

Уведомление

В соответствии с требованиями Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 30.05.2026г. №659), Общество с ограниченной ответственностью «Академия-Н», (далее – Исполнитель или ООО «Академия-Н»), до заключения договора на оказание платных медицинских услуг, уведомляет _____ о том, что:

1. Прейскурант Исполнителя, Порядок оказания платных медицинских услуг, Правила приема и поведения пациентов, Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними риски, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации, с учетом и на основании которых оказываются медицинские услуги, сведения о медицинских работниках Исполнителя, об уровне их образования и об их квалификации, график работы медицинских работников, а также иные сведения размещены на сайте клиники, информационном стенде и на стойке регистратуры клиники и доступны для ознакомления в любое время.
2. Лицензия Общества с ограниченной ответственностью «Академия-Н» Регистрационный номер лицензии: Л041-01188-73/06184594 выдана 21.08.2026г. Министерством здравоохранения Ульяновской области (432980, г Ульяновск, ул. Кузнецова 18а, тел. 41-05-01). Лицензируемый вид деятельности: Медицинская деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»). Перечень видов работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, содержится в электронном реестре лицензий, размещенном по адресу: <https://roszdravnadzor.gov.ru/services/licenses>.
3. Порядки, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации, с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги, размещены на сайте Исполнителя, сайте «Официального интернет-портала правовой информации» www.pravo.gov.ru и официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации (minzdrav.gov.ru), на котором размещен рубрикатор клинических рекомендаций, а также на информационных стендах;
4. Потребитель вправе получить необходимую медицинскую помощь бесплатно в рамках программы государственных гарантий.
5. Граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях. 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 его здоровья.
6. В целях создания условий для обеспечения безопасности деятельности, антитеррористической защищенности, своевременного реагирования при возникновении опасных ситуаций, поддержания дисциплины и внутреннего трудового распорядка, соблюдения принципов медицинской этики и деонтологии, контроля качества оказания медицинской помощи, сохранности имущества, обеспечения мер по противодействию коррупции на объектах Исполнителя (здания, помещения (в том числе лечебные кабинеты и операционные), прилегающая территория) ведется аудио-видеонаблюдение.

(подпись)

(расшифровка подписи)

Г.

ДОГОВОР

на оказание платных медицинских услуг

г. Ульяновск

№ _____ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Академия-Н», в лице администратора _____, действующего на основании Доверенности, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и _____ именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель» с другой, на основании Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 30.05.2026г. №659) заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1 Исполнитель берет на себя обязательство оказать Потребителю медицинские услуги (далее Услуги), а Потребитель обязуется оплатить их в порядке и размере, установленном настоящим Договором.

1.2. Сроки предоставления Потребителю услуг определяются Сторонами по медицинским показаниям, исходя из режима работы Исполнителя и графика работы медицинских работников, оказывающих Услуги, и отражаются в медицинской документации. Срок предоставления платных медицинских услуг конкретным специалистом (по выбору Потребителя) зависит от графика работы медицинского специалиста и количества записанных на прием пациентов, при этом не может быть более 180 рабочих дней. Амбулаторная медицинская помощь оказывается Исполнителем в день предоставления платной медицинской услуги, если иной порядок не установлен в порядках и стандартах оказания медицинской помощи, а также при доступности выбранного Потребителем врача. Стационарная медицинская помощь оказывается в период госпитализации.

1.3. Сроки предоставления медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, закреплены Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

1.4. Перечень (наименование и количество) Медицинских услуг, оказываемых Пациенту по Договору, срок предоставления, а также стоимость Медицинских услуг согласовываются Сторонами в Спецификации, являющейся приложением к Договору и составляющей его неотъемлемую часть. Спецификация к Договору подписывается при каждом обращении Заказчика за новыми (не предусмотренными действующей на момент соответствующего обращения Спецификацией) Медицинскими услугами.

2. Стоимость услуг и порядок расчетов.

2.1. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору производится Потребителем путем предоплаты в размере 100% от общей стоимости услуг до начала оказания медицинской услуги.

2.2. Стоимость медицинских услуг, оказываемых по настоящему договору, определяется прейскурантом Исполнителя, действующим на момент оказания услуг.

2.3. В момент подписания настоящего Договора Па ознакомлен с действующим прейскурантом, понимает содержащуюся в нем информацию и согласен с ценами на медицинские услуги.

