

## Уведомление о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) медицинской организации

АО "Институт медицинских технологий" в соответствии с п.24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023г. N 736, уведомляет о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинской организации АО "Институт медицинских технологий" (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

С уведомлением ознакомлен(ы) до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_ г.

\_\_\_\_\_   
 подпись

\_\_\_\_\_   
 Ф.И.О. Заказчика (Представителя)

### Договор № \_\_\_\_\_

#### на оказание платных медицинских услуг.

город Москва

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

\_\_\_\_\_ года рождения,   
 (фамилия, имя, отчество - полностью)

паспорт: \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_,

проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

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

(фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения),

\_\_\_\_\_   
 (данные паспорта недееспособного гражданина или свидетельства о рождении ребенка),   
 именуемый (ая) в дальнейшем «Представитель», с одной стороны, и **Акционерное общество «Институт медицинских технологий» (АО «ИМТ»)**, находящееся по адресу: 121609, г. Москва, ул. Крылатские холмы, д.3, к.2, ОГРН 1027700408526 от 10.11.2002, ИНН 7732100800, имеющее Лицензию на осуществление медицинской деятельности от 07.07.2016 г. №ЛО-77-01-012657, выданную Департаментом Здравоохранения города Москвы, номер которой был изменен 31.05.2022 года на новый номер из ЕРУЛ №Л41-01021-66/00573417, в соответствии с письмом Росздравнадзора от 22.04.2022 г. № 01И-431/22 «О внесении реестровых записей в ЕРУЛ», в лице Генерального директора Антонова Владимира Владимировича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Институт» с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

#### 1. Предмет договора.

1.1. Институт обязуется оказать Представителю платные медицинские услуги в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности и согласно Прейскуранту цен (тарифов) на медицинские услуги, а Представитель обязуется принять и оплатить оказанные услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

#### 2. Условия и срок предоставления платных медицинских услуг

2.1. Институт оказывает платные медицинские услуги при неукоснительном соблюдении лицензионных требований и условий, требований Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей», Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, Федерального закона Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.2. Институт организует и оказывает медицинскую помощь в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, а также в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам

диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации, утвержденными в установленном порядке.

2.3. Представитель подтверждает, что до подписания настоящего договора, ознакомлен в доступной форме с информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения:

- порядки оказания медицинской помощи;
- стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации, с учетом и на основании которых оказываются медицинские услуги;
- информацию о враче, оказывающем медицинскую услугу, его профессиональном образовании и квалификации, график работы;
- информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- сроки ожидания предоставления платных услуг;
- местонахождение, режим работы Института, перечень платных медицинских услуг с указанием их стоимости, условия предоставления и получения этих услуг;
- иные сведения, по требованию Представителя, связанные с оказываемой услугой и подлежащие разглашению в соответствии с действующим законодательством

2.4. Срок ожидания предоставления медицинских услуг зависит от объема услуг, графика работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, и начинается с момента обращения Представителя и произведенной им оплаты услуг.

2.5. В случае изменения срока оказания медицинских услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.6. Если в процессе оказания услуг возникла необходимость изменить план лечения с оказанием дополнительных услуг, то они оказываются только после получения письменного согласия Представителя и оформляются дополнительным соглашением к Договору.

2.7. Предоставление медицинских услуг осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Представителя, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

### **3. Права и обязанности сторон.**

#### **3.1. «Представитель» обязуется:**

3.1.1. Оплатить медицинские услуги в размере и порядке, указанных в п. 4 настоящего Договора.

3.1.2. До назначения курса лечения сообщить лечащему врачу все сведения о наличии у него других заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, а также другую важную информацию.

3.1.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору.

3.1.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги.

3.1.5. При прохождении курса лечения сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия.

3.1.6. Согласовывать с лечащим или дежурным врачом употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей, и т.д.

3.1.7. Соблюдать график приема врачей-специалистов.

3.1.8. Во время нахождения на территории «Института» соблюдать Правила внутреннего распорядка организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности. Правила размещены на стенде и на сайте «Института» [www.biocyte.ru](http://www.biocyte.ru).

3.1.9. Сообщить Институту об изменениях в личных данных, паспортных данных, о месте жительства, способах связи в течение 10 дней с момента изменения последних.

3.1.10. В случае окончательного отказа от медицинских услуг (части услуг), уведомить Институт об этом в письменной форме.

#### **3.2. «Представитель» имеет право:**

3.2.1. Требовать от Института предоставления сведений о наличии лицензии, сертификата и иных сведений об оказываемых услугах.

3.2.2. Получать от Института для ознакомления в доступной для понимания и восприятия

форме любые сведения о состоянии здоровья, протекании лечения, данные промежуточных обследований, результаты анализов, протоколы консилиумов и т. д.;

3.2.3. Отказаться в письменной форме от лечения и медицинского вмешательства полностью или частично.

3.2.4. Требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии (соблюдения врачебной тайны).

