (процедуры) и использовать любого врача, ассистента или медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо.

- Я разрешаю сообщать информацию, полученную от меня и связанную с моим состоянием здоровья третьим лицам, лицам, оплачивающим мое лечение, или другому врачу.

\_\_\_\_\_  
Подпись, расшифровка подписи  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 2023

Форма

Информированное добровольное согласие  
на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина  
либо законного представителя)  
"\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения гражданина  
либо законного представителя)  
\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по месту  
регистрации)

в отношении \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании  
согласия законным представителем)  
"\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу:  
(дата рождения пациента при подписании  
законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств,  
включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на  
которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе  
врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной  
помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального  
развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н <1> (далее - виды  
медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной  
медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи  
лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)  
в \_\_\_\_\_

(полное наименование медицинской организации)  
Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии)  
медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской  
помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств,  
их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также  
предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что  
я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских  
вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения,  
за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального  
закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в  
Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым)  
в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21  
ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской  
Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или  
состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное  
зачеркнуть), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

---

(подпись)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его  
законного представителя, телефон)

---

(подпись)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

" " \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)



## Отказ от медицинского вмешательства

Я, \_\_\_\_\_ " " \_\_\_\_\_ г. рождения,  
 (фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина  
 либо законного представителя)  
 зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина  
 либо законного представителя)  
 в отношении \_\_\_\_\_ " " \_\_\_\_\_ г. рождения,  
 (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения  
 при подписании отказа законным представителем)  
 при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи  
 в \_\_\_\_\_

(полное наименование медицинской организации)  
 отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в  
 Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане  
 дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской  
 организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный  
 приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской  
 Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н <1>: \_\_\_\_\_

(наименование вида (видов)  
 медицинского вмешательства)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
 (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии)  
 медицинского работника)

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

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

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

(подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного  
 представителя гражданина)

" " \_\_\_\_\_ г.

(подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) (дата оформления)  
 медицинского работника)

-----

**Перечень, сроки и стоимость оказываемых медицинских услуг**


Срок ожидания платных медицинских услуг составляет \_\_\_\_\_.