

С Правилами предоставления платных медицинских услуг в ООО «Клиника Преображения» (ИНН 9724206620, ОГРН 1247700715239) (далее – «Исполнитель») ознакомлен (а) до подписания настоящего Договора, обязуюсь исполнять. Настоящим, в соответствии с п. 24 Постановления Правительства Российской Федерации от 11.05.2024 г. № 736 уведомлен(а), что, несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинской организации Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

**Исполнитель** предупреждает о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в иных медицинских организациях.

В медицинской организации Исполнителя медицинские услуги оказываются на платной основе. Пациент, подписывая настоящий Договор, подтверждает, что ознакомлен с перечнем услуг и Прейскурантом Исполнителя, понимает содержащуюся в нем информацию, согласен с действующими ценами на медицинские услуги, а также уведомлен о том, что оплаченные денежные средства по настоящему Договору не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования.

**Пациент:**

---

(ФИО, подпись)

**Договор N**  
**на оказание платных медицинских услуг**

г. Москва

дата заключения договора

**ФИО пациента,**

именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент», с одной стороны, и

**Общество с ограниченной ответственностью «Клиника Преображения»**, (Свидетельство о регистрации юридического лица № 124770715239, выданное 30.10.2024, ОГРН 1247700715239, лицензия на осуществление медицинской деятельности от «21» января 2025 г. № Л041-01137-7701745411, выдана Департаментом здравоохранения города Москвы (127006 г. Москва Оружейный пер. д. 43. Т. +7 (499) 251 83 00), срок действия лицензии: бессрочно; **предмет лицензии:** при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; сестринскому делу в косметологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); дерматовенерологии; косметологии; ультразвуковой диагностике, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Генерального директора Самовича Георгия Георгиевича, действующего на основании Устава, с другой стороны, совместно именуемые "Стороны", заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. Предмет Договора**

1.1. Исполнитель обязуется на основании обращения Пациента оказать ему платные медицинские услуги (далее – «Медицинские услуги») по своему профилю деятельности в соответствии с действующей лицензией на осуществление медицинской деятельности и утвержденной Номенклатурой медицинских услуг (Приказ Минздрава России от 13.10.2017 г. № 804н), а Пациент обязуется принять и оплатить оказанные Медицинские услуги в размере, порядке и сроки, установленные настоящим Договором.

Прейскурант платных медицинских услуг Исполнителя, включающий перечень оказываемых Медицинских услуг, их стоимость, размещен на информационных стендах (стойках) Исполнителя (по месту нахождения Исполнителя) в месте, доступном Пациенту для ознакомления с ним, а также на официальном интернет-сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (<https://visavi.moscow/>).

Копия Лицензии на осуществление медицинской деятельности (выписки из реестра лицензий Росздравнадзора) находится в доступной для ознакомления форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»: <https://visavi.moscow/>. Пациенту при заключении настоящего Договора по его запросу предоставляется заверенная копия Лицензии.

1.2. Исполнитель оказывает Медицинские услуги по месту своего нахождения **по адресу:** 115583,

город Москва, Каширское ш., д. 65, к.1, помещ.5н.

1.3. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается в соответствии с действующим законодательством РФ, определяющим правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, информация о которых размещена на информационных стендах медицинской организации Исполнителя, а также официальном сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»: <https://visavi.moscow/>, в частности, положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее – «Минздрав России»), в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Минздравом России.

**1.4. На момент подписания договора Пациент подтверждает, что:**

- ознакомился с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, согласно Постановлению Правительства РФ от 11.05.2023 № 736, и Прейскурантом Исполнителя;

- ознакомился с информацией, размещенной на сайте Исполнителя <https://visavi.moscow/> и на информационных стендах (стойках) в части сроков ожидания предоставления и оказания Услуг, формой Договора, согласий;

- ознакомился и получил сведения о лицензии Исполнителя на осуществление медицинской деятельности, в том числе о доступе к общественной информации, содержащейся в электронных реестрах лицензий, размещенной по адресу <https://roszdravnadzor.gov.ru/services/licenses>;

- получил информацию о порядках, стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях, с учетом и на основании которых оказываются медицинские услуги в медицинской организации Исполнителя;

- информирован о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- информирован, что оплата Медицинских услуг, оказываемых по настоящему Договору, производится в соответствии с Прейскурантом, действующим на дату оказания услуг и доступным для ознакомления Пациентом на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (<https://visavi.moscow/>), а также на информационных стендах (стойках) медицинской организации Исполнителя.