2.4. В случае досрочного расторжения настоящего Договора (отказа от получения услуги) по инициативе Потребителя уплаченные денежные средства возвращаются Исполнителем Потребителю по письменному заявлению с удержанием фактически понесенных затрат.

2.5. Исполнитель вправе отказать Потребителю в возврате денежных средств в случае невозможности завершения начатой процедуры по объективным причинам (например: анатомическая особенность, спячный процесс, осложнение заболевания и т.п.).

3. Условия оказания медицинских услуг.

3.1. Услуги оказываются Исполнителем самостоятельно в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность Исполнителя (лицензионные и другие необходимые документы) или с привлечением иных организаций (учреждений), имеющих с Исполнителем договорные отношения.

3.2. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления потребителя (законного представителя потребителя) и согласия Потребителя приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Потребителя.

3.3. В случае возникновения необходимости, Потребителю могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень и сроки оказания которых определяются по согласованию Сторон в Спецификациях к настоящему Договору.

3.4. Потребитель **заверяет**, что до подписания настоящего договора ознакомлен и с Правилами предоставления платных медицинских услуг и Правилами приема и поведения пациентов в ООО «Академия-Н».

4. Права и обязанности сторон.

4.1. Исполнитель обязан:

4.1.1. Организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе положениями об организации оказания медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи.

4.1.2. Обеспечивать Потребителя доступной, своевременной, достоверной и достаточной информацией об оказываемых медицинских услугах и их стоимости, эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях.

4.1.3. Оказывать медицинские услуги, в объеме, предусмотренном настоящим Договором, своевременно и качественно, согласно требованиям действующего законодательства (при необходимости – круглосуточно, включая выходные и праздничные дни).

4.1.4. В случае изменения состояния здоровья Потребителя, обуславливающего необходимость изменения перечня (спектра) предусмотренных настоящим Договором медицинских услуг, немедленно поставить в известность об этом Потребителя/Заказчика/Законного представителя для внесения соответствующих изменений в настоящий Договор.

4.1.6. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах.

4.1.7. Уведомить Потребителя о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

4.2. Исполнителя имеет право:

4.2.1. Получать от Потребителя/Заказчика/Законного представителя информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В том числе, требовать своевременного предоставления информации о состоянии здоровья Потребителя (ранее перенесенных и наследственных заболеваний, противопоказаниях по применению лекарственных средств и т.п.), необходимой для оказания медицинских услуг согласно настоящему Договору.

4.2.2. Отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору с полным возмещением Потребителю причиненных убытков в случае письменно подтвержденной Исполнителем реальной невозможности выполнить свои обязательства по данному договору либо когда по медицинским показателям услуга принесет вред жизни (здоровью) пациента или может содержать в себе неоправданный риск наступления подобных последствий.

4.2.3. Отказаться от предоставления Услуг (или установить другое время для оказания):

- на основании письменного отказа Потребителя/Заказчика/Законного представителя от медицинского вмешательства;

- в случае невыполнения Потребителем/Заказчиком/Законным представителем условий Договора;

- в случае выявления противопоказаний для лечения и/или исследования, манипуляции и/или процедуры;

- в случае явки Потребителя для оказания Услуг в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения, иного нарушения внутреннего распорядка;

- в случае, если действия Потребителя угрожают жизни и здоровью персонала.

4.2.4. Перенести срок получения услуги в случае опоздания Потребителя более чем на 10 (десять) минут по отношению к назначенному времени получения услуги.

4.2.3. На хранение и обработку персональных данных Потребителя/Законного представителя и Заказчика (фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес проживания, паспортные данные место работы, должность, сведения о состоянии здоровья) согласно законодательным актам РФ.

4.2.4. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема Исполнитель вправе направить Потребителя к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации или увеличить сроки оказания услуг.

4.2.5. Изменить дату и время приема Потребителя при нарушении графика приема, если это нарушение вызвано объективными причинами, т.е. не подлежащими прогнозу осложнениями, возникшими при лечении других пациентов.