### **3.3. «Институт» обязуется:**

3.3.1. Оказать медицинские услуги качественно и в срок, в соответствии с предусмотренными медицинскими технологиями, с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации

3.3.2. Использовать в процессе лечения только лицензированные, запатентованные способы, рекомендованные российской и общемировой медицинской практикой.

3.3.3. Разъяснить о необходимости и способах лечения.

3.3.4. Предоставить в доступной форме Представителю информацию о перечне услуг, составляющих медицинскую деятельность Института в соответствии с лицензией, режиме работы, квалификации его специалистов, правилах предоставления платных медицинских услуг;

3.3.5. После проведения лечения выдать Представителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие 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.

3.3.6. Соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья (соблюдать врачебную тайну)

3.3.7. Не использовать способов лечения, медицинских препаратов и процедур, способных нанести вред здоровью и самочувствию.

### **3.4. «Институт» имеет право:**

3.4.1. Требовать соблюдения:

- графика прохождения процедур;

- соблюдения внутреннего режима

- соблюдения режима приема лекарственных препаратов, режима питания и других предписаний.

3.4.2. В одностороннем порядке прекратить или приостановить выполнение своих обязательств по настоящему Договору при неисполнении Представителем своих обязательств, в том числе в случае неявки пациента без уважительных причин.

3.4.3 Предоставить услуги только после полной или необходимой оплаты лечения.

3.4.4. В случае возникновения неотложного состояния Пациента Исполнитель имеет право самостоятельно определять объем исследований и оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных настоящим договором.

## **4. Стоимость и порядок расчетов**

4.1. Стоимость оказываемых Представителю услуг согласно прейскуранту цен, действующему на момент оказания услуги, определяется на основании приложений к настоящему договору. Услуги освобождены от НДС.

4.2. Оплата Услуг осуществляется в порядке 100-процентной предоплаты до получения Услуги путем перечисления по безналичному расчету денежных средств на расчетный счет «Института» на основании выставленного счета либо иным законным способом, в том числе с привлечением сторонних лиц.

4.3. Выполнение и предоставление услуг по настоящему Договору оформляется Актом выполненных услуг, подписываемым обеими сторонами. Указанный Акт является с момента его подписания неотъемлемой частью Договора.

## **5. Порядок и условия выдачи медицинских документов**

5.1. Институт после исполнения настоящего Договора выдает Представителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие 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.

5.2. Для получения впоследствии копий медицинских документов или выписок из них Представитель направляет в медицинскую организацию запрос одним из способов: на бумажном носителе (при личном обращении или по почте) либо в электронной форме.

Во втором случае Представитель заверяет запрос усиленной квалифицированной либо простой электронной подписью.

Запрос составляется в свободной форме и содержит данные в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 789н (сведения о пациенте: фамилия, имя, отчество (при наличии); реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента; адрес места жительства (места пребывания); почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений и (в случае, если имеется) номер контактного телефона, адрес электронной почты (при наличии); сведения о законном представителе; наименования запрашиваемых документов; сведения о способе получения документов; дата подачи запроса и подпись заявителя).

В случае выбора способа получения Представителем запрашиваемых документов по почте соответствующие документы направляются заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

Предоставление копий медицинских документов и выписок из них на бумажном носителе осуществляется в количестве одного экземпляра в срок 30 рабочих дней с момента подачи заявления Представителем.

## 6. Прочие условия

6.1. В случае причинения вреда здоровью или жизни по вине Представителя он несет ответственность в соответствии с законодательством РФ.

6.2. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязанностей по договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством.

6.3. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором или в связи с ним, Стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров, в том числе в претензионном порядке.

6.4. Все претензии оформляются в письменном виде. Представитель может направить обращение на бумажном носителе по почте, в электронном виде с использованием информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» на электронную почту Института *inmedtec@mail.ru*. Срок рассмотрения писем, уведомлений или претензий не может превышать 10 (десять) рабочих дней с даты их получения.

6.5. При не урегулировании Сторонами спора в досудебном порядке, споры разрешаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.5. Настоящий Договор вступает в действие с \_\_\_\_\_ и действует до \_\_\_\_\_ (или до исполнения Сторонами своих обязательств и завершения всех взаиморасчетов по настоящему Договору).

6.6. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе любой из сторон с обязательным предварительным уведомлением другой стороны. Предварительным уведомлением считается информация в письменном виде, направленная в адрес стороны и с возможностью подтверждения источника отправки и даты отправления.

6.7. Настоящий договор без подписанного Приложения № 1 юридической силы не имеет.

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

6.9. Настоящий договор подписан в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.

6.10. Приложение N 1 к настоящему договору является его неотъемлемой частью.

