

# Форма договора на оказание платных медицинских услуг для пациентов с 14 до 17 лет (включительно)

## УВЕДОМЛЕНИЕ

(в соответствии с п. 7. и п. 24 «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 N 736)

Я, гражданин(ка) \_\_\_\_\_ (ФИО), законный представитель (родитель, усыновитель, опекун – выбрать нужное) несовершеннолетнего Потребителя (Пациента) \_\_\_\_\_ (ФИО) и несовершеннолетний Потребитель (Пациент) \_\_\_\_\_ (ФИО), настоящим уведомлены до заключения договора на оказание платных медицинских услуг, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (ООО Клиника «Золотое сечение», медицинского работника ООО Клиника «Золотое сечение»), предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя (Пациента). Кроме того, мы уведомлены о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (соответствующая информация указана в Постановлении Правительства РФ от 28.12.2021 N 2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов»).

Подпись несовершеннолетнего Потребителя (Пациента) \_\_\_\_\_

Подпись представителя несовершеннолетнего Потребителя (Пациента) \_\_\_\_\_

## Договор № \_\_\_\_\_ на оказание платных медицинских услуг

г. Новосибирск

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью Клиника «Золотое Сечение», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_ (должность ФИО), действующего(ей) на основании доверенности от \_\_\_\_\_, с одной стороны и \_\_\_\_\_ (ФИО пациента) «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года рождения, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель (Пациент)», с согласия законного представителя несовершеннолетнего Потребителя (Пациента) (родителя, усыновителя, попечителя – выбрать нужное) \_\_\_\_\_ ФИО, именуемого(ой) в дальнейшем «Представитель», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», а по отдельности «Сторона», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему Договору Исполнитель в соответствии с лицензией №ЛО-54-01-005613 от 17.09.2019г., выданной Министерством здравоохранения Новосибирской области, обязуется предоставить Потребителю (Пациенту) по его желанию и желанию Представителя с учетом медицинских показаний (при наличии) и в соответствии с действующим в момент обращения Потребителя (Пациента) за услугой Прейскурантом Исполнителя (далее – Прейскурант) платные медицинские услуги.

1.2. Перечень и стоимость, предоставляемых Потребителю (Пациенту) услуг оговариваются действующим Прейскурантом (предоставлен на информационном стенде по месту нахождения Исполнителя: г. Новосибирск, микрорайон Горский, д.6 и на сайте Исполнителя: <https://www.zsclinic.ru/clinic>).

1.3. Конкретный перечень услуг, предоставляемых по настоящему Договору (с одновременным указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией, к которым относятся определенные Договором соответствующие платные медицинские услуги и фамилий, имен, отчеством медицинского работника, отвечающего за предоставление соответствующей платной медицинской услуги), стоимость услуг, предоставляемых Потребителю (Пациенту), приведены в Смете, являющейся неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.4. Все условия настоящего Договора, касающиеся Потребителя (Пациента), в равной мере относятся к его Представителю, за исключением: согласия/отказа от медицинского вмешательства несовершеннолетних в возрасте от 15 лет, права владения информацией, являющейся врачебной тайной в соответствии с законодательством РФ, без согласия несовершеннолетних в возрасте 14-15 лет.

1.5. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается:

- в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;
- в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;
- на основе клинических рекомендаций;
- с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

1.6. Фамилия, имя, отчество медицинского работника, отвечающего за предоставление соответствующей платной медицинской услуги указаны в Смете, являющейся неотъемлемой частью настоящего Договора, а информация о профессиональном образовании и квалификации этого медицинского работника размещена на информационном стенде по месту нахождения Исполнителя: г. Новосибирск, микрорайон Горский, д.6 и на сайте Исполнителя: <https://www.zsclinic.ru/clinic>.

### 2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору по адресу: г. Новосибирск, микрорайон Горский, д.6.

2.2. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Исполнителя и доводятся до сведения Потребителя (Пациента) и Представителя.

2.3. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Потребителя (Пациента) на прием. Предварительная запись Потребителя (Пациента) на прием осуществляется через регистратуру Исполнителя посредством телефонной, факсимильной и иной связи. **Телефон регистратуры: +7(383)308-08-08.** В особых случаях, включая необходимость получения неотложной помощи, услуги предоставляются Потребителю (Пациенту) без предварительной записи и/или вне установленной очереди.