4.3. Обязанности Потребителя/Законного представителя:

4.3.1. Оформить в установленном порядке информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства, подтверждая тем самым, что получил все необходимые разъяснения и ему понятна суть оказания Услуг. В случае отказа от медицинского вмешательства Потребителю разъясняются возможные последствия такого отказа, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). При отказе от медицинского вмешательства Потребитель несет риск причинения вреда своему (представляемому) здоровью и ответственен за него.

4.3.2. Информировать Исполнителя о перенесенных заболеваниях, инфекциях, известных ему аллергических реакциях и прочих противопоказаниях для проведения лечения и/или исследования. В случае сокрытия противопоказаний к проведению медицинского вмешательства, несет риск причинения вреда своему (представляемому) здоровью и ответственен за него.

4.3.3. Оплатить оказываемые платные медицинские услуги в полном объеме в соответствии с условиями настоящего Договора.

4.3.4. Выполнять требования медицинских работников Исполнителя о проведении подготовки к исследованиям, манипуляциям и процедурам. Потребитель, в случае непроведения/отказа от проведения подготовки к исследованиям, манипуляциям и процедурам, несет риск причинения вреда своему (представляемому) здоровью и ответственен за него.

4.3.5. Выполнять все указания (рекомендации) медицинских работников Исполнителя, в том числе по использованию лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения. В случае несоблюдения указаний (рекомендаций) медицинских работников, в том числе назначенного режима лечения, Потребитель ответственен за возможное снижение качества предоставляемой Услуги, за невозможность ее завершения в срок или отрицательное воздействие на здоровье Потребителя.

4.3.6. За 24 (двадцать четыре) часа информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменении назначенным ему дате и времени получения медицинской услуги.

4.3.7. В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Потребитель обязуется соблюдать режим лечения (в том числе, определенный на период временной нетрудоспособности), правила безопасности, пожарной безопасности, антитеррористической безопасности, а также правила поведения пациента в медицинских организациях.

4.3.8. Неукоснительно выполнять медицинские предписания (или отказываться от их выполнения) в порядке, предусмотренном законом, не осуществлять самостоятельного лечения, не рекомендованного в связи с оказанием медицинских услуг по данному Договору.

4.4. Права Потребителя/Законного представителя:

4.4.1. Получать от Исполнителя Услуги, предусмотренные настоящим Договором, соответствующие порядкам оказания медицинской помощи, стандартам оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациям, в условиях, отвечающих санитарно-гигиеническим требованиям.

4.4.2. Получать информацию:

- о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, с учетом необходимости соблюдения врачебной тайны;

- об используемых при предоставлении Услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

4.4.3. Отказаться от исполнения Договора полностью или частично, подписав отказ от медицинского вмешательства и дальнейшего получения медицинской услуги, при условии оплаты фактически понесенных Исполнителем расходов.

4.4.4. Направлять возможные обращения (жалобы) к Исполнителю в письменной форме на почтовый адрес, указанный в Договоре.

4.4.5. Получать копии медицинских документов путем направления запроса о предоставлении медицинских документов (их копий) и выписок из них на бумажном носителе при личном обращении или по почте. Срок выдачи медицинских документов (их копий) и выписок из них с момента регистрации в медицинской организации запроса - 30 дней.

4.5. Потребитель и Исполнитель обладают иными правами и несут иные обязанности, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

5. Ответственность сторон. Порядок разрешения споров.

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение принятых по Договору обязательств стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. Споры и разногласия, которые могут возникнуть при исполнении настоящего Договора, по возможности, разрешаются путем переговоров между сторонами.

5.3. Если в ходе переговоров соглашение не достигнуто, заинтересованная Сторона направляет претензию в письменной форме, подписанную уполномоченным лицом. К претензии должны прилагаться документы, обосновывающие предъявленные заинтересованной Стороной требования.

5.4. Сторона, которой направлена претензия, обязана рассмотреть полученную претензию и о результатах уведомить в письменной форме заинтересованную Сторону в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения претензии.

5.5. В случае неурегулирования разногласий в претензионном порядке, а также в случае неполучения ответа на претензию в течение срока, указанного в п.5.4. Договора, спор передается в суд в соответствии с законодательством РФ.

5.6. Стороны освобождаются от ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

6. Срок действия договора.

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания и действует на неопределенный срок.

7. Порядок изменения и расторжения договора

7.1. Любые изменения и дополнения к настоящему договору действительны лишь при условии, что они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями сторон.

