

ООО "ОСАМ-ГАСТРО" (лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01164-52/04040537 от 22 декабря 2025 г. выдана МЗ Нижегородской области, срок действия – бессрочно, ссылка на сведения, содержащиеся в электронных реестрах лицензий: <https://roszdravnadzor.gov.ru>, в лице [REDACTED] ).

должность и ФИО сотрудника, заключившего договор

действующего(-ей) на основании Доверенности, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и Гражданин(ка)

*ФИО пациента/законного представителя*

действующий(ая) (нужное отметить):

- в своих интересах, именуемый(ая) в дальнейшем Пациент  
в интересах лица, законным представителем которого является

*ФИО лица, признанного недееспособным*

именуемый(ая) в дальнейшем Заказчик, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

## 1. Общие положения

1.1 Для целей заключения настоящего договора используются следующие основные понятия:

ПАЦИЕНТ – физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги лично в соответствии с договором

**ЗАКАЗЧИК** – физическое лицо, в том числе законный представитель Пациента, заказывающее и /или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу Пациента.

ИСПОЛНИТЕЛЬ – медицинская организация, оказывающая платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу Пациента.

ПОСТАВЩИК – медицинская организация, оказывающая платные медицинские услуги в соответствии с договором.  
ПЛАТЕЛЬЩИК – это физическое лицо, осуществляющее только оплату медицинских услуг и не является стороной договора.

- предоставляемых Пациенту;
  - за Заказчика в пользу Пациента

ПЛАТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ – медицинские услуги, предоставляемые на платной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договора.

1.2 Данный договор является публичным договором-офертом и содержит все существенные условия предоставления платных медицинских услуг населению.

1.3 Свидетельством полного и безоговорочного акцепта (принятия) условий данного Договора является осуществление Пациентом/Заказчиком действий по выполнению условий Договора, в частности, заказ и оплата медицинских услуг.

- при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:
    - ✓ анестезиологии и реаниматологии;
    - ✓ сестринскому делу;
  - при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:
    - ✓ терапии;
  - при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:
    - ✓ анестезиологии и реаниматологии;
    - ✓ гастроэнтерологии;
    - ✓ ультразвуковой диагностике;
    - ✓ эндоскопии

## 2. Предмет договора

2.1. Исполнитель обеспечивает Пациенту/Заказчику оказание медицинских услуг. Пациент/Заказчик, в свою очередь, обеспечивает оплату медицинских услуг Исполнителю.

2.2. Наименование услуг, цена и сроки ожидания услуг устанавливаются Прейскурантом, являющимся официальным утвержденным документом Исполнителя.

2.3. Платильщиком по настоящему договору является (заполняется, если оплату производит лицо, не указанное в преамбуле договора):

наименование юр. лица /ФИО (заполняется вручную)

2.4. Сроки хранения договора составляют пять лет с момента прекращения действия настоящего договора, указанного в п. 9.2 договора.

### 3. Стоимость и порядок оплаты

3. Стоимость и порядок оказания

3.1. Стоимость оказываемых медицинских услуг определена согласно утвержденному и действующему на момент оказания услуги прецессуранту Исполнителя.

3.2. Оплата медицинских услуг может осуществляться безналичным путем на счет Исполнителя и наличным путем в кассу Исполнителя в рублях. Оплата медицинских услуг производится в полном объеме в день оказания услуги, если иной порядок не предусмотрен соглашением сторон.

#### 4. Права и обязанности сторон

#### 4.1 Исполнитель обязан:

- оказать Пациенту квалифицированную и качественную медицинскую услугу в соответствии с консультативным заключением, составленным лечащим врачом и зафиксированным в медицинской карте Пациента, с применением имеющихся инструментов, оборудования и их обработки;
- предоставить Пациенту/Заказчику бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемой услуге, о сущности применяемых методик, составе и характере используемых медикаментов и материалов.
- поставить в известность Пациента о возникающих обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг, и возможных осложнениях при лечении и отразить в медицинской карте Пациента
- довести до сведения Пациента/Заказчика следующую информацию: о перечне платных медицинских услуг, цене, сроках ожидания предоставления платных медицинских услуг; графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении медицинских услуг; перечне категорий Пациентов, имеющих право на получение льгот, а так же перечень льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг; ознакомить с образцами договоров, которые заключаются при обращении Пациента/Заказчика за платными медицинскими услугами. Указанная информация доводится до сведения Пациента/Заказчика путем размещения ее на сайте Исполнителя <https://gemohelp-gastro.ru>
- по письменному запросу Пациента/Заказчика выдать копии (дубликаты) оформленных ранее документов в течение 30 дней с момента регистрации запроса.
- соблюдать правила медицинской этики и деонтологии во взаимоотношениях с Пациентом/Заказчиком, а также врачебную тайну