## 5. Юридические адреса и банковские реквизиты

### «Институт»

**Акционерное общество**  
**«ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ»**  
Юридический адрес: 121609, г. Москва,  
ул. Крылатские холмы, д.3, к.2  
Фактический адрес: 121609, г. Москва,  
ул. Крылатские холмы, д.3, к.2;  
121500, г. Москва, 2-я Новорублевская ул., д.15, корп. 1  
ИНН 7732100800 КПП 773101001  
р/с 40702810738260013384 в  
ПАО Сбербанк г. Москва  
к/с 30101810400000000225 Главном управлении  
Центрального банка Российской Федерации по  
Центральному федеральному округу г. Москва (ГУ  
Банка России по ЦФО)  
БИК 044525225

**Генеральный директор**

**Антонов В.В.** \_\_\_\_\_  
МП

### «Представитель»

**Фамилия** \_\_\_\_\_

**Имя** \_\_\_\_\_

**Отчество** \_\_\_\_\_

**Паспорт:** \_\_\_\_\_

**Выдан** \_\_\_\_\_

Зарегистрирован \_\_\_\_\_

Действую как законный представитель, в  
интересах несовершеннолетнего: \_\_\_\_\_ г.р.

Фамилия И .О. \_\_\_\_\_

Дополнительные способы связи:

\_\_\_\_\_ (подпись)

**Добровольное информированное согласие на оказание платных медицинских услуг  
( на медицинское вмешательство)**

Я \_\_\_\_\_ года рождения,  
паспорт: \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_, проживающий (ая) по адресу:  
\_\_\_\_\_, являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

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

в рамках договора об оказании платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в АО «Институт медицинских технологий» далее АО «ИМТ», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

- Я, получив от сотрудников АО «ИМТ» полную информацию о возможности и условиях предоставления медицинских услуг, даю свое согласие на оказание платных медицинских услуг и готов их оплатить лично либо иным законным способом;

- Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, АО «ИМТ» не несет ответственности за их возникновение.

- Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания (здоровья представляемого);

- Я ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в АО «ИМТ» и обязуюсь их соблюдать;

- Добровольно даю свое согласие на проведение представляемому, в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализа мочи общего, электрокардиографии, проведения рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий: диагностических и лечебных пункций, назначение и прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, в том числе препаратами вне инструкции- по торговым наименованиям, по показаниям и иным параметрам (доза, способ введения), не упомянутым в инструкции по применению, не входящими в соответствующий стандарт медицинской помощи;

- Я информирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;

- Я извещен(а) о том, что представляемому необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

- Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на представляемого во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Я согласен(а) на осмотр другими медицинскими работниками исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

- Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

- Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны медицинские и иные услуги, которые я хочу получить в АО «ИМТ»;

- Виды выбранных платных медицинских услуг согласованы с врачом и я даю свое согласие на их оплату в кассу, по безналичному перечислению или иным способом в соответствии с утвержденным Прейскурантом.

- Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом, согласен оплатить лично или иным законным способом стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним;

- Я проинформирован(а), что по поводу заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в АО «ИМТ».

- Настоящее согласие мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить подтверждающую информацию о диагнозе, степени и характере заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам, прессе, сайте интернета исключительно для целей обследования и лечения.

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2023 года.

\_\_\_\_\_  
Подпись пациента/законного представителя

Расписался в моем присутствии: Врач \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Подпись

**Акционерное общество  
«ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ»**  
Российская Федерация, 121609, г.Москва, ул.Крылатские Холмы, д.3, к.2  
Телефон: (495) 742-4498, (495) 646-0437; Факс: (495) 415-7404  
ИНН/КПП 7732100800/773101001

[www.biocyte.ru](http://www.biocyte.ru)

[inmedtec@mail.ru](mailto:inmedtec@mail.ru)

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**  
**Акционерному обществу**  
**«ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ»**

Я, \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. полностью)  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

Паспорт: серия и номер \_\_\_\_\_  
выдан \_\_\_\_\_

дата: \_\_\_\_\_

Ребенок: \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. полностью)

Дата рождения ребенка: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года

в соответствии с требованиями Ст. 9 ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в АО «ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ» (далее – Оператор) моих и моего ребенка персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, паспортные данные (серия, номер, кем и когда выдан паспорт), адрес проживания, контактный(ые) телефон(ы), адреса электронной почты, данные о состоянии моего здоровья и здоровья моего ребенка (о перенесенных заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг) при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне или моему ребенку медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные и персональные данные моего ребенка, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего или моего ребенка, обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными и персональными данными моего ребенка, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные и персональные данные моего ребенка, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных в органы здравоохранения, Роспотребнадзора, Росздравнадзора, Росстата, регистрирующие организации МВД.

Оператор имеет право, во исполнение своих обязательств по работе с организациями и с третьими лицами, в случае оплаты этими организациями или третьими лицами, оказанных мне или моему ребенку медицинских услуг, на обмен (прием и передачу) моими персональными данными и персональными данными моего ребенка с этими организациями и третьими лицами, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных и персональных данных моего ребенка, соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет. Передача моих персональных данных и персональных данных моего ребенка иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

**Настоящее согласие дано мной « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. и действует бессрочно.**

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по плате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Дата: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Подпись: \_\_\_\_\_