



НЖС
КЛИНИКА
УФА
по договору франшизы

Общество с ограниченной ответственностью
«Клиника НЖС Уфа»
450006, Уфа, ул. Краснодонская д.3,
тел.: 88002222523
83472662523
e-mail: ngcufa@gmail.com

ДОГОВОР № _____
ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
ПО КРИОКОНСЕРВАЦИИ И ХРАНЕНИЮ КРИОКОНСЕРВИРОВАННОЙ СПЕРМЫ

г. Уфа

« ____ » _____ 202_ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Клиника НЖС Уфа» в лице генерального директора Бикбулатова Ильдара Ридовича, действующего на основании Устава, в дальнейшем именуемое Исполнитель, с одной стороны, и _____, в дальнейшем именуемый Пациент, с другой стороны, в дальнейшем совместно именуемые Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем (далее - Договор):

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Пациент поручает, а Исполнитель принимает на себя за вознаграждение, уплачиваемое Пациентом, оказание Пациенту медицинских услуг, как комплекса действий, совершаемых Исполнителем по заказу и в интересах Пациента в целях, для которых услуга такого рода обычно используется, а именно:

- медицинские услуги по криоконсервации;
- медицинские услуги по хранению криоконсервированной спермы в течение срока:
 - 1 месяцев;
 - 6 месяцев;
 - до дня проведения пункции фолликулов у супруги в программе лечения методами ВРТ с последующей утилизацией моего оставшегося биологического материала после проведения этапа оплодотворения полученных ооцитов моим биологическим материалом;
 - иной срок _____,

(далее – биоматериал) и передаче Пациенту биоматериала в соответствии с Приказом Минздрава России № 107н от 30 августа 2012 г. «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» (далее - Приказ) и условиями настоящего договора.

- 1.2. Показания для оказания медицинских услуг по настоящему договору определены в п. 42 Приказа.
- 1.3. Основанием для оказания медицинских услуг, указанных в п. 1.1. Договора, являются информированное добровольное согласие и заявление Пациента, являющиеся неотъемлемыми Приложениями 1 и 2 к настоящему договору.
- 1.4. Исполнитель оказывает медицинские услуги по настоящему договору по видам медицинской деятельности, разрешённым для осуществления Исполнителем в соответствии с имеющимися лицензиями на право занятия медицинской деятельностью.
- 1.5. Исполнитель оказывает медицинские услуги в помещении Исполнителя по адресу: Санкт-Петербург 13-я линия В.О., дом 10 лит. А, муниципальный округ округ Петровский, Петровский проспект, дом 2, строение 3, в часы работы, устанавливаемые Исполнителем.
- 1.6. Медицинские услуги, составляющие предмет настоящего договора, оказываются в амбулаторно-поликлинических условиях.
- 1.7. Медицинские услуги, определённые в п. 1.1. настоящего договора, оказываются сотрудниками Исполнителя. Исполнитель вправе привлечь на договорной основе для оказания услуг по настоящему договору специалистов, не являющихся сотрудниками Исполнителя, а также иные медицинские организации.

1. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 2.1. Исполнитель обязуется:
 - 2.1.1. Предоставить Пациенту информацию об услугах, в том числе информацию о потребительских свойствах услуги, об объёме, содержании услуг применительно к имеющейся у Пациента патологии, о применимых методиках и о возможных последствиях медицинского воздействия, о его возможных сопутствующих или последующих эффектах, о возможных последствиях прогрессирования патологии. Информация, необходимая для принятия решения Пациентом, доводится до него в доступной форме до заключения настоящего договора, формулируется в соответствующей юридической и медицинской документации и при необходимости предоставляется в наглядной форме на информационных стендах в помещении Исполнителя. Подписание настоящего договора со стороны Пациента свидетельствует о получении ими со стороны Исполнителя необходимой, доступной, достоверной и полной информации об услугах, определённых настоящим договором.
 - 2.1.2. Предоставить Пациенту информацию о возможности получения соответствующих видов и объёмов медицинской помощи бесплатно в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Информация, определённая в настоящем пункте, доводится до Пациента в доступной форме до заключения настоящего договора путём размещения на информационных стендах в помещении Исполнителя. Подписание настоящего договора со стороны Пациента свидетельствует о получении им со стороны Исполнителя необходимой, доступной, достоверной и полной информации о возможности получения соответствующих видов и объёмов медицинской помощи бесплатно в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи;
 - 2.1.3. Предоставить Пациенту необходимую и достоверную информацию об Исполнителе услуг, в том числе информацию о юридическом статусе Исполнителя, режиме работы Исполнителя, правилах поведения в помещениях Исполнителя, контактные телефоны, информацию о специалистах, непосредственно осуществляющих медицинское воздействие. Информация,

