

ДОГОВОР № 02
оказания платных медицинских услуг

п. Солнечный
Сосновский р-н Челябинская обл.

30 марта 2026г.

ООО «Резидентс Платоновна», действующее на основании лицензии ЛО-74-01-004497 на осуществление медицинской деятельности, выданной Министерством здравоохранения Челябинской области 15.03.2018г именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Васильевой Анастасии Николаевны, действующей на основании Устава, с одной стороны и

Индивидуальный предприниматель Ткаченко Семен Александрович, пансионат «Семеновна», действующего на основании свидетельства о государственной регистрации ОГРНИП 3322745600057466, с другой стороны, совместно именуемые Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель принимает на себя обязательства по оказанию платных медицинских услуг по оказанию медицинских услуг клиентам пансионата «Семеновна», а Заказчик обязуется оплачивать медицинские услуги, оказываемые Исполнителем, в порядке и на условиях, установленных настоящим Договором.

2. Обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

- 2.1.1. предоставлять услуги в соответствии с условиями Договора и требованиями законодательства;
- 2.1.2. оказывать качественное, полное и своевременное выполнение медицинских услуг согласно перечню, ценам и в сроки, указанным в счете Исполнителя, а также в соответствии с установленными профессиональными стандартами, нормативами и правилами медицинской деятельности;
- 2.1.3. выполнять иные принятые обязательства и условия настоящего Договора

2.2. Заказчик обязуется:

- 2.2.1. подавать заявки на оказание медицинских услуг нуждающимся клиентам пансионата;
- 2.2.2. предоставлять отдельное помещение, оборудованное раковиной, позволяющее Исполнителю выполнять Преаналитический этап;
- 2.2.3. своевременно и в полном объеме оплачивать услуги Исполнителя в соответствии с условиями п. 3.2. Договора;
- 2.2.4. в установленном законом порядке получить согласие Пациента на обработку его персональных данных, в том числе на передачу таких данных Исполнителю;
- 2.2.5. до приезда представителя Исполнителя оказать содействие в подписании Пациентами необходимых для оказания медицинских услуг согласий по форме, приведенной в Приложении № 2, Приложении № 3;
- 2.2.6. выполнять иные принятые обязательства и условия настоящего Договора.

3. Стоимость услуг и порядок расчетов

- 3.1. Стоимость услуг Исполнителя по настоящему Договору, указывается в Приложении № 1.
- 3.2. Заказчик обязуется произвести оплату за оказанные медицинские услуги по выставленному Исполнителем счету. Датой оплаты Заказчиком услуг Исполнителя считается день зачисления денежных средств в полном объеме на расчетный счет Исполнителя.
- 3.3. Акт оказанных услуг и приложение к нему направляются Исполнителем Заказчику в течение 10 (десяти) календарных дней по окончании расчетного периода. Расчетный период совпадает с календарным месяцем.
- 3.4. С момента получения акта оказанных услуг Заказчик обязуется подписать его и вернуть один экземпляр Исполнителю в течение 5 (пяти) рабочих дней либо письменно предоставить Исполнителю мотивированный отказ от подписания данного Акта. В противном случае, по истечении указанного срока акт оказанных услуг считается подписанным, а оказанные медицинские услуги принятыми Заказчиком, в полном объеме.
- 3.5. Исполнитель по мере необходимости направляет Заказчику акты сверки взаимных расчетов по настоящему Договору, которые Заказчик обязуется в течение не более 5-ти рабочих дней с даты получения подтвердить или указать расхождения, заверить печатью и 1 экземпляр предоставить Исполнителю. В противном случае акт считается подписанным без расхождений, а Заказчик – выразившим согласие с содержанием акта.

4. Порядок оказания услуг

- 4.1. Исполнитель своими силами организует проведение консультативных и лечебных мероприятий биологического материала Пациентов Заказчика на основании Заявок полученных от Заказчика.

- 4.2. Выезд представителя Исполнителя на указанный в п. 2.1.3. Договора адрес осуществляется не ранее зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, согласно п. 3.2. Договора.
- 4.3. Дата и время выезда представителей Исполнителя согласуется Сторонами дополнительно, путем обмена сообщениями по электронной почте, указанной в реквизитах Договора.
- 4.4. Заказчик в день приезда представителя Исполнителя передает последнему подписанные Пациентами оригиналы документов, указанных в п. 2.2.2. и п. 2.2.7. Договора.
- 4.5. Исполнитель передает Заказчику результаты исследований на бланках-ответах Исполнителя.
- 4.6. Для расчета сроков оказания услуг день поступления биоматериала к Исполнителю считается моментом начала оказания услуг.

