# ДОГОВОР ПО ПРЕДОСТАВЛЕНИЮ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПОМОЩИ

*В соответствии с приказом МЗ РК от 29 октября 2020 года № ҚР ДСМ-170/2020*

г.Алматы «____» _____ 2026г.

Пациент (Заказчик) (фамилия, имя, отчество (при его наличии):

_____, ИИН _____,

Документ: _____ № _____, телефон: _____, адрес:_____

_____

Представитель Пациента (при наличии): _____, ИИН _____, основание:

_____

Поставщик: **ТОО «Медицинский центр ALASH», БИН 231040019535, адрес: г.Алматы, пр.Е.Серкебаева №79**, в лице директора/уполномоченного лица **Кайназар М.С**., действующего на основании Устава/доверенности, заключили настоящий Договор.

**1. Предмет.** Поставщик оказывает Пациенту выбранные платные медицинские услуги согласно прейскуранту и документу заказа (счёту/чеку/направлению), являющемуся частью Договора. Услуга:

_____. Стоимость: _____ тенге. Срок: _____.

**2. Оплата.** Оплата производится по фактически оказанным услугам. Допускается аванс не более 80% общей суммы, остаток оплачивается после завершения услуги. Оплата подтверждается фискальным чеком/иным законным документом. Дополнительные платные услуги оказываются с согласия Пациента и оформляются дополнительным соглашением/заказом. При досрочном прекращении возвращается разница между оплаченной суммой и стоимостью фактически оказанных услуг, кроме случаев нарушения Договора Пациентом.

**3. Поставщик обязан:** оказать услуги по клиническим протоколам, а при их отсутствии — в соответствии с общепринятыми подходами и базой доказательной медицины по показаниям; принять меры для максимальной удовлетворённости Заказчика результатом; информировать об услуге, стоимости и условиях; предоставлять Пациенту предусмотренную законодательством медицинскую и финансовую документацию, относящуюся к оказанным услугам; соблюдать врачебную тайну и защиту персональных данных; без взимания платы оказать дополнительные услуги по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни; при отсутствии условий организовать и оплатить согласованную по Договору услугу в другой организации; предоставить счёт-фактуру в случаях и сроки, предусмотренные налоговым законодательством Республики Казахстан, с указанием видов и объёма оказанных медицинских услуг.

**4. Пациент обязан:** сообщить достоверные сведения о здоровье, заболеваниях, аллергиях, препаратах и противопоказаниях; соблюдать рекомендации, правила и режим клиники; своевременно оплатить услуги; сообщить об отказе от запланированной услуги не позднее чем за один день.

**5. Права Сторон.** Заказчик вправе выбирать лечащего врача из числа врачей, оказывающих платные услуги, и требовать экспертизу качества лечения и обоснованности назначений по приказу МЗ РК от 03.12.2020 № ҚР ДСМ-230/2020. Поставщик вправе досрочно прекратить плановое лечение при нарушении Заказчиком правил Договора, если это не создаёт угрозы жизни.

**6. Согласие Пациента.** Подписанием Договора Пациент подтверждает, что добровольно выбрал платную услугу, ознакомлен с её наименованием и стоимостью, получил ответы на вопросы и согласен на её оплату. Настоящий Договор не заменяет отдельного информированного согласия на медицинское вмешательство, если оно требуется законодательством или характером услуги.

**7. Ответственность и споры.** Поставщик отвечает за ненадлежащие объём и качество услуг; взимание платы за услуги, входящие в ГОБМП и/или ОСМС (п. 2 ст. 424 КоАП РК); двойную оплату одной услуги за счёт Заказчика и бюджета. Заказчик отвечает за несвоевременное возмещение стоимости фактически оказанных услуг. При нарушении порядка и сроков оплаты удерживается неустойка ____% от суммы Договора за каждый день просрочки. Иная ответственность и разрешение споров — по законодательству РК.

**8. Форс-мажор.** Стороны не отвечают за неисполнение из-за неподконтрольных событий непредвиденного характера, включая военные действия, природные и стихийные бедствия. Поставщик письменно уведомляет Заказчика об обстоятельствах и причинах в течение одного рабочего дня, продолжает возможное исполнение и ищет альтернативные способы, если не получены иные письменные инструкции.

**9. Срок и прекращение.** Договор действует с подписания до полного исполнения обязательств. Изменения и расторжение допускаются по письменному соглашению Сторон и по основаниям законодательства РК; о досрочном расторжении Сторона уведомляет другую Сторону не менее чем за 3 рабочих дня, кроме экстренных случаев. Договор заключается на бумаге или электронно в двух экземплярах/с предоставлением электронного экземпляра.

**10. Прочие условия.** Передача обязательств третьему лицу допускается только с письменного согласия Сторон. Перечень и объём услуг определяются документом заказа; дополнительные услуги и их стоимость согласовываются до оказания. Договор действует до полного исполнения обязательств, составляется в двух экземплярах равной юридической силы либо электронно. Все спорные вопросы и неурегулированные условия разрешаются по гражданскому законодательству РК.