1.5. Срок ожидания предоставления платных медицинских услуг - Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги в день обращения Пациента (запись на прием к лечащему врачу любым из способов, установленными и действующими в медицинской организации Исполнителя согласно Правилам предоставления платных медицинских услуг) при наличии свободных медицинских работников и технической возможности или в назначенный день (непосредственно день записи на прием к лечащему врачу).

Срок оказания медицинских услуг определяется, исходя из объема профилактических, диагностических и лечебных мероприятий. Медицинские услуги оказываются в согласованные с Пациентом сроки, определенные до начала лечения, и отражаются в медицинской документации. Исполнитель оказывает отдельные платные медицинские услуги, включенные в план лечения соответствующего Пациента, в назначенный день (в день записи пациента на прием к лечащему врачу, на медицинское вмешательство, назначенное лечащим врачом).

Срок предоставления отдельных медицинских услуг, а также проведения лечения в полном объеме зависят от общего соматического статуса Пациента, его клинической ситуации, в соответствии со сроками, установленными клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по соответствующим нозологиям (заболеваниям), утвержденными уполномоченным государственным органом, психоэмоционального состояния Пациента, с учетом графика работы медицинских работников, участвующими в предоставлении Пациенту платных медицинских услуг, наличия и работоспособности необходимого медицинского оборудования, а также плана лечения Пациента в целом, назначенного лечащим врачом в рамках приема.

1.6. По настоящему договору Пациентом является физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающим Медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором.

## **2. Права и обязанности Сторон**

### **2.1. Исполнитель обязуется:**

2.1.1. В соответствии с порядком, определенном действующим законодательством РФ, обеспечить Пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей сведения о месте нахождения Исполнителя (месте его государственной регистрации), режиме работы, перечне оказываемых Медицинских услуг с указанием их стоимости, информацию о применяемых стандартах, информацию о состоянии здоровья Пациента, включая сведения о результатах обследования, диагнозе,

информацию об используемых при предоставлении Медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также другие сведения, относящиеся к предмету Договора, включая сведения о квалификации и профессиональном образовании медицинских работников Исполнителя и иной информации, которая должна предоставляться Исполнителем Пациенту в соответствии с действующим законодательством РФ.

2.1.2. Оказывать Пациенту Медицинские услуги на условиях, определенных настоящим Договором, в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ.

2.1.3. Информировать Пациента о сущности и методах диагностических и лечебных мероприятий, проводимых в отношении него.

2.1.4. Давать Пациенту разъяснения о ходе оказания услуг, а также по его письменному заявлению указанным им заинтересованным третьим лицам.

2.1.5. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

2.1.6. Сохранять врачебную тайну.

2.1.7. Предоставлять по требованию Пациента необходимую медицинскую документацию, отражающую состояние здоровья Пациента после получения им Медицинских услуг, а также иную информацию, предусмотренную действующим законодательством РФ в сфере здравоохранения.

2.1.8. Вести учет оказанных Пациенту Медицинских услуг.

2.1.9. Предоставлять Пациенту информацию о третьих лицах, привлекаемых к оказанию Медицинских услуг по настоящему Договору.

2.1.10. В соответствии с действующим законодательством РФ информировать Пациента:

- о невозможности оказания каких-либо видов услуг;

- о противопоказаниях и возможных негативных последствиях (рисках), ожидаемых результатах оказания конкретного вида Медицинских услуг, возможных видах медицинского вмешательства.

2.1.11. Нести иные обязанности, предусмотренные действующим законодательством РФ.

