

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 МРТ», (далее – Исполнитель или ООО «Академия МРТ»), 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 МРТ» Регистрационный номер лицензии: № Л041-01188-73/00344650 выдана 22.02.2019г. 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 МРТ», 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 МРТ».

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 подлежавшими 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 МРТ»

Сокращенное наименование: ООО «Академия МРТ»;

Юридический адрес: 432017, Ульяновская область, г. Ульяновск, ул. 3 Интернационала, д. 7, помещение 83;

ИНН 7327085943, **ОГРН** 1187325002622, зарегистрировано 13.02.2018 ИФНС по Ленинскому району г. Ульяновска

Сайт: <https://www.academy-med.ru/>

Лицензия Общества с ограниченной ответственностью «Академия МРТ» Регистрационный номер лицензии: № Л041-01188-73/00344650 от 22.02.2019г.

Министерством здравоохранения Ульяновской области (432980, г Ульяновск, ул. Кузнецова 18а, тел. 41-05-01), срок действия: бессрочно.

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:

432017, Ульяновская область, г. Ульяновск, ул. 3 Интернационала, д. 7 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: рентгенологии; сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии.

432042, Ульяновская область, г. Ульяновск, ул. Стасова, д. 18А, часть помещ. №21, помещ.№97,98 на 1 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: рентгенологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии.

9. Иные условия

9.1. Потребитель поручает Исполнителю направить результаты своих лабораторных, рентгенологических, ультразвуковых исследований на адрес электронной почты _____.

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
Общество с ограниченной ответственностью «Академия МРТ» ОГРН 1187325002622 ИНН 7327085943 КПП 732501001 Юридический адрес: 432017, Ульяновская область, г. Ульяновск, ул. 3 Интернационала, д. 7, помещение 83; Телефон: 8 (8422) 27-05-05 Сайт: https://www.academy-med.ru/ Фактический адрес оказания услуг: согласно разделу 8 настоящего договора От имени Исполнителя: администратор _____. (подпись) (расшифровка подписи)	ФИО: _____ Адрес регистрации: _____ Адрес фактического проживания: _____ Паспортные данные: _____ _____ Телефон(ы): _____ E-mail: _____ _____. (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 МРТ», (далее – Исполнитель или ООО «Академия МРТ»), 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 МРТ» Регистрационный номер лицензии: № Л041-01188-73/00344650 выдана 22.02.2019г. 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) _____г.

СПЕЦИФИКАЦИЯ от _____.г. к договору на оказание платных медицинских услуг № _____

Общество с ограниченной ответственностью «Академия МРТ», 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 МРТ»
ОГРН 1187325002622
ИНН 7327085943 **КПП** 732501001
Юридический адрес: 432017, Ульяновская область, г. Ульяновск, ул. 3 Интернационала, д. 7, помещение 83;
Телефон: 8 (8422) 27-05-05
Сайт: <https://www.academy-med.ru/>
Фактический адрес оказания услуг: согласно разделу 8 настоящего договора

От имени Исполнителя: администратор

(подпись) (расшифровка подписи) _____г.

Потребитель

ФИО: _____
Адрес регистрации: _____
Адрес фактического проживания: _____
Паспортные данные: _____

Телефон(ы): _____
E-mail: _____

(подпись) (расшифровка подписи) _____г.

**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 МРТ», ОГРН 1187325002622, ИНН 7327085943, адрес (место нахождения): 432017, Ульяновская область, г. Ульяновск, ул. 3 Интернационала, д. 7, помещение 83. Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01188-73/00344650 от 22.02.2019;

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-Н», Общество с ограниченной ответственностью «Академия+»); 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 МРТ» (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 пациента
на выполнение магнитно-резонансной томографии в Обществе с ограниченной ответственностью
«Академия МРТ»**

Я, _____ «____» _____ г. рождения,
зарегистрированный(ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, _____ являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____ _____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения) на основании _____ (наименование и реквизиты документа подтверждающего полномочия законного представителя)

в соответствии с требованиями статьи 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» даю информированное добровольное согласие на выполнение магнитно-резонансной томографии (далее – МРТ)

(указать область МРТ)

медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены показания и противопоказания к проведению МРТ, цели, методы ее проведения, связанный с указанной процедурой риск, возможные варианты проведения МРТ, последствия, в том числе вероятность развития осложнений, связанных с нарушением рекомендаций врача.

Я понимаю, что в ходе выполнения МРТ может возникнуть необходимость увеличения объема исследования и/или других методов исследования. Я доверяю врачу принять соответствующее решение и выполнить необходимые медицинские лечебно-диагностические действия, которые врач сочтет необходимыми, для улучшения моего здоровья и повышения качества МРТ.