#### 4.2. Исполнитель имеет право:

- самостоятельно решать вопросы, связанные с технологией лечения, методом обследования, подбором медикаментов и проведением других диагностических мероприятий, которые сочтет нужным для планирования и осуществления лечения Пациента,
- в случае неотложных состояний самостоятельно определять объем манипуляций, необходимых для оказания медицинской помощи, в том числе не предусмотренной договором;
- отсрочить или отменить лечебные мероприятия, в том числе в день процедуры, в случае обнаружения у Пациента противопоказаний
- требовать у Пациента получения сведений и предоставления документов (в случае предыдущего обследования и лечения в других лечебных учреждениях), необходимых для эффективного лечения
- отказаться от исполнения настоящего договора при:
  - ✓ неисполнении Пациентом/Заказчиком рекомендаций медицинского персонала Исполнителя,
  - ✓ нарушении режима работы Исполнителя,
  - ✓ опоздания Пациента на прием более 15 минут
  - ✓ при серьезном нарушении графика приема, если это нарушение вызвано объективными причинами, не подлежащими прогнозу
  - ✓ отсутствия у Пациента/Заказчика документа, удостоверяющего личность
  - ✓ требования услуг, которые не входят в план лечения, зафиксированный в медицинской карте
  - ✓ присутствия Пациента/Заказчика в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.
- Отказать Пациенту/Заказчику в предоставлении услуг в случае его отказа засвидетельствовать свое согласие с условиями данного договора личной подписью.

#### 4.3. Пациент/Заказчик обязан:

- являться на прием в строго назначенное время, а при невозможности явки, заранее, не менее чем за 24 часа предупредить Исполнителя о неявке на прием
- следовать назначенному плану лечения, срокам этапов лечения, срокам обращения по поводу отклонений от прогнозируемого хода (развития) событий, рекомендованным Исполнителем срокам обращения на профилактические и контрольные обследования и осмотры
- немедленно известить Исполнителя о любых осложнениях или иных отклонениях, возникших после медицинских манипуляций или в процессе лечения.
- предоставить Исполнителю необходимые для эффективного лечения медицинские документы и результаты обследования в случаях, если Пациент лечился или проходил обследование в других медицинских учреждениях
- информировать Исполнителя до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях к проведению услуги и другие сведение, необходимые для качественного исполнения услуги;
- своевременно оплатить стоимость услуги;
- соблюдать правила поведения в медицинской организации

#### 4.4. Пациент/Заказчик имеет право:

- на предоставление информации о медицинской услуге;
- знакомиться с документами, подтверждающими специальную правоспособность Исполнителя;
- отказаться от получения медицинской услуги и получить обратно оплаченную ранее сумму с возмещением Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

4.5. В случае оплаты медицинских услуг Плательщиком и при отказе Пациента/Заказчика от получения медицинских услуг, оплаченную ранее сумму получает Плательщик с учетом возмещения Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуги.

4.6. Пациент/Заказчик уведомлен Исполнителем о правилах поведения в медицинской организации.

4.7. В случае отказа Пациента/Заказчика от получения медицинских услуг, оплаченную ранее сумму получает сторона, производившая оплату, с учетом возмещения Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуг.

## 5. Информация о предоставляемой медицинской услуге

5.1. Пациент/Заказчик признает, что ознакомлен с правами пациента в соответствии со статьями: 19-22, 13 ФЗ «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»; ему в доступной форме изложено, и он полностью осведомлен о предстоящей медицинской услуге, о возможном профессиональном риске и осложнениях.