7.2. Все приложения и дополнительные соглашения, созданные Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются Сторонами как неотъемлемые составные части настоящего Договора.

7.3. Расторжение Договора возможно:

- по факту выполнения сторонами всех обязательств по Договору;
- по инициативе Заказчика/Потребителя, возместив при этом Исполнителю фактически понесенные расходы,
- по инициативе Исполнителя, если Потребитель отказывается следовать рекомендациям Исполнителя, связанным с лечебным процессом, либо иным образом нарушает правила оказания услуг Исполнителем,
- в иных случаях и по основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

8.Сведения об Исполнителе

Полное наименование: Общество с ограниченной ответственностью «Академия-Н»

Сокращенное наименование: ООО «Академия-Н»;

Юридический адрес: 432049, Ульяновская область, г.Ульяновск, ул.Пушкарёва, д.50, помещ.65

ИНН 73000046457, **ОГРН** 12573000007612, зарегистрировано 28.10.2025 УФНС по Ульяновской области

Сайт: <https://academy-med.ru>

Лицензия Общества с ограниченной ответственностью «Академия-Н» V Регистрационный номер лицензии: Л041-01188-73/06184594 выдана 21.08.2026г. Министерством здравоохранения Ульяновской области (432980, г Ульяновск, ул. Кузнецова 18а, тел. 41-05-01).

Лицензируемый вид деятельности: Медицинская деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»);

Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности:

432072, Ульяновская область, г. Ульяновск, пр-кт Созидателей, д. 17Б, помещ. №18-42 на 1 этаже, помещ. №3,7-29, 31-35 на 2 этаже, помещ. №14-15, 17-59 на 3 этаже

выполняемые работы, оказываемые услуги: Приказ 866н; При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу; анестезиологии и реаниматологии; лабораторной диагностике; медицинскому массажу; общей практике; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: общей врачебной практике (семейной медицине); организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; 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); аллергологии и иммунологии; анестезиологии и реаниматологии; гастроэнтерологии; дерматовенерологии; детской кардиологии; детской эндокринологии; инфекционным болезням; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; колопроктологии; неврологии; нейрохирургии; нефрологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); пластической хирургии; профпатологии; психиатрии; психиатрии-наркологии; пульмонологии; ревматологии; рентгенологии; сурдологии-оториноларингологии; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; фтизиатрии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; эндоскопии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе профессиональной пригодности; При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым); При проведении медицинских освидетельствований организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинскому освидетельствованию на наличие инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа иностранным гражданам и лицам без гражданства в выдаче либо аннулировании разрешения на временное проживание, или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством.

9. Иные условия

9.1. Потребитель поручает Исполнителю направить результаты своих лабораторных, рентгенологических, ультразвуковых исследований на адрес электронной почты _____ . Адрес электронной почты записан Потребителем/Законным представителем собственноручно. Указывая адрес электронной почты, Потребитель осознает потенциальную опасность утечки персональных данных в связи с их передачей по незащищенному каналу связи и принимает на себя ответственность за сохранность своих персональных данных, поступивших на указанный выше электронный адрес.

9.2. Подписанием настоящего Договора Потребитель подтверждает свое согласие на участие в программе лояльности (далее «Программа»), согласно которой Потребителю может быть представлен бонус в соответствии с правилами Программы. С правилами участия в Программе Потребитель может ознакомиться на сайте Исполнителя. Исполнитель вправе в любое время изменять правила Программы в одностороннем порядке. Информация об изменении правил доводится до сведения Потребителя путем размещения обновленной версии правил Программы на сайте Исполнителя.

10. Реквизиты сторон.

Исполнитель	Потребитель
ООО «Академия-Н» ОГРН 12573000007612 ИНН 73000046457 КПП 730001001 Юридический адрес: 432049, Ульяновская область, г.Ульяновск, ул.Пушкарёва, д.50, помещ.65 Телефон: (8422) 27-05-05 Сайт: https://academy-med.ru Фактический адрес оказания услуг: согласно разделу 8 настоящего договора От имени Исполнителя: администратор	ФИО: _____ Адрес регистрации: _____ Адрес фактического проживания: _____ Паспортные данные: _____ Телефон(ы): _____ E-mail: _____
_____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)	_____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