2.4. Сроки предоставления Потребителю (Пациенту) результатов исследований определяются администрацией Исполнителя и доводятся до сведения Потребителя (Пациента) и Представителя при обращении за медицинской помощью.

2.5. По окончании оказания медицинских услуг Сторонами подписывается Акт об оказании услуг.

### 3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

3.1. Медицинские услуги, предоставляемые Исполнителем по настоящему Договору, оплачиваются Потребителем (Пациентом) или Представителем по действующим у Исполнителя тарифам на момент обращения за медицинской помощью в рамках настоящего Договора. Цена услуг, предоставляемых в различные временные периоды в рамках настоящего Договора устанавливается на основании Прейскуранта, действующего в

момент предоставления конкретной медицинской услуги и может отличаться от цены данной услуги в момент заключения Договора. Ознакомление Потребителя (Пациента) или Представителя с действующими на момент предоставления конкретной услуги ценами в доступной форме осуществляется путем ознакомления с Прейскурантом.

3.2. Стоимость услуги Потребитель (Пациент) оплачивает непосредственно после получения услуги, но не позднее 1 календарного дня наличными денежными средствами в кассу либо путем перечисления на расчетный счет Исполнителя.

3.3. Плательщиком по настоящему Договору является \_\_\_\_\_ Потребитель (Пациент), Представитель (выбрать нужное).

3.4. Излишне оплаченные Потребителем (Пациентом) или Представителем суммы подлежат возврату, либо учитываются при последующих расчетах.

3.5. По медицинским показаниям и/или по желанию Потребителя (Пациента), Потребителю (Пациенту) могут быть оказаны и иные, дополнительные услуги. Дополнительные услуги оказываются с согласия Потребителя (Пациента) и Представителя, полученного в установленном законодательством РФ порядке, их стоимость согласовывается с Потребителем (Пациентом) и Представителем дополнительным соглашением к Договору.

3.6. В случае, если невозможность исполнения Сторонами обязательств по настоящему Договору возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, Потребитель (Пациент) и (или) Представитель возмещают Исполнителю фактически понесенные им расходы, если иное не предусмотрено законом или настоящим Договором.

3.7. Стороны могут согласовать иной порядок оплаты и график внесения денежных средств, о чем составляется дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.

#### 4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Исполнитель обязуется:

4.1.1. Своевременно оказать услуги при условии предварительного получения добровольного информированного согласия Потребителя (Пациента) или Представителя на медицинское вмешательство (в порядке и за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ);

4.1.2. Обеспечить Потребителя (Пациента) и Представителя в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг, выполняемых Исполнителем с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации практики (обычаями) и этическими требованиями, предъявляемыми к медицинской деятельности;

4.1.3. Организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе порядками оказания медицинской помощи, и на основе клинических рекомендаций (протоколов лечения), использовать методы профилактики, диагностики, лечения в соответствии с требованиями нормативно-правовых актов, при отсутствии таковых - в соответствии с принципами сложившейся клинической практики (обычаями) и этическими требованиями, предъявляемыми к медицинской деятельности, а также использовать медицинские изделия, разрешенные к применению в установленном действующим законодательством РФ порядке;

4.1.4. В случае наличия способности Потребителя (Пациента) выразить свою волю (в т.ч. посредством воли его законного представителя) при отсутствии угрозы для жизни Потребителя (Пациента), неотложности медицинского вмешательства, немедленно предупредить Потребителя (Пациента) и Представителя, а до получения от них указаний приостановить работу при обнаружении:

- непригодности или недоброкачества предоставленных ими в соответствии с Договором медикаментов, предметов медицинского назначения и т.д., при выполнении услуги из материалов Потребителя (Пациента);
- возможных неблагоприятных для Потребителя (Пациента) последствий выполнения его указаний о способе исполнения работы;
- иных не зависящих от Исполнителя обстоятельств, которые могут отрицательно повлиять на результат оказания услуги или возможность ее оказания в срок;

4.1.5. По требованию лица оплатившего услуги выдать "Справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы РФ" установленной формы (при условии подтверждения его права на владение информацией о факте обращения Потребителя (Пациента) за медицинской помощью);

4.1.6. Соблюдать требования, предусмотренные ст.79 ФЗ от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

4.2. Исполнитель имеет право:

4.2.1. Отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору в одностороннем порядке при объективной невозможности предоставить требуемую услугу, в том числе при невозможности обеспечить ее безопасность (неоправданный риск наступления последствий, негативных для здоровья Потребителя (Пациента)) и (или) при возникновении медицинских противопоказаний для осуществления лечебно-диагностических мероприятий, в случаях, при условии наличия у Потребителя (Пациента) способности выразить свою волю (в т.ч. посредством воли его законного представителя), отсутствия угрозы для жизни Потребителя (Пациента).