Пациент/Заказчик согласен на получение медицинской услуги и медицинское вмешательство. Согласие на медицинское вмешательство оформляется в письменной форме, является Приложением к договору, и заверяется подписью Пациент/Заказчика. Согласие на медицинское вмешательство оформляется при каждом обращении Пациент/Заказчика за оказанием медицинских услуг. 5.3. В соответствии со ст.13 ФЗ «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» информация о факте обращения за медицинской помощью, сведения о состоянии здоровья Пациента, данные обследования и лечения, являются врачебной тайной и Пациенту/Заказчику известно, что эти данные могут быть раскрыты в пределах, установленных Законодательством.

5.4. Срок ожидания некоторых услуг может быть увеличен на неопределенное время, если это обусловлено обстоятельствами, не зависящими от воли Исполнителя.

5.5. Исполнитель вправе привлечь третьих лиц к исполнению обязанностей по настоящему договору. При этом ответственность за действия третьих лиц перед Пациентом/Заказчиком несет Исполнитель.

## **6. Обработка персональной информации**

6.1. Обработка персональных данных осуществляется Исполнителям в соответствие с №152-ФЗ от 27.07.06г «О персональных данных».

## **7. Ответственность сторон**

7.1. Исполнитель несет ответственность за соблюдение ведения медицинской документации, санитарно-гигиенического режима, лечебных технологий, профессиональной этики

7.2. Исполнитель не несет ответственности перед Пациентом в случае:

- возникновения у Пациента в процессе лечения или после его окончания проблем сугубо биологического характера, не связанных с нарушением Исполнителем лечебных технологий;
- осложнений по причине неявки Пациента в указанный срок;
- возникновения аллергических реакций у Пациента, не отмечавшего ранее проявления аллергии;

7.3. В случае ненадлежащего оказания медицинской услуги Пациент/Заказчик вправе по своему выбору потребовать:

- безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги;
- соответствующего уменьшения цены оказанной услуги.

7.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения Пациентом/Заказчиком своих обязанностей, невыполнения назначений врача или по другим основаниям, предусмотренным законодательством.

7.5. Пациент несет ответственность за достоверность предоставляемой информации. В случае сокрытия от Исполнителя или сообщения недостоверной информации о состоянии своего здоровья, ответственность за ухудшение своего здоровье и иные негативные последствия, вызванные вышеуказанными фактами, несет Пациент.

7.6. Пациент/Заказчик обязан полностью возместить Исполнителю понесенные убытки, если Исполнитель не смог оказать услугу или вынужден прекратить ее оказание по вине Заказчика.

## **8. Порядок расторжения договора**

8.1. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон.

8.2. Договор может быть расторгнут и по другим основаниям, предусмотренным законодательством.

## **9. Прочие условия**

9.1. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

9.2. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до конца текущего года.

9.3. Споры и разногласия решаются путем переговоров. Претензионные требования по поводу качества оказанных услуг обязательно предъявляются в письменной форме не позднее 10-ти дней после оказания услуги. Срок рассмотрения претензии составляет 10 дней с момента ее предъявления.

9.4. При невозможности урегулировать в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке.

9.5. До обращения в суд по поводу качества оказанных услуг стороны договорились о проведении независимой экспертизы.

9.6. Для обращения в суд по поводу расторжения или изменения условий договора обязательно предъявление претензии в письменной форме.

9.7. Стороны согласились, что при заключении настоящего договора они вправе пользоваться факсимильным воспроизведением подписи средствами механического или иного копирования, либо иного аналога собственноручной подписи.

9.8. В соответствие с частью 2 п.1 статьи 219 Налогового кодекса РФ Пациент/Заказчик имеет право на получение налогового вычета из НДФЛ в размере суммы, уплаченной за оказанные медицинские услуги. Справку для получения налоговой компенсации можно оформить с помощью сотрудников Исполнителя.

## **Адреса и реквизиты сторон**

<b>Исполнитель:</b> <b>ООО "ОСАМ-ГАСТРО"</b> ИНН 5257221681, КПП 525701001, ОГРН 1255200019249 Юридическое лицо зарегистрировано 06.08.2025 г. Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №15 по Нижегородской области	<b>Пациент:</b> ФИО _____ Паспорт: _____ Адрес места жительства _____
---	--

Юридический адрес: 603002, г. Н. Новгород, ул. Марата, д.27, пом. П167  
Фактический адрес: 606025, Нижегородская область, г. Дзержинск, пр-кт Циолковского, д. 29, пом. П6  
тел. 8-800-100-55-57  
e-mail: info@gemohelp-gastro.ru  
Адрес интернет сайта: <https://gemohelp-gastro.ru>

По доверенности  
Должность: администратор  
ФИО \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ /  
М.П.