Уведомление

В соответствии с требованиями Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 30.05.2026г. №659), Общество с ограниченной ответственностью «Академия-Н», (далее – Исполнитель или ООО «Академия-Н»), до заключения договора на оказание платных медицинских услуг, уведомляет _____ о том, что:

1. Прейскурант Исполнителя, Порядок оказания платных медицинских услуг, Правила приема и поведения пациентов, Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними риски, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации, с учетом и на основании которых оказываются медицинские услуги, сведения о медицинских работниках Исполнителя, об уровне их образования и об их квалификации, график работы медицинских работников, а также иные сведения размещены на сайте клиники, информационном стенде и на стойке регистратуры клиники и доступны для ознакомления в любое время.
2. Лицензия Общества с ограниченной ответственностью «Академия-Н» Регистрационный номер лицензии: Л041-01188-73/06184594 выдана 21.08.2026г. Министерством здравоохранения Ульяновской области (432980, г Ульяновск, ул. Кузнецова 18а, тел. 41-05-01). Лицензируемый вид деятельности: Медицинская деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»). Перечень видов работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, содержится в электронном реестре лицензий, размещенном по адресу: <https://roszdravnadzor.gov.ru/services/licenses>.
3. Порядки, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации, с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги, размещены на сайте Исполнителя, сайте «Официального интернет-портала правовой информации» www.pravo.gov.ru и официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации (minzdrav.gov.ru), на котором размещен рубрикатор клинических рекомендаций, а также на информационных стендах;
4. Потребитель вправе получить необходимую медицинскую помощь бесплатно в рамках программы государственных гарантий.
5. Граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях. 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 его здоровья.
6. В целях создания условий для обеспечения безопасности деятельности, антитеррористической защищенности, своевременного реагирования при возникновении опасных ситуаций, поддержания дисциплины и внутреннего трудового распорядка, соблюдения принципов медицинской этики и деонтологии, контроля качества оказания медицинской помощи, сохранности имущества, обеспечения мер по противодействию коррупции на объектах Исполнителя (здания, помещения (в том числе лечебные кабинеты и операционные), прилегающая территория) ведется аудио-видеонаблюдение.

(подпись) (Ф.И.О. потребителя)

СПЕЦИФИКАЦИЯ от _____. _____. _____. Г.

к договору на оказание платных медицинских услуг № _____

Общество с ограниченной ответственностью «Академия-Н», в лице администратора _____, действующего на основании Доверенности, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и _____ именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель» с другой, на основании Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 30.05.2026г. №659) согласовали настоящую Спецификацию о нижеследующем:

Исполнитель принимает на себя обязанность оказать на платной основе в соответствующие сроки, а Заказчик оплатить следующие медицинские услуги:

№ п/п	Артикул	Наименование услуг, оказываемых потребителю	Дата оказ-ия услуги	Срок оказания медицинских услуг, рабочие дни (или иное если указано)	Цена по прейскуранту, руб.	Количество	Итого, сумма к оплате, руб.

Исполнитель

Общество с ограниченной ответственностью «Академия-Н»
ОГРН 12573000007612
ИНН 7300046457 **КПП** 730001001
Юридический адрес:
432049, Ульяновская область, г. Ульяновск, ул.Пушкарёва, д.50, помещ.65
Телефон: (8422) 27-05-05
Сайт: <https://academy-med.ru>
Фактический адрес оказания услуг: согласно разделу 8 настоящего договора
От имени Исполнителя: администратор

(подпись) (расшифровка подписи)

Потребитель

ФИО: _____
Адрес регистрации: _____
Адрес фактического проживания: _____
Паспортные данные: _____
Телефон(ы): _____
E-mail: _____

(подпись) (расшифровка подписи)

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ И СВЕДЕНИЙ,
ОТНЕСЕННЫХ К ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЕ, СОГЛАСИЕ НА РАЗГЛАШЕНИЕ СВЕДЕНИЙ,
СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ ТРЕТЬИМ ЛИЦАМ**

Я, ПАЦИЕНТ _____
(Ф.И.О. полностью)
гражданин: _____ пол: _____ дата рождения: _____
(страна)
место рождения: _____ паспорт: ≤ _____
(серия и номер)
выдан: _____ код подразделения: _____
(когда и кем)
зарегистрированный(ая) по адресу: _____
(адрес регистрации, указанный в паспорте с указанием почтового индекса)
фактически проживающий(ая) по адресу: _____
(адрес фактического проживания с указанием почтового индекса)
контактные телефоны: _____ E-mail: _____
(укажите свой номер мобильного телефона и адрес электронной почты)
или законный представитель пациента (далее – Представитель пациента):