## **2.2. Пациент обязуется:**

2.2.1. Оплачивать Медицинские услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

2.2.2. Предоставить Исполнителю свое письменное согласие по установленной форме на обработку данных, отнесенных действующим законодательством РФ к персональным данным и/или сведений, отнесенных к врачебной тайне, полученных Исполнителем в рамках настоящего Договора, для целей исполнения Сторонами своих обязательств по настоящему Договору и в целях исполнения требований действующего законодательства РФ, в том числе указанным Исполнителем третьим лицам, которые уполномочены осуществлять обработку персональных данных и/или сведений, отнесенных к врачебной тайне в соответствии с технической необходимостью в медицинских целях, в целях контроля качества медицинской помощи, оказываемой Пациенту.

2.2.3. Предоставить Исполнителю достоверную информацию о себе, включающую данные о перенесенных заболеваниях, непереносимости и аллергических реакциях на медикаментозные препараты, пищевые продукты и природные факторы;

2.2.4. Соблюдать правила поведения в медицинской организации, установленные соответствующими локальными нормативными актами Исполнителя, бережно относиться к имуществу Исполнителя;

2.2.5. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление Медицинских услуг, в том числе: сообщать информацию о своем здоровье, выполнять медицинские рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения о своем состоянии здоровья; соблюдать режим лечения, график визитов для проведения диагностики, лечения и плановых осмотров;

2.2.6. Явиться в медицинскую организацию Исполнителя за 10 (Десять) минут до назначенного времени приема к врачу и уведомлять Исполнителя за 24 (Двадцать четыре) часа об отмене назначенного врачом визита вне зависимости от причины отмены.

**Подписывая настоящий Договор, Пациент ознакомлен, что** в случае его опоздания на прием (медицинское вмешательство, процедуру) в назначенные день и время более 15 (Пятнадцати) минут, Медицинские услуги могут быть оказаны в назначенный день в другое время, при условии наличия свободного времени в графике медицинского работника, принимающего участие в предоставлении Медицинских услуг Пациенту, технической возможности и согласия Пациента. В случае отсутствия свободного времени в графике медицинского работника, принимающего участие в оказании Медицинских услуг Пациенту, при опоздании Пациента в назначенный день, Исполнитель оставляет за собой право на перенос даты и времени приема Пациента (даты оказания Медицинских услуг) по

согласованию с Пациентом.

2.2.7. В случае изменения состояния здоровья, связанного, с точки зрения Пациента, с проведенными Исполнителем медицинскими вмешательствами, немедленно связаться с лечащим врачом по телефону Исполнителя: 8 (929) 967-98-69, и прибыть на прием к лечащему врачу в разумные сроки согласно полученным врачебным рекомендациям.

2.2.8. После ознакомления Пациента с противопоказаниями и возможными негативными последствиями (рисками), ожидаемыми результатами оказания конкретного вида Медицинских услуг, возможными видами медицинского вмешательства, дать в письменной форме, согласно действующему законодательству РФ, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. При отказе от продолжения лечения Пациент обязан подписать отказ от медицинского вмешательства и расторгнуть Договор в порядке, предусмотренном настоящим Договором.

2.2.9. Подписывать документы об оказании медицинских услуг (квитанция; акт оказания услуг). В случае отказа от подписания квитанции (акта оказания услуг) без мотивировки причин отказа, в квитанции (акте оказания услуг) делается пометка об этом, и квитанция (акт оказания услуг) подписывается Исполнителем в одностороннем порядке.

2.1.10. Нести иные обязанности, предусмотренные действующим законодательством РФ.

### **2.3. Исполнитель имеет право:**

2.3.1. Самостоятельно определять вид и объем диагностики, профилактики и лечения, количество и виды медицинских манипуляций и вмешательств, необходимых для оказания Медицинских услуг Пациенту, при условии дачи Пациентом информированного добровольного согласия на проведение соответствующих медицинских манипуляций и вмешательств.