Телефон \_\_\_\_\_

Подпись V \_\_\_\_\_

**Заказчик (представитель Пациента)**

ФИО \_\_\_\_\_  
Паспорт: \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ /

**Плательщик** (заполняется вручную, для лиц, осуществляющих только оплату услуг и не являющихся стороной договора)

Наименование юр. лица /ФИО \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Приложение к Договору на оказание платных медицинских услуг от \_\_\_\_\_ г.

### СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)

зарегистрированный(-ая) по адресу \_\_\_\_\_

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ кем выдан \_\_\_\_\_

свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «ОСАМ-ГАСТРО», юридический адрес: 603002, г. Нижний Новгород, ул. Марата, д. 27, пом. П167; (далее по тексту – ООО «ОСАМ-ГАСТРО» или Оператор), на обработку моих и/или лица, законным представителем которого являюсь, персональных данных (любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации и/или без использования таких средств, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу, обезличивание, уничтожение, а также осуществление любых иных действий с моими и/или моего несовершеннолетнего ребенка персональными данными, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации в отношении следующих необходимых для оказания мне медицинских услуг персональных данных:

- фамилия, имя, отчество; дата, месяц, год рождения, возраст; пол; адрес регистрации и/или места жительства; данные документа, удостоверяющего личность (паспорта и/или свидетельства о рождении/усыновлении /удочерении/); сведения о состоянии здоровья (диагноз или предварительный диагноз; сведения о ранее проводимом лечении, для определенных видов исследований); номер страхового медицинского полиса (ДМС), СНИЛС, номер контактного телефона.

Я даю согласие на использование моих и/или лица, законным представителем которого являюсь, персональных данных **в целях** оказания мне и/или лица, законным представителем которого являюсь, медицинских услуг в рамках исполнения договора оказания платных медицинских услуг, учитывая, что Оператор является лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Я согласен с тем, что в процессе оказания Оператором услуг и в интересах исследования, медицинские работники Оператора вправе передать персональные данные, сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора.

Я подтверждаю свое согласие на передачу тех персональных данных третьим лицам, которые необходимы для достижения цели и в силу соблюдения законодательства РФ.

Действие настоящего согласия прекращается досрочно в случае принятия Оператором решения о прекращении обработки персональных данных и/или уничтожения документов, содержащих персональные данные, а также в случае утраты необходимости достижения заявленной цели обработки.

Согласие может быть отозвано в любое время на основании заявления, но не ранее получения результатов обследования.

Проинформирован, что вправе отозвать переданные персональные данные посредством составления соответствующего письменного запроса, который должен быть направлен в адрес Оператора, либо вручен лично уполномоченному представителю Оператора.

Обработка переданных персональных данных будет прекращена по достижении заявленных целей обработки персональных данных, если иное не предусмотрено действующим законодательством Российской Федерации.

Срок хранения персональных данных, содержащихся в документах, на бумажных носителях и в информационной системе, составляет пять лет, начиная с января года, следующего за годом прекращения договора на оказание платных медицинских услуг. В случае поступления Оператору запроса об отзыве согласия на обработку персональных данных, согласие считается отозванным с даты поступления, указанной в заявлении, но не ранее даты оказания услуг Оператором. После окончания срока действия Договора, в том числе при его расторжении, Оператор обязуется прекратить обработку персональных данных и уничтожить персональные данные в срок, не превышающий пяти лет с даты окончания срока действия Договора.

Третий лица, получившие мои и/или лица, законным представителем которого являюсь персональные данные от Оператора в силу положений законодательства РФ, продолжают их обработку, в том числе, в случаях:

- поступления Оператору от Пациент/Заказчика отзыва согласия на обработку персональных данных
- расторжения настоящего договора
- окончания срока действия настоящего договора.

Согласен(на) на использование моих и/или лица, законным представителем которого являюсь, персональных данных, в том числе результатов исследований в обезличенной форме, разрешая при этом обезличивать, обрабатывать, хранить и использовать, мои персональные данные и/или лица, законным представителем которого являюсь, а так же оставшийся биоматериал и полученные результаты: в научно-исследовательский целях, с целью сбора данных для формирования статистики, для разработки новых профессиональных программ с целью улучшения качества исследований, а так же для печати в научных изданиях, если не указано иное.