4.2.2. Не приступать к оказанию услуг, приостановить исполнение своего обязательства (отказаться от исполнения его части) в ситуации, когда имеет место нарушение Потребителем (Пациентом) или Представителем своих обязанностей по Договору (в том числе п.3.1., 3.2. настоящего Договора), которое делает для Исполнителя объективно невозможным надлежащее выполнение своих обязательств по Договору при условии:

- наличия фактов, очевидно свидетельствующих о том, что такое исполнение обязательства Потребителем (Пациентом) или Представителем не будет произведено в установленный срок;
- оказания медицинской помощи в плановой форме;

4.2.3. В ситуации наличия у Потребителя (Пациента) способности выразить свою волю (в т.ч. посредством воли его законного представителя) и отсутствия угрозы для его жизни самостоятельно определять и изменять в процессе оказания услуги объем исследований и необходимых действий, направленных на установление верного диагноза и оказание надлежащей медицинской помощи при условии информирования Потребителя (Пациента) и Представителя и получения их согласия или отказа от предложенного медицинского плана;

4.2.4. Самостоятельно определять и изменять в процессе оказания услуги объем исследований и необходимых действий, направленных на установление диагноза и оказание надлежащей медицинской помощи без согласия Потребителя (Пациента) в ситуации, если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни и если состояние Потребителя (Пациента) не позволяет выразить ему свою волю (в т.ч. посредством воли его законного представителя);

4.2.5. С учетом медицинской специфики оказываемой услуги привлекать к исполнению своих обязательств других надлежащих лиц для обеспечения качества и безопасности медицинской услуги;

4.2.6. Осуществлять все права, предусмотренные ст.78 ФЗ от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

4.3. Потребитель (Пациент) и Представитель обязуются:

4.3.1. Выполнять назначенный режим лечения и правила поведения пациентов в медицинской организации, принятые Исполнителем и уведомлены о том, что указанная обязанность установлена для граждан, находящихся на лечении в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности;

4.3.2. Информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Потребителем (Пациентом) и Представителем настоящего Договора;

4.3.3. Заблаговременно информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения медицинской услуги. В случае опоздания Потребителя (Пациента) более чем 20 (двадцать) минут по отношению к назначенному Потребителю (Пациенту) времени получения услуги, Исполнитель оставляет за собой право на перенос или отмену срока получения услуги;

4.3.4. При реализации права Исполнителя на привлечение к исполнению своих обязательств других надлежащих лиц (в соответствии с п.4.2.5. настоящего Договора), Потребитель (Пациент) обязан принять от Исполнителя соответствующее исполнение по обязательству, за исключением случаев отказа Потребителя (Пациента) от медицинского вмешательства в установленном законодательством РФ порядке;

4.3.5. Заботиться о сохранении здоровья Потребителя (Пациента);

4.3.6. Предоставить Исполнителю информацию, необходимую для надлежащего исполнения условий настоящего Договора. Объем и вид требуемой информации определяется Исполнителем, исходя из положений нормативно-правовых актов и обычаев, регламентирующих предоставление услуги по оказанию медицинской помощи;

4.3.7. Производить оплату оказанных Исполнителем медицинских услуг в полном объеме и в установленные настоящим Договором сроки согласно Прейскуранту, действующему в момент обращения Потребителя (Пациента) за услугой;

4.4. Потребитель (Пациент) вправе:

4.4.1. Потребитель (Пациент) имеет все права, предусмотренные законодательством защите прав потребителей.

4.4.2. Потребитель (Пациент) имеет все права, предусмотренные его специальным статусом как потребителя специфических медицинских услуг.

4.4.3. Для Потребителей (Пациентов) в возрасте до 15 лет все его права как пациента имеет Представитель.

#### **5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1. Исполнитель несёт ответственность перед Потребителем (Пациентом), за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к профессиональной медицинской деятельности, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя (Пациента) по вине Исполнителя.