2.3.2. Получать от Пациента любую информацию, необходимую для исполнения своих обязательств по настоящему Договору, в том числе, но не ограничиваясь: сведения и медицинские документы о состоянии его здоровья, необходимые для оказания медицинских услуг. В случае непредоставления либо неполного или неверного предоставления Пациентом информации, Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

2.3.3. Требовать оплаты услуг, оказанных Пациенту по настоящему Договору.

2.3.4. Отказать в приеме Пациенту в случаях:

- если есть подозрения (соматические проявления, определенные Исполнителем в установленном законом порядке), что Пациент находится в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

- в действиях Пациента есть угроза жизни или здоровью работников Исполнителя и/или Пациент не следует рекомендациям работников Исполнителя;

- если Пациент отказывается предоставить известную ему информацию и документы о состоянии своего здоровья (в рамках сбора анамнеза);

- неоплаты Медицинских услуг.

2.3.5. При необходимости привлекать сторонние медицинские организации и специалистов с соответствующей квалификацией для оказания Медицинских услуг, с согласия Пациента.

2.3.6. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача (медицинского работника) или врача, ранее оказывающего услуги, назначить другого врача (медицинского работника) для оказания услуг Пациенту по согласованию с Пациентом.

2.3.7. Осуществлять иные права, предусмотренные действующим законодательством РФ.

### **2.4. Пациент имеет право:**

2.4.1. Получать от Исполнителя Медицинские услуги в соответствии с п. 1.1 настоящего Договора надлежащего качества с учетом требований, обязательных к исполнению со стороны Исполнителя и установленных действующим законодательством РФ в сфере здравоохранения.

2.4.2. Выбрать лечащего врача (медицинского работника) из персонала Исполнителя.

2.4.3. Получать информацию о состоянии своего здоровья.

2.4.4. Отказаться от получения Медицинских услуг с подписанием отказа от медицинского вмешательства, предусмотренного законодательством РФ. В этом случае Пациент оплачивает расходы, понесенные Исполнителем на момент такого отказа от услуг.

2.4.5. Указать граждан, которым может быть передана информация о состоянии его здоровья.

2.4.6. Осуществлять иные права, предусмотренные действующим законодательством РФ.

## **3. Порядок исполнения Договора**

3.1. Медицинские услуги оказываются Пациенту на основании медицинских показаний, на основе добровольного волеизъявления и согласия Пациента приобрести Медицинскую услугу на возмездной основе за счет собственных средств.

Условия, объем и характер Медицинских услуг устанавливается на основании предварительного диагноза. Сторонами в рамках настоящего Договора согласовываются сметы на виды и стоимость

оказываемых услуг (спецификация, план лечения) в соответствии с действующим Прейскурантом Исполнителя, являющиеся неотъемлемой частью настоящего Договора.

В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Пациента и не приступать к их предоставлению до момента получения письменного согласия Пациента. В данном случае Стороны согласовывают соответствующие услуги в дополненном плане лечения.

3.2. Медицинские услуги считаются полученными Пациентом с момента их фактического оказания Исполнителем, что подтверждается первичной медицинской документацией Исполнителя.

3.3. Методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, виды медицинского вмешательства, их последствия и ожидаемые результаты оказания медицинской помощи доводятся до сведения Пациента в рамках процедуры подписания информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство в соответствии со ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Медицинские услуги оказываются Исполнителем при наличии информированного добровольного согласия Пациента, данного в порядке, установленном законодательством РФ об охране здоровья граждан.

#### **4. Стоимость услуг и порядок оплаты**

4.1. Стоимость оказываемых Исполнителем Медицинских услуг по настоящему договору определяется исходя из Прейскуранта Исполнителя, действующим на дату оказания Медицинских услуг, и устанавливается Сторонами в спецификациях (плане лечения), являющихся неотъемлемой частью настоящего Договора.

4.2. Оплата Медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, производится после каждого посещения медицинской организации Исполнителя (врачебного приема) в момент выставления счета-квитанции Исполнителем.