Я, ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПАЦИЕНТА, _____
(Ф.И.О. полностью)
гражданин: _____ пол: _____ дата рождения: _____
место рождения: _____ паспорт: _____
(серия и номер)
выдан: _____ код подразделения: _____
(когда и кем)
зарегистрированный(ая) по адресу: _____
(адрес регистрации, указанный в паспорте с указанием почтового индекса)
контактные телефоны: _____ E-mail: _____
(укажите свой номер мобильного телефона и адрес электронной почты)

на основании _____
(степень родства и/или документ, подтверждающий опеку/попечительство/усыновление/удочерение Пациента, реквизиты
доверенности или иного документа, подтверждающего представителя пациента)

(Ф.И.О. пациента полностью)
представляющий интересы Пациента _____
гражданин: _____ пол: _____ дата рождения: _____
место рождения: _____ паспорт: _____
(серия и номер)
(когда и кем)
выдан: _____ код подразделения: _____
зарегистрированного(ой) по адресу: _____

(адрес регистрации, указанный в паспорте с указанием почтового индекса)
(адрес фактического проживания с указанием почтового индекса)
фактически проживающего(ей) по адресу: _____

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» **своей волей и в своем интересе (в интересах представляемого) настоящим подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных (персональных данных Пациента) следующему Оператору:**

Обществу с ограниченной ответственностью «Академия-Н», ОГРН 12573000076121, ИНН 7300046457, адрес (место нахождения): РФ, 432049, г. Ульяновск, ул.Пушкарёва, д.50, помещ.65. Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01188-73/06184594 от 21.08.2026;

Я подтверждаю свое согласие с тем, что обработка моих персональных данных и сведений, отнесенных к врачебной тайне, осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг, ведения учета и систематизации оказанных услуг, в целях исполнения условий договоров по привлечению клиентов, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований.

Я ознакомлен с тем, что обработка моих персональных данных (в том числе в информационных системах Оператор, но не ограничиваясь: Medwork, Первый бит), относящихся к состоянию моего здоровья, необходима для защиты моей жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов (жизни, здоровья, жизненно важных интересов пациента), либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц, а также медицинскими учреждениями-соисполнителями при оказании услуг путем осуществления прямых контактов с потенциальным потребителем с помощью средств связи (по электронному адресу (e-mail), смс (sms-сообщения), телефону).

Я даю согласие на обработку следующих персональных данных: Ф.И.О., пол и дата рождения, адрес места жительства, паспортные данные, семейное положение, состав семьи, место работы, контактный(е) телефон(ы), электронный адрес (e-mail), реквизиты полиса обязательного медицинского страхования (ОМС), добровольного медицинского страхования (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), в том числе даю согласие на обработку специальной категории персональных данных (данные о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении) — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг, медицинского обследования и лечения, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований.

Я подтверждаю, что указанный мной номер мобильного телефона в настоящем согласии, является достоверным и принадлежит мне на основании договора об оказании услуг связи (абонента), а адрес электронной почты – зарегистрирован на мое имя и принадлежит мне (используется мной).

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие Пациента: 1) получение, ввод, сбор, систематизация, накопление персональных данных Операторами, а также у третьих лиц; 2) хранение, удаление персональных данных (в электронном виде и на бумажном носителе); 3) уточнение (обновление, изменение) персональных данных; 4) использование персональных данных Пациента в связи с оказываемыми услугами; 5) передача персональных данных субъекта (Пациента) в порядке, предусмотренном законодательством РФ в том числе лицам, осуществляющим обработку персональных данных по поручению Оператора (Общество с ограниченной ответственностью «Академия+», Общество с ограниченной ответственностью «Академия МРТ», ООО «ДиаЛаб плюс», ООО «Хелекс», ГУЗ «Городская поликлиника №5», ГУЗ Ульяновская областная клиническая больница», ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»); 6) блокирование; 7) уничтожение.

Я выражаю согласие на передачу моих персональных данных, в том числе сведений о состоянии здоровья, близким родственникам (супругу (е), детям) в целях получения справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган.