5.2. Исполнитель не несет ответственности перед Потребителем (Пациентом) в случае:

- возникновения осложнений по вине Потребителя (Пациента), в т. ч. за последствия, возникшие в результате не выполнения рекомендаций и требований лечащего врача либо предоставления Пациентом недостоверной, неполной, либо несвоевременной информации о состоянии своего здоровья;

- возникновения аллергической реакции и/или непереносимости лекарственных препаратов и материалов, разрешенных к практике и ранее не вызывавших аналогичных реакций у Потребителя (Пациента).

#### **6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания и действует в течение 1 года. В случае, если по истечении срока действия настоящего Договора ни одна из Сторон не заявила о своем намерении прекратить договорные отношения, настоящий Договор считается продленным на тот же срок на тех же условиях. Количество таких пролонгаций – не ограничено.

6.2. Окончание срока действия Договора не влечет за собой прекращение обязательств Сторон по Договору. Договор признается действующим до определенного в нем момента окончания исполнения сторонами обязательств.

#### **7. ИЗМЕНЕНИЕ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА**

7.1. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору имеют силу только в том случае, если они оформлены в письменном виде и подписаны обеими Сторонами.

7.2. Исполнитель вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения настоящего Договора только при условии соблюдения требований, предусмотренных п. 4.2.1. и п.4.2.2. настоящего Договора.

7.3. Потребитель (Пациент) и Представитель вправе отказаться от исполнения настоящего Договора в любое время при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

#### **8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

8.1. Все разногласия по настоящему Договору решаются путем переговоров. Данное положение не лишает Стороны настоящего Договора права на непосредственное обращение в суд, как минуя процедуры альтернативного разрешения споров, так и вследствие недостижения в ходе их проведения обоюдного согласия.

8.2. Стороны договорились о том, что при возникновении спора по поводу недостатков оказанной услуги по требованию любой из Сторон может быть проведена экспертиза (аналитическая оценка качества оказанной медицинской помощи в рамках предоставленной услуги), в том числе с привлечением независимых специалистов.

8.3. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, он разрешается в порядке, установленном законодательством РФ.

#### **9. МЕДИАТИВНАЯ ОГОВОРКА**

9.1. В соответствии с Федеральным законом РФ от 27 июля 2010 года № 193-ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)», Стороны договорились в случае возникновения спора о проведении процедуры медиации - способе урегулирования споров при содействии медиатора на основе добровольного согласия сторон в целях достижения ими взаимоприемлемого решения.

9.2. Процедура медиации осуществляется путем заключения письменного соглашения сторон о ее применении после возникновения спора. Процедура медиации может быть применена при возникновении спора как до обращения в суд, так и после начала судебного разбирательства, в том числе по предложению суда.

9.3. Для осуществления процедуры медиации стороны привлекают посредников в качестве посредников в урегулировании спора: медиаторов - независимых физических лиц, а также юридических лиц, одним из основных видов деятельности которых является деятельность по организации проведения процедуры медиации, а также осуществление иных предусмотренных настоящим Федеральным законом действий.

#### **10. ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА**

10.1. Исполнитель гарантирует предоставление медицинской услуги в соответствии с условиями обязательства и требованиями закона, иных правовых актов, а при отсутствии таких условий и требований - в соответствии с обычаями (в определении ст. 5 ГК РФ) или иными обычно предъявляемыми требованиями.

10.2. В связи с тем, что медицинская услуга по своему содержанию предполагает вмешательство в биологические процессы, не подконтрольные в 100% случаев воле человека, Исполнитель при надлежащем выполнении условий настоящего Договора и правильном использовании достижений современной медицинской науки по объективным причинам не может гарантировать Потребителю (Пациенту) достижение положительного результата оказания услуги, о чем последний предупреждается путем внесения в договор данного пункта.

10.3. В соответствии с п. 38 Постановления Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 при предоставлении платных медицинских услуг гарантийные сроки (сроки годности) устанавливаются на лекарственные препараты и медицинские изделия, используемые в процессе предоставления услуги (вещественные компоненты услуги).

#### **11. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

11.1. В соответствии со статьей 26 ГК РФ несовершеннолетние в возрасте от четырнадцати до восемнадцати лет совершают сделки, за исключением названных в пункте 2 указанной статьи, с письменного согласия своих законных представителей - родителей, усыновителей или попечителя, т.е. являются заказчиком медицинской услуги в рамках настоящего договора. Сделка, совершенная таким несовершеннолетним, действительна также при ее последующем письменном одобрении его родителями, усыновителями или попечителем. Представитель информирован об указанном праве несовершеннолетних в возрасте от четырнадцати до восемнадцати лет путем внесения в Договор данного пункта и осознает свою дополнительную ответственность по обязательствам лица в возрасте от 14 до 18 лет, возникшим на основе совершенных им сделок

11.2. Факт законности представительства интересов Потребителя (Пациента) подтвержден следующими документами:  
\_\_\_\_\_ (указать документ Представителя на основании которого он является законным представителем пациента).