Исполнитель вправе определить дополнительный перечень Медицинских услуг, по которым осуществляется предоплата; в данном случае Сторонами заключается соответствующее дополнительное соглашение к настоящему Договору с приложением спецификации (плана лечения).

4.3. Расчеты по Договору производятся в российских рублях. Оплата Услуг по Договору может быть произведена Пациентом наличными денежными средствами в кассу Исполнителя, через платежный терминал, а также в безналичном порядке посредством перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, указанный в настоящем Договоре.

4.4. Пациенту в соответствии с законодательством РФ выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных Медицинских услуг (кассовый чек, бланк строгой отчетности или иной документ, подтверждающий факт осуществления расчета в соответствии с требованиями законодательства РФ о применении контрольно-кассовой техники).

4.5. Датой оплаты стоимости услуг считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или день внесения денежных средств в кассу Исполнителя.

4.6. Возврат излишне уплаченных денежных средств по настоящему Договору возможен только тем же способом, каким была произведена оплата. При оплате банковской картой денежные средства возвращаются на банковскую карту, с которой была совершена оплата, при условии предоставления банковской карты, паспорта плательщика и заявления на возврат денежных средств. При оплате наличными средствами, денежные средства возвращаются Пациенту наличными в кассе Исполнителя при условии предоставления паспорта и заявления на возврат денежных средств.

#### **5. Ответственность Сторон**

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством РФ.

5.2. Исполнитель несет ответственность перед Пациентом за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента, что должно быть установлено в судебном порядке.

5.3. Настоящим Пациент подтверждает, что до заключения настоящего договора уведомлен Исполнителем о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемых Медицинских услуг, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента. Пациент понимает, что неисполнение и/или ненадлежащее своих обязательств по настоящему Договору (в частности, не предоставление, либо несвоевременное предоставление Пациентом достоверной информации и всех имеющихся документов о состоянии его здоровья, в том числе, об обстоятельствах заболевания и опыте применения лекарственных препаратов

в связи с заболеванием, о непереносимости отдельных лекарственных препаратов и методов лечения, а также их сочетания, а также в случае несоблюдения Пациентом графика наблюдения у врача, режима лечения в том числе - информирования его о состоянии своего здоровья в процессе лечения в оговоренных временных рамках) может негативно отразиться на результатах оказания медицинской помощи. Исполнитель не несет ответственности за результаты оказания Медицинских услуг в случае несоблюдения Пациентом рекомендаций по лечению, неправомерных действий Пациента.

## **6. Порядок разрешения споров**

6.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, по желанию Пациента, могут разрешаться путем переговоров. С целью урегулирования разногласий Стороны вправе согласовать проведение медицинского консилиума и/или медицинской экспертизы. Направление обращений (жалоб) в адрес Исполнителя осуществляется Пациентом любым из указанных способов: лично; почтой по адресу местонахождения Исполнителя: 115583, город Москва, Каширское ш., д. 65,к.1, помещ.5н; по электронной почте на адрес Исполнителя: visavi.moscow@mail.ru, с последующим предоставлением оригинала обращения (жалобы) на бумажном носителе любым удобным способом (лично или почтой).

6.2. При недостижении согласия в процессе переговоров спорных вопросов (при их проведении), споры подлежат рассмотрению в судебном порядке согласно действующему законодательству РФ

## **7. Срок действия Договора. Порядок изменения и расторжения.**

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его Сторонами и действует в течение 1 (одного) календарного года или до фактического выполнения обязательств, принятых Сторонами по настоящему Договору. Действие настоящего Договора пролонгируется на каждый последующий календарный год, если Пациент не заявит об одностороннем расторжении (одностороннем отказе) настоящего Договора.

7.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию Сторон по соглашению о расторжении, подписываемому Сторонами.