Мне разъяснено, что существуют абсолютные противопоказания к проведению МРТ – это наличие кардиостимулятора или металлических инородных тел внутри головного мозга или глаза (скрепки на сосудах, осколки и пр.).

Мне разъяснено, что МРТ может быть достаточно информативной только в случае выполнения мной определенных условий. А именно, во время исследования не должно присутствовать металла в элементах одежды, металлических протезов, ферромагнитных клипс на сосудах и внутренних органах (за исключением титана и тантала), внутренних ушных имплантатов, имплантированного стимулятора спинного мозга, аппарата Илизарова из магнитных материалов, металлических фрагментов (стружки) в глазах, осколков металла в теле, брекетов, несъемных зубных имплантов и пр. Относительные противопоказания для выполнения МРТ: Клаустрофобия, I триместр беременности.

Я заверяю, что изложил(а) врачу все известные мне данные о состоянии моего здоровья, сделанных мне операциях и отсутствия в организме металлических предметов и имплантов.

Я уведомлен(а), что результаты магнитно-резонансной томографии выдаются в течение суток после проведения исследования, в сложно-диагностических случаях в течение трех суток с момента проведения исследования.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться по своим соображениям от проведения магнитно-резонансной томографии. При этом мой отказ может повлиять на точность диагностики предполагаемого заболевания.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом до проведения МРТ и подтверждаю свое добровольное согласие на ее проведение.

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

«____» _____ 20____ г.

**Информированное добровольное согласие пациента
на внутривенное введение контрастного препарата в Обществе с ограниченной ответственностью
«Академия МРТ»**

Я, _____ «____» _____ г. рождения,
зарегистрированный(ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного
недееспособным: _____

_____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

на основании _____

_____ (наименование и реквизиты документа подтверждающего полномочия законного представителя)

в соответствии с требованиями статьи 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»
проинформирован(а) врачом о необходимости внутривенного введения контрастного препарата

_____ (наименование препарата)

при выполнении магнитно-резонансной томографии _____

_____ (указать область МРТ)

медицинским работником _____

_____ (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснено, что введение контрастного препарата производится через внутривенный катетер, устанавливаемый наиболее часто в вену на внутренней поверхности локтевого сгиба, либо на тыльной стороне кисти.

Мы используем только современные, хорошо зарекомендовавшие себя контрастные препараты. Как правило, эти препараты хорошо переносятся, побочные эффекты при их использовании встречаются крайне редко. Тем не менее, имеется небольшая вероятность (0,1 – 1%) развития легких побочных реакций, проходящих самостоятельно, либо еще меньший (<0.01%) риск более тяжелых реакций, которые могут потребовать лечения.

Тем не менее, имеется небольшая (2-5%) вероятность риска развития легких побочных реакций (крапивница, сыпь, эритема, зуд и др.) проходящих самостоятельно либо еще меньшая (0,1-0,01%) риска более тяжелых реакций (контрастиндуцированные осложнения: отек гортани, отек легких, анафилактический шок, острая почечная недостаточность, нарушение ритма сердца, вплоть до развития жизнеугрожающих, фатальных осложнений, декомпенсация хронических заболеваний), которые могут потребовать неотложной медицинской помощи, вплоть до реанимационных мероприятий.

Пациенты с высокой степенью риска возникновения побочных реакций на внутривенное введение контрастного препарата:

1. Пациенты, у которых наблюдалась умеренная или тяжелая аллергическая реакция на введение контрастного препарата, которая требовала проведения терапии.

2. Пациенты с аллергическими реакциями в анамнезе (в т.ч. на лекарственные препараты, пищевые продукты и т.п.).

3. Лица, страдающие бронхиальной астмой, у которых отмечались тяжелые аллергические реакции.

4. Пациенты с заболеваниями щитовидной железы (тиреотоксикоз).

5. Лица с тяжелой сердечно-сосудистой недостаточностью.

6. Пациенты с тяжелыми заболеваниями почек, особенно сопровождающиеся снижением их функции (если Вы относитесь к данной группе, необходимо предоставить данные свежего анализа крови на креатинин).

Я подтверждаю, что мне разъяснены показания и противопоказания к введению контрастного препарата.

Я заверяю, что изложил(а) врачу все известные мне данные о состоянии здоровья.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от введения контрастного препарата, а также разъяснены возможные последствия отказа.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом до введения контрастного препарата.

На введение контрастного препарата _____

_____ (указать согласен / не согласен)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)

«____» _____ 20__ г.