11.3. Потребитель (Пациент) и Представитель подписав настоящий Договор, добровольно согласились на оказание указанных услуг на платной основе.

11.4. Исполнителем после исполнения Договора выдаются Потребителю (Пациенту) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

11.5. Исполнитель также уведомляет Потребителя (Пациента) и Представителя о том, что их правомерный односторонний отказ от исполнения обязательств по настоящему Договору может сделать объективно невозможным для Исполнителя исполнение своих обязательств, связанных с оказанием медицинской помощи Потребителю (Пациенту) (в ситуации отсутствия угрозы для его жизни), что влечет за собой невозможность завершения услуги и может отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя (Пациента). В случае отказа Потребителя (Пациента) и Представителя от исполнения обязательств по настоящему Договору, стороны подписывают соглашение между Исполнителем и Потребителем (Пациентом) с согласия Представителя, с указанием возможных негативных последствий такого отказа для здоровья Потребителя (Пациента).

11.6. Стороны настоящего Договора обязаны действовать добросовестно, учитывая права и законные интересы друг друга, взаимно оказывая необходимое содействие для достижения цели обязательства, а также предоставляя друг другу необходимую информацию.

11.7. Потребитель (Пациент) и Представитель подтверждают, что Исполнитель информировал их путем внесения данного пункта в Договор о том, что в рамках данного Договора в течение всего срока его действия Потребителю (Пациенту) предоставляются медицинские услуги, характеризующиеся определенными различными периодами оказания медицинской помощи (оказание медицинской помощи по конкретному законченному случаю обращения или заболевания).

11.8. Настоящий Договор составлен в 2 (двух) подлинных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

11.9. В случае изменения у какой-либо из Сторон местонахождения, названия, банковских реквизитов и прочего она обязана в течение 10 (десяти) дней письменно известить об этом другую Сторону, причем в письме необходимо указать, что оно является неотъемлемой частью настоящего Договора.

11.10. Вопросы, не урегулированные настоящим Договором, разрешаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

11.11. Потребитель (Пациент) и Представитель согласны на возможное использование Исполнителем или его сотрудниками данных, полученных при обследовании и лечении Потребителя (Пациента), в том числе слайдов, фотографий, моделей и т.д. для тиражирования, изучения другими медицинскими работниками, для учебных или научных целей в публикациях, на медицинских конференциях и т.д., при условии отсутствия возможности идентифицировать личность Потребителя (Пациента).

11.12. Потребитель (Пациент) и Представитель выражают свое согласие на обработку персональных данных Потребителя (Пациента), указанных в настоящем Договоре в целях оказания медицинских услуг по настоящему Договору в течение его действия.

11.13. Потребитель (Пациент) и Представитель уведомлены о том, что адрес электронной почты исполнителя (по которому в т.ч. принимаются обращения (жалобы) и требования потребителей и (или) заказчиков: info@zsclinic.ru).

11.14. Информация о контролирующих организациях, а также о форме и способах направления обращений (жалоб) в указанные органы государственной власти:

Министерство здравоохранения Новосибирской области. Адрес: 630007, г. Новосибирск, ул. Красный проспект, д. 18. Телефон: +7 (383) 238-63-63 (горячая линия). Формы и способы направления обращений (жалоб): нарочно по адресу: г. Новосибирск, ул. Красный проспект, 18, кабинет 638; посредством почтового отправления на адрес: 630007, г. Новосибирск, ул. Красный проспект, 18; посредством электронной связи, путем заполнения специальной формы на сайте: <https://zdrav.nso.ru/priem/set-appeal>; путем личного приема по адресу: г. Новосибирск, ул. Красный проспект, д. 18 по предварительной записи по телефону: +7 (383) 238-63-29.

Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Новосибирской области. Адрес: 630007, г. Новосибирск, Красный проспект, д. 11. Телефоны: 8-800-550-99-03 (горячая линия), +7 (383) 223-23-15. Формы и способы направления обращений (жалоб): нарочно или посредством почтового направления по адресу: 630007, г. Новосибирск, Красный проспект, д. 11; посредством электронной связи, путем заполнения специальной формы на сайте: <https://54reg.roszdravnadzor.gov.ru/services/people>; путем личного приема по адресу г. Новосибирск, ул. Красный проспект, д. 11 по предварительной записи по телефону: +7 (383) 223-23-15.

Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Новосибирской области. Адрес: 630132, г. Новосибирск, ул. Челюскинцев, д. 7а. Телефоны: 8-800-350-50-60 (горячая линия), +7 (383) 220-42-85, 8-800-555-49-43. Формы и способы направления обращений (жалоб): нарочно: 630132, г. Новосибирск, ул. Челюскинцев, д. 7а; посредством почтового направления по адресу: 630132, г. Новосибирск, ул. Челюскинцев, д. 7а каб. 112; через сайт: <https://54.rosпотребнадзор.ru/305>; посредством направления на электронную почту: [upravlenie@54.rosпотребнадзор.ru](mailto:upravlenie@54.rosпотребнадзор.ru); путем личного приема по адресу 630132, г. Новосибирск, ул. Челюскинцев, д. 7а по предварительной записи по телефону: 8-800-350-50-60.

11.15. Порядок и условия выдачи потребителю (законному представителю потребителя) после исполнения договора исполнителем медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы установлены:

- Приказом Минздрава России от 31.07.2020 №789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них»;

- Приказом Министерство здравоохранения РФ от 12.11.2021 № 1050 «Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента».

Копии Приказов Минздрава России от 31.07.2020 №789н и Министерство здравоохранения РФ от 12.11.2021 № 1050 предоставлены на информационном стенде по месту нахождения Исполнителя: г. Новосибирск, микрорайон Горский, д.6.

## 12. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

**Исполнитель: полное фирменное наименование: Общество с ограниченной ответственностью Клиника «Золотое Сечение»;**

Адрес местонахождения 630073, г. Новосибирск, микрорайон Горский, д. 6, адрес электронной почты: info@zsclinic.ru (на указанные адреса могут быть направлены обращения (жалобы) Потребителя (Пациента). т. (8-383) 3-08-08-08; ИНН 5404361555 ОГРН 1085404014398

Свидетельство о государственной регистрации юридического лица от 02.06.2008г. выдано ИФНС по Ленинскому району г. Новосибирска.

Лицензия №ЛО-54-01-005613 от 17.09.2019г. выдана бессрочно Министерством здравоохранения Новосибирской области (г. Новосибирск, Красный проспект, 18, т.238-63-63). **Номенклатура работ и услуг:** При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, лабораторной диагностике, медицинскому массажу, операционному делу, сестринскому делу, физиотерапии, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, педиатрии, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных, репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), анестезиологии и реаниматологии, гастроэнтерологии, дерматовенерологии, детской хирургии, косметологии, неврологии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), пластической хирургии, психиатрии, рентгенологии, рефлексотерапии, сердечно-сосудистой хирургии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, челюстно-лицевой хирургии, эндокринологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: онкологии. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: онкологии, офтальмологии; при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), анестезиологии и реаниматологии, гастроэнтерологии, медицинскому массажу, неврологии, операционному делу, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, педиатрии, пластической хирургии, психиатрии, рентгенологии, рефлексотерапии, сестринскому делу, терапии, травматологии и ортопедии, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, хирургии (абдоминальной), челюстно-лицевой хирургии, эндокринологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности.

\_\_\_\_\_/ФИО/  
М.П.

**Потребитель (Пациент): ФИО**

Дата рождения (число, месяц, год):

Адрес места жительства (индекс, область, город, село, поселок, улица, дом, квартира).

Иные адреса, на которые Исполнитель может направлять ответы на письменные обращения:

Телефон:

Данные паспорта (реквизиты, кем и когда выдан):

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Представитель: ФИО**

Дата рождения (число, месяц, год):

Адрес места жительства (индекс, область, город, село, поселок, улица, дом, квартира).

Иные адреса, на которые Исполнитель может направлять ответы на письменные обращения:

Телефон:

Данные паспорта (реквизиты, кем и когда выдан):

**Я,** \_\_\_\_\_ **ФИО,** являюсь законным представителем (указать кого) (ФИО), \_\_\_\_\_ года рождения, на основании \_\_\_\_\_. Я даю свое согласие на совершение вышеуказанной сделки между ООО Клиника "Золотое сечение" и ФИО.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_