7.3. Пациент вправе расторгнуть настоящий Договор в одностороннем порядке путем предоставления лично в медицинскую организацию Исполнителя, направления почтой по адресу местонахождения Исполнителя: 115583, город Москва, Каширское ш., д. 65,к.1, помещ.5н; по электронной почте на адрес Исполнителя: visavi.moscow@mail.ru, с последующим предоставлением оригинала соответствующего письменного заявления, составленного в свободной форме на имя Генерального директора медицинской организации Исполнителя. В данном случае Сторонами в течение 3 (трех) календарных дней составляется и подписывается соглашение о расторжении Договора

7.4. В случае отказа Пациента от исполнения обязательств по Договору, сумма денежных средств, подлежащая возврату Пациенту, исчисляется с учетом необходимости оплаты Исполнителю оказанных Медицинских услуг и понесенных Исполнителем расходов, при этом стоимость оказанных Медицинских услуг устанавливается по Прейскуранту Исполнителя, действующему на момент фактического оказания Медицинских услуг. В случае оплаты Пациентом медицинских услуг с учетом применения скидки (скидок) и отказе Пациента от получения указанных услуг в полном объеме, Исполнитель производит перерасчет и обеспечивает возврат денежных средств в объеме неокказанных Медицинских услуг без учета действия скидки (скидок). Срок возврата Исполнителем Пациенту денежных средств устанавливается действующим законодательством РФ.

## **8. Порядок ознакомления Пациента с медицинской документацией, предоставления копии медицинской документации (и/или выписки из медицинской карты)**

8.1. Ознакомление Пациента с медицинской документацией, выдача справок и медицинских заключений, представление медицинских документов (их копий) и выписок из них, отражающих состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, производятся без взимания дополнительной платы согласно положениям действующего законодательства РФ и локальных нормативных актов Исполнителя.

8.2. Предоставление Исполнителем Пациенту копии медицинской карты или выписок из нее, предоставление Пациенту медицинской карты на ознакомление в медицинской организации Исполнителя осуществляется в соответствии с положениями Приказа Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 г. № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них» на основании письменного запроса Пациента на имя Генерального директора медицинской организации Исполнителя, направленного следующими способами: лично; почтой по адресу местонахождения Исполнителя: 115583, город Москва, Каширское ш., д. 65,к.1, помещ.5н; по электронной почте на адрес Исполнителя: visavi.moscow@mail.ru, с последующим

предоставлением оригинала заявления. Срок выдачи запрашиваемой медицинской документации Пациенту составляет не более 10 (Десяти) календарных дней с даты поступления Исполнителю соответствующего запроса Пациента.

#### 9. Заключительные положения

9.1. Пациент подтверждает, что персональные данные, указанные в настоящем Договоре, им проверены и внесены верно.

9.2. Все изменения и дополнения к настоящему Договору считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон. Дополнительные соглашения Сторон и иные приложения к настоящему Договору (в том числе, но не ограничиваясь, сметы, спецификации, планы лечения), подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

9.3. Настоящий Договор составлен в 2 (Двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

#### 10. Подписи Сторон

##### Исполнитель:

**Общество с ограниченной ответственностью**

**«Клиника Преображения»**

Сокращенное наименование:

ООО «Клиника Преображения»

Свидетельство о государственной регистрации  
юридического лица 1247700715239

ОГРН 1247700715239

Лицензия на осуществление медицинской деятельности  
от «21» января 2025 г. № Л041-01137-7701745411,  
выдана Департаментом здравоохранения города  
Москвы (127006 г. Москва Оружейный пер. д. 43. Т. +7  
(499) 251 83 00)

Адрес места нахождения: 115583, город Москва, вн. тер.  
г. муниципальный округ Орехово-Борисово Южное,

Каширское ш., д. 65, к. 1, помещ.5н,

ИНН 9724206620 КПП 772401001

Расчетный счет 40702810401760002227

в АО «АЛЬФА-БАНК»

к/с 30101810200000000593

БИК 044525593

Сайт: <https://visavi.moscow/>

Контактный тел.: 8 (929) 967-98-69

Адрес электронной почты: visavi.moscow@mail.ru

Генеральный директор

Самович Георгий Георгиевич

##### Пациент

ФИО:

Дата рождения:

Серия и номер паспорта: №

Кем и когда выдан:

Адрес регистрации:

Адрес места жительства:

Контактный тел.:

Почта:

\_\_\_\_\_/Самович Г.Г.