5. Ответственность Сторон

5.1. Ответственность Исполнителя:

- 5.1.1. В случае некачественного оказания Исполнителем медицинских услуг, подтвержденного актом независимой экспертизы, повторное их оказание и оплата услуг эксперта осуществляются за счет Исполнителя. При этом в качестве экспертных организаций (эксперта) могут привлекаться исключительно организации, входящие в систему Министерства здравоохранения и социального развития РФ.
- 5.1.2. Исполнитель не несет ответственности за некачественное и/или несвоевременное оказание услуг, если это произошло по вине Заказчика или несоблюдения Пациентом правил подготовки к исследованиям, указанных на сайте Исполнителя.

5.2. Ответственность Заказчика:

- 5.2.1. В случае, если при выезде представителя Исполнителя Заказчик не предоставил представителю Исполнителя помещение согласно п. 2.2.3. Договора и/или не обеспечил возможности представителю Исполнителя осуществить забор биоматериала (отсутствие Пациента/ов), такой выезд Исполнителя считается ложным, а уплаченные Исполнителю денежные средства в размере стоимости Заказа не подлежат возврату Заказчику в полном объеме.
- 5.2.2. В случае нарушения Заказчиком пунктов 2.2.1., 2.2.2. и 2.2.8. Исполнитель вправе отказать Пациенту в предоставлении услуг без возврата Заказчику уплаченных денежных средств.

6. Порядок разрешения разногласий

- 6.1. В случае несогласия Заказчика с качеством оказания Исполнителем медицинских услуг Заказчик предъявляет Исполнителю претензию в письменном виде. Претензии по результатам оказанных услуг принимаются в течение 10 (десяти) календарных дней с момента передачи результата Заказчику.
- 6.2. Все споры, возникающие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров. В случае не достижения Сторонами согласия, споры решаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации в Арбитражном суде г. Челябинска.

7. Форс-мажор

- 7.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, а именно: пожара, стихийных бедствий, эпидемиологической обстановки, военных операций любого характера, сбой программного обеспечения и работы анализаторов вследствие отключения электроэнергии и других, не зависящих от Сторон обстоятельств.

8. Конфиденциальность

- 8.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора. Стороны несут ответственность за последствия, вызванные нарушением обязательств по конфиденциальности, независимо от того было ли это нарушение совершено преднамеренно или случайно.
- 8.2. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по настоящему Договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой Стороны.
- 8.3. Конфиденциальной по настоящему Договору признается информация:
- сведения о заболеваниях пациентов;
 - о форме и содержании Договора;
 - о выплатах за услуги, оказанные Исполнителем Заказчику, а также иная информация, разглашение которой может причинить вред интересам Сторон.

9. Дополнительные положения

- 9.1. Изменения и дополнения к настоящему Договору действительны, если они совершены в письменной форме и подписаны полномочными представителями Сторон.
- 9.2. Настоящий договор составлен в двух идентичных экземплярах по одному для каждой из Сторон. Оба экземпляра имеют одинаковую юридическую силу.

9.3. Все приложения и дополнения к настоящему Договору, после их оформления в письменном виде и подписания уполномоченными представителями Сторон, являются неотъемлемой частью Договора.

9.4. При изменении адреса, банковских реквизитов Стороны обязуются письменно извещать друг друга о таких изменениях в пятидневный срок. Письменные сообщения, переданные по последнему известному адресу, считаются переданными надлежащим образом. Сторона признается получившей письменное сообщение по истечении 5 (пяти) календарных дней с даты отправки сообщения посредством почтовой связи или курьером по адресу, либо по номеру телефона (факса) указанному в разделе 12 настоящего Договора.

10. Персональные данные

10.1. Стороны утвердили нижеследующие положения по обработке персональных данных, предоставляемых друг другу и обрабатываемых Сторонами в целях исполнения настоящего Договора.

10.2. Ответственность за получение согласия на обработку персональных данных возлагается на передающую Сторону. Передача персональных данных без согласия субъекта ПДн запрещается. В согласие на обработку персональных данных персональных данных включаются в том числе: фамилии, имени, отчества; даты рождения; почтовых адресов (по месту регистрации и для контактов); сведений о гражданстве; номере основного документа, удостоверяющего личность субъекта персональных данных, сведений о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе; адресах электронной почты; номерах телефонов; номерах факсов, иной информации, относящейся к прямо или косвенно определенному субъекту персональных данных.