Оператор также вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов). Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договору ОМС, по договору ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой организацией.

Я даю согласие на обработку моих персональных данных в течение всего срока действия Договора, заключенного с Операторами, а по его истечении – в течение срока, установленного законодательством РФ.

Я уведомлен о том, что я вправе в любое время отозвать свое согласие на обработку персональных путем подачи письменного заявления Оператору, а также получить доступ к своим персональным данным при личном обращении к Оператору на основании письменного запроса.

Я подтверждаю, что ознакомлен со следующими своими правами: 1) на получение сведений об Операторе, о месте его нахождения, о наличии у Оператора персональных данных, относящихся к моим персональным данным, а также на ознакомление с такими персональными данными; 2) требовать от Оператора уточнения своих персональных данных, их блокирования или уничтожения в случае, если персональные данные являются неполными, устаревшими, неточными, незаконно полученными или не являются необходимыми для заявленной цели обработки, а также принимать предусмотренные законом меры по защите своих прав; 3) на получение при обращении к Операторам с запросом информации, касающейся обработки своих персональных данных.

Я ознакомлен с тем, что имею право на получение при обращении с письменным запросом информации, касающейся обработки персональных данных, в том числе содержащей: 1) подтверждение факта обработки персональных данных Оператором, а также цель обработки; 2) способы обработки персональных данных, применяемые Оператором; 3) сведения о лицах, которые имеют доступ к персональным данным или которым может быть предоставлен такой доступ; 4) перечень обрабатываемых персональных данных и источник их получения; 5) сроки обработки персональных данных, в том числе сроки их хранения; 6) сведения о том, какие последствия может повлечь за собой обработка персональных данных.

Я ознакомлен с тем, что Оператор при обработке персональных данных обязан принимать необходимые организационные и технические меры для защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий.

Пациент/Представитель пациента): _____
/подпись Пациента/Представителя пациента, ФИО полностью/

Дата « ____ » _____ 20__ г.

Руководствуясь ч. 3 ст. 13 и п. 5 ч.5 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» **настоящим заявляю о своем согласии на разглашение** Обществом с ограниченной ответственностью «Академия-Н» (далее – Медицинская организация) **сведений, составляющих врачебную тайну в отношении себя или в отношении лица, чьим законным представителем я являюсь, в том числе данных о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иных сведений, а также разрешаю Медицинской организации предоставление (передачу) медицинской документации, связанной с состоянием моего здоровья или здоровья лица, чьим законным представителем я являюсь, включая, но не ограничиваясь, копии медицинской карты, выписку из истории болезни и т.д., следующим лицам:**

/ФИО гражданина, название юридического лица, которому передается информация о состоянии здоровья, медицинская документация, контактный телефон/

Передачу сведений, составляющих врачебную тайну, разрешаю осуществлять указанным выше лицам следующими способами: о лично;

о заказным письмом (указать адрес) _____;

о по электронной почте (указать адрес) _____.

Мне разъяснено, что Медицинская организация не может гарантировать и не гарантирует доставку электронных сообщений на указанный выше адрес электронной почты после их отправки Медицинской организацией, и защищенность указанных сообщений от несанкционированного доступа третьих лиц. Медицинская организация не отвечает за последствия, обусловленные исполнением моей воли способом передачи сведений, составляющих врачебную тайну, по электронной почте.

Пациент/Представитель пациента: _____
/подпись Пациента/Представителя пациента, ФИО полностью/

Дата « ____ » _____ 20__ г.

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

Я, _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
_____ г. рождения (дата рождения гражданина либо законного представителя), зарегистрированный по
адресу: _____ (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 (дата рождения
пациента при подписании законным представителем), проживающего по адресу:

_____ в случае проживания не по месту жительства законного представителя)
даю информированное добровольное согласие на следующие виды медицинских вмешательств: опрос, в том числе выявление
жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая
ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; антропометрические исследования;
термометрия; тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; неинвазивные исследования
органа слуха и слуховых функций; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);
лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические,
иммунологические; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование
артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия,
пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных); рентгенологические
методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования,
доплерографические исследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно,
внутривенно, подкожно, внутрикочно; медицинский массаж; лечебная физкультура, 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 (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 Обществе с
ограниченной ответственностью «Академия-Н» (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)