\_\_\_\_\_/ (подпись/ФИО)

**Информированное добровольное согласие на  
медицинское вмешательство**

Я ФИО

*(Ф.И.О. пациента, дата рождения пациента)*

г. рождения,  
зарегистрированный (ая) по адресу:  
, проживающий (ая) по адресу: ,

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. № 390н (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи в Обществе с ограниченной ответственностью «Клиника Преображения», 115583, город Москва, вн. тер. г. муниципальный округ Орехово-Борисово Южное, Каширское ш., д. 65, к. 1, помещ.5н. Свидетельство о регистрации юридического лица № 124770715239, выданное 30.10.2024, ОГРН 1247700715239, Лицензия на осуществление медицинской деятельности от «21» января 2025 г. № Л041-01137-7701745411, выдана Департаментом здравоохранения города Москвы (127006 г. Москва Оружейный пер. д. 43. Т. +7 (499) 251 83 00).

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. № 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. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья, 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) пациента, телефон)*

---

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

Дата

*(дата оформления)*

**В ООО «Клиника Преображения»**  
115583, город Москва,  
вн. тер. г. муниципальный округ  
Орехово-Борисово Южное,  
Каширское ш., д. 65, к. 1, помещ.5н  
ОГРН 1247700715239, ИНН 9724206620

## **Заявление пациента о согласии на обработку персональных данных и сведений, отнесенных к врачебной тайне**

Я, (Ф.И.О.), года рождения, проживающий по адресу: , паспорт РФ: серия №, выдан г. , контактный номер телефона: (номер телефона), адрес электронной почты: (почта), руководствуясь ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»,

своей волей и в своем интересе настоящим подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных, **включающих в себя:** фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату и место рождения, адрес регистрации, адрес места жительства, данные документа, удостоверяющего личность, страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), семейное положение, контактный телефон, адрес электронной почты, антропометрические, биометрические персональные данные, данные о состоянии моего здоровья, интимной жизни, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью,

**Оператором** - ООО «Клиника Преображения», ОГРН 1247700715239, ИНН 9724206620, адрес: 115583, город Москва, вн. тер. г. муниципальный округ Орехово-Борисово Южное, Каширское ш., д. 65, к. 1, помещ.5н., имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности от «21» января 2025 г. № Л041-01137-7701745411 (далее – «Оператор»)

**в следующих целях:** медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, ведения учета и систематизации оказанных медицинских услуг, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право на автоматизированную (в том числе с использованием информационных систем Оператора: (klinikon, ООО «Альянс АйТи Технолоджи», ИНН 6686015778), а также без использования средств автоматизации, обработку моих персональных данных, **а именно:** на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ) в пределах, прямо установленных настоящим Соглашением, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Я предоставляю право Оператору на обработку моих персональных данных в объеме, необходимом для выполнения медицинской организацией обязанности, предусмотренной п. 16 ст. 79 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а именно: осуществлять выгрузку персональных данных и сведений о состоянии здоровья граждан в ЕГИСЗ при помощи : (klinikon, ООО «Альянс АйТи Технолоджи», ИНН 6686015778).

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора с доступом только для должностных лиц Оператора, включенных в соответствующий Перечень должностных лиц, в том числе лицам, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, **исключительно в интересах моего обследования и лечения** с использованием машинных носителей, бумажных носителей информации или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Я разрешаю использовать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, для проведения обязательного для Оператора контроля качества оказания мне медицинской помощи, в том числе с привлечением независимых медицинских специалистов, государственных органов, осуществляющим контроль качества оказания мне медицинских услуг.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, если иное не предусмотрено действующим законодательством РФ.