10.3. Стороны в целях исполнения настоящего Договора, руководствуясь положениями Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», предоставляют друг другу право осуществлять обработку персональных данных (субъекта персональных данных), под которой понимаются действия (операции) каждой из Сторон с персональными данными, включая следующие правомерные действия (операции) с персональными данными: сбор и накопление; хранение в течение срока, установленного действующими нормативно-правовыми актами, но не менее 5 (Пять) лет с даты прекращения действия настоящего Договора; уточнение (обновление, изменение); использование; блокирование; уничтожение; обезличивание; передача, в т.ч. трансграничная, третьим лицам, с соблюдением мер, обеспечивающих защиту персональных данных от несанкционированного доступа.

10.4. Каждая из Сторон на основании соответствующего письменного запроса, поступившего от другой Стороны, предоставляет последней подтверждение факта получения согласия субъектов на осуществление передачи и обработки их персональных данных (согласно в п. 10.3 настоящего Договора), либо подтверждение наличия иных законных оснований для осуществления такой передачи и обработки персональных данных субъектов и подтверждение факта надлежащего уведомления субъектов о такой передаче их персональных данных.

10.5. Требование о прекращении обработки персональных данных должно быть направлено одной Стороной в форме соответствующего уведомления в простой письменной форме в адрес другой Стороны.

10.6. Каждая из Сторон обязуется обеспечивать конфиденциальность персональных данных, полученных от другой Стороны в целях выполнения своих обязательств по настоящему Договору, в соответствии с требованиями статьи 7 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных».

10.7. Каждая из Сторон обязуется возместить другой Стороне убытки в размере документально подтвержденного реального ущерба, причиненного вследствие нарушения этой Стороной конфиденциальности полученных персональных данных при их обработке.

11. Срок действия договора

11.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами. Датой подписания признается дата, указанная в преамбуле Договора.

11.2. Настоящий Договор действует в течение неограниченного срока.

11.3. С даты вступления настоящего Договора в силу все имеющиеся договоренности между Сторонами теряют свою юридическую силу, в том числе и ранее подписанные Договоры.

11.4. Действие настоящего Договора может быть приостановлено любой из Сторон, при условии письменного уведомления другой стороны не менее, чем за 10 (десять) календарных дней. Исполнитель оставляет за собой право приостановить действие настоящего Договора в случае фактического прекращения сотрудничества по Договору.

11.5. Любая из Сторон вправе по собственной инициативе расторгнуть настоящий Договор при условии предварительного письменного уведомления другой Стороны не менее, чем за 30 (тридцать) календарных дней.

11.6. Приостановление или расторжение настоящего Договора не освобождает Стороны от ответственности за его нарушение.

11.7. Обязательства сторон прекращаются после завершения между Сторонами всех взаиморасчетов по Договору и подписания соответствующего Акта.

- Приложение №1 – Прейскурант.
- Приложение №2 – Форма «Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств.»
- Приложение №3 – Форма «Согласие на обработку персональных данных»;
- Приложение №4 – Форма Заявки-реестра на проведение медицинских услуг

12. Адреса и реквизиты сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

Общество с ограниченной ответственностью
«Резидентс Платоновна»
ОГРН 1167456068196
456516, Челябинская область, Сосновский район,
пос. Солнечный, ул. Российская, д.5
ИНН/КПП 7460026307/746001001
Р/с 40702810272000015263
В Челябинском отделении № 8597 ПАО
Сбербанк
К/с 30101810700000000602 БИК 047501602
Тел. 83519038337

ЗАКАЗЧИК:

Индивидуальный предприниматель
Ткаченко Семен Александрович
ОГРНИП 322745600057466
454030, Челябинская область, г. Челябинск, ул.
Габдуллы Тукая, д. 22, кв.91
ИНН/КИО 745212624558
Р/с 40802810204000051299
В Уральском филиале АО «Райффайзенбанк»
К/с 30101810100000000906
БИК 046577906
Тел. +79000799004

Директор ООО «Резидентс Платоновна»



Индивидуальный предприниматель

Ткаченко С.А.



Ткаченко С.А.

**Приложение №1 к Договору №___ от __.__.2026г.
оказания платных медицинских услуг**

**Прейскурант цен
на платные медицинские услуги,
оказываемые ООО «Резидентс Платоновна» для ИП Ткаченко С.А.**

Код медицинской номенклатуры	Наименование услуги	Цена (руб.)
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	50
A02.20.002	Измерение базальной температуры	50
A11.02.002	Внутримышечное введение лекарственных препаратов	50
A11.12.003	Внутривенное введение лекарственных препаратов	100
A11.12.003.001	Непрерывное внутривенное введение лекарственных препаратов	500
B01.023.001	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	1000
B01.023.002	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога повторный	600
B01.035.001	Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра первичный	1000
B01.035.002	Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра повторный	600
B01.047.001	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	1000
B01.047.002	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта повторный	600



Индивидуальный предприниматель
Ткаченко С.А.