**Подтверждение:** условия прочитаны и понятны; экземпляр Договора получен или доступен в электронной форме.

**ПАЦИЕНТ / ЗАКАЗЧИК**

Ф.И.О. пациента/представителя _____

Подпись _____

**ПОСТАВЩИК**

ТОО «Медицинский центр ALASH»
БИН 231040019535
КБЕ 17
Адрес; г. Алматы, Серкибаева, дом № 79

Директор _____ / подпись

## СОГЛАСИЕ НА СБОР И ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ДАННЫХ И ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____ , ИИН _____,
*(фамилия, имя, отчество (при его наличии))*
являясь пациентом/законным представителем пациента _____,
*(нужное подчеркнуть)* *(указать фамилию, имя, отчество пациента)*
настоящим даю **ТОО «Медицинский центр ALASH», БИН 231040019535**, являющемуся собственником и/или оператором базы персональных данных (далее – Клиника), на сбор и обработку моих персональных данных и персональных медицинских данных либо данных лица, законным представителем которого я являюсь.

**Цели сбора и обработки:** идентификация пациента; заключение и исполнение договора на оказание медицинских услуг; организация, оказание и документирование медицинской помощи; ведение медицинской документации; проведение обследований и лечения; обработка результатов исследований; осуществление расчётов; информирование пациента по вопросам оказания медицинских услуг; контроль качества и безопасности медицинской деятельности; исполнение требований законодательства Республики Казахстан.

**Перечень данных:** Ф.И.О., ИИН, дата рождения, сведения документа, удостоверяющего личность, адрес, контактные данные, сведения о законном представителе, сведения об оплате, а также персональные медицинские данные, включая сведения о состоянии здоровья, диагнозах, результатах обследований и исследований, назначениях, медицинских вмешательствах и оказанных медицинских услугах**.**

Даю согласие на **сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, извлечение, передачу, обезличивание, блокирование, удаление и уничтожение** указанных данных в объёме, необходимом для достижения указанных целей и в случаях, предусмотренных законодательством Республики Казахстан.

Передача данных допускается медицинским организациям, лабораториям, диагностическим центрам, медицинским работникам, операторам информационных систем, техническим подрядчикам, организациям связи и государственным органам в случаях и порядке, предусмотренных законодательством Республики Казахстан.

**Трансграничная передача персональных данных:** осуществляется / не осуществляется (нужное подчеркнуть).

Согласие действует в течение срока, необходимого для достижения целей обработки, включая установленные законодательством сроки хранения медицинской и иной документации. Я уведомлён(а) о праве отозвать настоящее согласие в порядке и с учетом ограничений, предусмотренных законодательством Республики Казахстан.

Настоящее согласие **не является согласием на публикацию или распространение** моих персональных данных, фотографий, аудио-, видеоматериалов либо медицинских данных в общедоступных источниках.

Подтверждаю, что цели, объём и условия обработки персональных данных мне понятны.

**Пациент/законный представитель:**

_____, **ИИН** _____,
*(фамилия, имя, отчество (при его наличии))*

**Подпись:** _____ **Дата: «____» _____ 2026 года**.

## ПИСЬМЕННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА ПРИ ИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

*в соответствии с приказом МЗ РК от 20 мая 2015 года №364*

Я, (*подчеркнуть*) пациент/законный представитель:

_____,
(фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента/законного представителя)

находясь в _____
(наименование медицинской организации)

даю свое согласие на проведение (*подчеркнуть*): мне/лицу, законным представителем которого я являюсь:

_____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии), дата рождения)

следующей процедуры: _____
(указать наименование процедуры)

1. Я информирован/(а) о целях, характере, неблагоприятных эффектах планируемого инвазивного вмешательства, согласен(на) со всеми подготовительными и сопровождающими возможными анестезиологическими мероприятиями, а также с необходимыми побочными вмешательствами. Я предупрежден(а), что во время инвазивного вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства, риски и осложнения и понимаю, что это может включать нарушения со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, что это связано с непреднамеренным причинением вреда здоровью. В таком случае, я согласен(на) на применение врачами всевозможных методов лечения, направленных на устранение вышеуказанных осложнений.
2. Я ставлю в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем (со здоровьем лица, законным представителем которого я являюсь): наследственность; аллергические проявления; индивидуальная непереносимость лекарственных препаратов и продуктов питания; потребление табачных изделий; злоупотребление алкоголем; злоупотребление наркотическими средствами; перенесенные травмы, операции, заболевания, анестезиологические пособия; экологические и производственные факторы физической, химической или биологической природы, воздействующие на меня (лица, законным представителем которого я являюсь) во время жизнедеятельности; принимаемые лекарственные средства.
3. Я имел(а) возможность задавать любые вопросы врачу и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.
4. Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(а) с ними.

Подпись заявителя: _____ (пациент/законный представитель)
Дата заполнения: _____/_____/20___ г.

Врач: _____(фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Подпись: _____

*Примечание:*
*1. Инвазивное вмешательство – медицинская процедура, связанная с проникновением через естественные внешние барьеры организма (кожа, слизистые оболочки) (инъекция, диагностическая процедура, хирургическая операция и так далее).*
*2. Согласие на проведение инвазивного вмешательства может быть отозвано, за исключением случаев, когда медицинские работники по жизненным показаниям уже приступили к инвазивному вмешательству и его прекращение или возврат невозможны в связи с угрозой для жизни и здоровья пациента.*