Настоящим предоставляю Оператору свое согласие на использование моих персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылки мне SMS – сообщений или писем на электронную почту, по указанным в настоящем Соглашении контактному номеру телефона и/или адресу электронной почты, содержащих письменное информирование, непосредственно связанное с оказанием мне медицинской помощи в медицинской организации Оператора (в частности, информирование меня о подтверждении записи на прием, изменении работы медицинской организации Оператора, оповещением о медицинских услугах Оператора, и другой существенной информацией, связанной с работой медицинской организации Общества и оказанием мне медицинской помощи).

Я подтверждаю, что указанные мной номер контактного телефона и адрес электронной почты в настоящем Соглашении, являются достоверными; контактный телефон принадлежит мне на основании договора об оказании услуг связи (абонента), а адрес электронной почты – зарегистрирован на мое имя и принадлежит мне (используется мной).

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Подтверждаю, что до подписания настоящего Соглашения я ознакомился с Положением о защите персональных данных пациентов, утвержденным Оператором.

Настоящее Соглашение дано мной (дата) и действует бессрочно.

Условием прекращения обработки персональных данных является получение Оператором моего письменного заявления об отзыве Соглашения на обработку моих персональных данных, которое может быть направлено мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении по адресу места нахождения Оператора: 115583, город Москва, вн. тер. г. муниципальный округ Орехово-Борисово Южное, Каширское ш., д. 65, к. 1, помещ.5н, либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего Соглашения на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи, кроме случаев, установленных законодательством РФ.

\_\_\_\_\_ (ФИО пациента)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ дата оформления

Согласие получено: дата оформления

Подпись работника ООО «Клиника Преображения», принявшего заявление: \_\_\_\_\_  
(ФИО, должность)

\_\_\_\_\_ (подпись)

**В ООО «Клиника Преображения»**  
115583, город Москва,  
вн. тер. г. муниципальный округ  
Орехово-Борисово Южное,  
Каширское ш., д. 65, к. 1, помещ.5н  
ОГРН 1247700715239, ИНН 9724206620

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА  
на получение результатов медицинских исследований  
по незащищенным каналам связи**

Я, \_\_\_(Ф.И.О. пациента), (дата рождения), паспорт ,  
прошу Вас осуществить отправку информации о результатах медицинских исследований, заключений о пройденных медицинских обследованиях, приемах (осмотрах, консультациях) медицинских специалистов, иной медицинской документации, содержащей мою врачебную тайну и оформленной при получении мною медицинской помощи **в ООО «Клиника Преображения»** (ОГРН 1247700715239, ИНН 9724206620, адрес: 115583, город Москва, вн. тер. г. муниципальный округ Орехово-Борисово Южное, Каширское ш., д. 65, к. 1, помещ.5н, имеющим лицензию на осуществление медицинской деятельности от «21» января 2025 г. № Л041-01137-7701745411), посредством электронной связи по электронной почте: (почта пациента) и/или посредством SMS-информирования по номеру телефона: (телефон пациента)

Подписывая данное согласие, я проинформирован(а) о том, что такая передача информации, в том числе медицинской информации и документации, будет производиться **по незащищенным каналам связи**, в связи с чем возможна ее утечка и (или) иное непреднамеренное нарушение конфиденциальности.

За взлом почтового ящика, утечку информации и неполучение отправленных результатов анализов, консультаций, заключениях о пройденных медицинских обследованиях, иной медицинской документации, содержащей мою врачебную тайну, **ООО «Клиника Преображения»** ответственности не несет. Я здраво оцениваю все риски и готов(а) принять на себя возможную ответственность в случае нарушения конфиденциальности моей медицинской информации в результате ее пересылки по незащищенным каналам связи.

Несмотря на риск утечки моих персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, я выражаю желание и прошу работников ООО «Клиника Преображения» направлять мне вышеуказанную информацию посредством электронной почты и(или) SMS –сообщений, **так как риск ее утечки менее значим по сравнению с удобством и комфортом** ее получения по современным каналам связи.

Оставляю за собой право отозвать настоящее согласие посредством составления соответствующего письменного заявления.

(ФИО пациента)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (дата документа)

Согласие получено: (дата документа)

Подпись работника ООО «Клиника Преображения», принявшего согласие: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (подпись) (ФИО, должность)