Ткаченко С.А.

Приложение №2 к Договору № _____ от _____. 2026г.
оказания платных медицинских услуг

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)
_____ года рождения, проживающий (ая) по адресу: _____

поставлен (поставлена) в известность, что я (представляемый) нуждаюсь(ется) в получении
стационарной/амбулаторно-поликлинической медицинской помощи

- Мне согласно моей воли даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);
- Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении и обязуюсь их соблюдать;
- Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: проведение осмотров, анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, клиническое и биохимическое исследование анализа мочи, исследование биологических сред организма на возбудителей инфекционных заболеваний, электрокардиографии, рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических, гистологических исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических, и лечебных пункций, биопсий, лечебных мероприятий направленных на удаление патологического очага, физиотерапевтических процедур. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;
- Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;
- Я извещен (извещена) о том, что мне (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 (предупреждена) 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 (поставила) 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 меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.
- Я согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;
- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

" ____ " ____ 20 ____ года. Подпись пациента (_____)

Расписался в моем присутствии:

Врач _____ подпись (_____)
(должность, И.О. Фамилия)



Согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных

ФИО _____

Документ, удостоверяющий личность _____

Адрес _____

регистрации _____

1) Даю согласие ООО «Резидентс Платоновна» далее «Оператор» на обработку персональных данных для осуществления медико-профилактических целей (а также иных целей в соответствии с п. 2 настоящего Согласия), в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицами, профессионально занимающимися медицинской деятельностью и обязанными в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну по следующему перечню персональных данных: фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), пол, дата рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, дата регистрации, страховой номер индивидуального лицевого счета, номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица, номер полиса добровольного медицинского страхования застрахованного лица, анамнез, диагноз, сведения об организации, оказавшей медицинские услуги, вид оказанной медицинской помощи, условия оказания медицинской помощи, сроки оказания медицинской помощи, объем оказания медицинской помощи, результат обращения за медицинской помощью, серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии), сведения об оказанных медицинских услугах, примененные стандарты медицинской помощи, сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу.

Предоставляю Оператору право осуществлять ведение персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности.

В случае, если Оператор поручит обработку персональных данных другому лицу, ответственность перед субъектом персональных данных за действия указанного лица несет Оператор. Лицо, осуществляющее обработку персональных данных по поручению Оператора, несет ответственность перед Оператором.

2) Настоящее согласие дается на совершение следующих действий с персональными данными: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование: распространяется в случаях и объемах, предусмотренных законодательством РФ, в том числе предоставление в государственные органы и иные организации, в том числе в составе сведений об аффилированных лицах и группе лиц; обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.

3) Иные цели обработки персональных данных:

- продвижение услуг Оператора;
- изучение конъюнктуры рынка;
- получение и исследование статистических данных об объеме и качестве оказанных услуг;

Совершенствование уровня предоставляемых Оператором услуг.

4) Настоящим выражаю свое согласие на получение от Оператора рекламных материалов, связанных с продвижением товаров Оператора, путем осуществления прямых контактов с использованием всех средств связи, включая, но не ограничиваясь: почтовая рассылка, СМС-рассылка, голосовая рассылка, рассылка электронных писем.

5) Настоящее согласие на обработку персональных данных действует со дня подписания настоящего согласия и до получения письменного отзыва данного согласия Оператором. Настоящим подтверждаю, что ознакомлен (а) с порядком отзыва согласия на обработку персональных данных.

Даю согласие субъекта персональных данных на обработку моих персональных данных в течение срока хранения медицинской карты амбулаторного больного (форма медицинской документации №025/у) – двадцать пять лет.

Оставляю за собой право отозвать согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных посредством составления соответствующего письменного заявления, которое будет вручено лично под расписку представителю Оператора или направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении.

Дата « _____ » _____ 20 ____ г.

Субъект персональных данных _____

Подпись _____

Директор
ООО «Резидентс Платоновна»

А.В.Васильев
М.П. ПЛАТОНОВНА

Индивидуальный предприниматель

Ткаченко С.А.



Ткаченко С.А.

Приложение №4 к Договору №____ от _____.2026г.
оказания платных медицинских услуг

ЗАЯВКА-РЕЕСТР на проведение медицинских услуг

Наименование организации (Заказчика) _____

Дата заявки _____

№	Ф.И.О. пациента	Дата рождения	Телефон	Адрес регистрации	Адрес фактического проживания	Наименование Организации
1						
2						
3						
...						

Директор
ООО «Резидентс Платоновна»



Индивидуальный предприниматель
Ткаченко С.А.



Ткаченко С.А.