Подписывая настоящее согласие, я подтверждаю, что все указанные данные верны. В том числе я подтверждаю, что указанная контактная информация (сведения о способах связи) является верной и актуальной (в частности, адрес регистрации, номер телефона). При этом я беру на себя полную ответственность за указание мною некорректных/ неверных/ неактуальных/ нарушающих действующее законодательство данных.

(дата)

(подпись)

(расшифровка)

Приложение к Договору на оказание платных медицинских услуг от \_\_\_\_\_ г.

**СОГЛАСИЕ / ОТКАЗ**  
**на получение рекламных и информационных рассылок**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_,  
(дата, месяц, год рождения) \_\_\_\_\_, (номер телефона) \_\_\_\_\_,  
(адрес эл. почты) \_\_\_\_\_

в соответствии с Федеральным законом РФ «О связи» №126-ФЗ от 07.07.2003г и Федеральным законом РФ «О рекламе» №38-ФЗ от 22.02.2006г,



даю свое согласие



не даю свое согласие

ООО «ОСАМ-ГАСТРО» на получение рекламных и информационных рассылок, а также проведения опросов, посредством электронной почты, смс-сообщений, телефонной коммуникации, рассылок в мессенджерах.

**ОДНОВРЕМЕННО**, в соответствии с Федеральным законом РФ от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ "О персональных данных" я даю согласие ООО «ОСАМ ГАСТРО», на обработку моих персональных данных, указанных в настоящем согласии на получение рекламных и информационных рассылок, с целью направления мне указанной выше информации.

Перечень допустимых действий, осуществляемых с персональными данными: любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации и/или без использования таких средств, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу, обезличивание, уничтожение, а также осуществление любых иных действий с указанными персональными данными, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации

Согласие вступает в силу со дня его подписания

Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

Я подтверждаю, что все указанные в настоящем документе данные верны, подтверждаю, что указанные выше: адрес эл. почты и номер телефона, предоставленный мне сотовым оператором, являются моими и готов возместить любой ущерб, который может быть причинен в связи с указанием мной не корректных данных в настоящем документе в полном объеме.

(дата)

(подпись)

(расшифровка)

**СОГЛАСИЕ НА ПЕРЕДАЧУ ДАННЫХ в ЕГИЗС/ОТКАЗ ОТ ПЕРЕДАЧИ ДАННЫХ в ЕГИЗС**

Я,

(фамилия, имя, отчество)

(дата, месяц, год рождения) \_\_\_\_\_, (номер телефона) \_\_\_\_\_,

зарегистрированный(-ая) по адресу \_\_\_\_\_

паспорт серия

№

, выдан « \_\_\_\_ »

кем выдан

**Раздел заполняется только на недееспособных граждан.**

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

зарегистрированный(-ая) по адресу \_\_\_\_\_

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ кем выдан \_\_\_\_\_

являюсь законным представителем лица, признанного недееспособным или представителем по доверенности (иному документу)

(фамилия, имя, отчество лица, признанного недееспособным)



даю свое согласие



не даю согласие

на передачу ООО «ОСАМ-ГАСТРО» (ИНН 5257221681, ОГРН 1255200019246) в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (далее-ЕГИЗС) своих персональных данных (или персональных данных представляемого мною лица): фамилия, имя, отчество, пол, возраст, день, месяц, год и место рождения, адрес, паспортные данные, гражданство, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), сведения о заболеваниях (состояниях), сведения о назначенных лекарственных препаратах, специализированных продуктах лечебного питания, сведения об оказанной медицинской помощи, сведения о согласии на обработку моих персональных данных (или персональных данных представляемого мною лица), результаты оказания медицинской помощи и специализированной медицинской помощи, рекомендации по дальнейшему наблюдению и (или) лечению, иные сведения федеральных информационных систем в сфере здравоохранения, предусмотренные нормативными правовыми актами РФ.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня его отзыва, либо на срок хранения документации, установленной действующим законодательством. Отзыв согласия осуществляется путем подачи письменного заявления.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(дата)

(подпись)

(расшифровка)