- необходимая для принятия решения Пациентом, доводится до него в доступной форме до заключения настоящего договора. Подписание настоящего договора со стороны Пациента свидетельствует о получении им со стороны Исполнителя необходимой, доступной, достоверной и полной информации об Исполнителе услуг;
- 2.1.4. Предоставить Пациенту необходимую и достоверную информацию о стоимости услуг Исполнителя, которая является открытой информацией и размещается в помещении Исполнителя в месте, доступном для любого посетителя, имеющего намерение приобрести или приобретающего услуги Исполнителя. Информация, необходимая для принятия решения Пациентом, доводится до него в доступной форме до заключения настоящего договора. Подписание настоящего договора со стороны Пациента свидетельствует о получении им со стороны Исполнителя необходимой, доступной, достоверной и полной информации о стоимости услуг;
 - 2.1.5. Осуществить криоконсервацию биоматериала Пациента с соблюдением технологических требований, определённых Приказом;
 - 2.1.6. Осуществлять хранение биоматериала в стандартных резервуарах под наблюдением специалистов Исполнителя с соблюдением технологических требований, определённых Приказом;
 - 2.1.7. Осуществлять хранение биоматериала в течение срока, определённого в п. 4.2. настоящего договора;
 - 2.1.8. По истечении срока хранения, определённого настоящим договором, или при истребовании биоматериала Пациентом или иными указанными им лицами осуществить передачу биоматериала Пациенту или иным указанным им лицам;
 - 2.1.9. Вести определённую Приказом медицинскую документацию;
 - 2.1.10. Оказывать медицинские услуги, составляющие предмет настоящего договора, качественно и в срок, определённый настоящим договором;
 - 2.1.11. Соблюдать врачебную тайну в отношении информации, касающейся настоящего договора;
 - 2.2. Исполнитель имеет право:
 - 2.2.1. Самостоятельно определять специалистов, непосредственно оказывающих медицинские услуги по настоящему договору, а также график их работы;
 - 2.2.2. Самостоятельно в лице специалистов Исполнителя осуществлять выбор методики криоконсервации и хранения биоматериала с соблюдением технологических требований, определённых Приказом;
 - 2.2.3. Утилизировать биоматериал Пациента в случае истечения срока хранения, определённого настоящим договором, при непоступлении от Пациента заявления о продлении срока действия настоящего договора в течение одного месяца после истечения срока хранения. Указанное право Исполнителя может быть реализовано без предварительного уведомления Пациента, но не ранее определённого в настоящем пункте срока, при этом бремя контроля за сроком действия настоящего договора, с целью предупреждения утилизации хранящегося биоматериала, возлагается на Пациента.
 - 2.3. Пациент обязуется:
 - 2.3.1. Оплатить медицинские услуги, оказанные Исполнителем в рамках настоящего договора, в срок и в размере, установленные настоящим договором;
 - 2.3.2. Заблаговременно (не позднее трёх рабочих дней) согласовать день и время прибытия для получения истребованного биоматериала путём направления Исполнителю заявки в форме, позволяющей объективно зафиксировать факт принятия её Исполнителем.
 - 2.4. Пациент имеет право:
 - 2.4.1. На достоверную, своевременную и полную информацию о состоянии своего здоровья способом, определённым в настоящем договоре;
 - 2.4.2. На получение заверенных копий медицинской документации в течение десяти дней со дня обращения к Исполнителю с соответствующим письменным заявлением;
 - 2.4.3. Отказаться от исполнения настоящего договора до окончания срока его действия, оплатив фактически оказанные услуги Исполнителю;
 - 2.4.4. Пациенту гарантируются все права, определённые законодательством об охране здоровья граждан.

1. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЁТОВ

- 3.1. Стоимость комплексной медицинской услуги, определённой в п. 1.1. настоящего договора, тарифицируется в соответствии с прейскурантом Исполнителя, действующим на момент вступления в силу настоящего договора, и составляет:

	(_____)	
сумма цифрами		сумма прописью

 В случае продления срока оказания медицинской услуги, определённой в п. 1.1. настоящего договора, оказание такой услуги тарифицируется в соответствии с прейскурантом Исполнителя, действующим на момент продления срока оказания медицинской услуги.
- 3.2. Расчёт стоимости услуг осуществляется специалистом Исполнителя и по требованию Пациента и отражается в смете на медицинские услуги.
- 3.3. Оплата осуществляется Пациентом одновременно путём полного авансирования медицинских услуг.
- 3.4. Оплата производится в рублях в безналичном порядке, в наличном порядке путём внесения денежных средств в кассу Исполнителя либо в смешанном (наличном, безналичном) порядке. Осуществление оплаты по настоящему договору означает согласие Пациента с объёмом оказываемых медицинских услуг и с их стоимостью.

1. СРОК ДОГОВОРА

- 4.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания его обеими Сторонами и действует до:
 - 4.1.1. Момента передачи биоматериала Пациенту (в случае оказания медицинской услуги криоконсервации без хранения биоматериала и передачи биоматериала в другую клинику);
 - 4.1.2. Окончания срока криохранения п. 1.1. Договора.
- 4.2. Течение срока криохранения начинается со дня подачи заявления о криоконсервации и криохранении спермы и осуществляется до истечения срока, указанного в п. 1.1. Договора, а в случае продления срока хранения — до истечения срока, указанного в заявлении о продлении срока криохранения спермы. Количество раз продления срока хранения не ограничено.
- 4.3. По окончании срока действия настоящего договора Пациент вправе:
 - 4.3.1. Продлить срок действия настоящего договора путём направления Исполнителю соответствующего заявления о продлении срока криохранения спермы, являющегося неотъемлемым Приложением 3 к Договору, и произведения оплаты последующего периода криохранения в соответствии с п.п. 3.1., 3.3. настоящего договора;

- 4.3.2. Прекратить хранение биоматериала путём направления Исполнителю соответствующего заявления о прекращении криохранения спермы, являющегося неотъемлемым Приложением 4 к настоящему договору;
- 4.3.3. Прекратить криохранение биоматериала, расконсервировать биоматериал и использовать расконсервированный биоматериал путём направления Исполнителю соответствующего заявления о прекращении криохранения спермы, являющегося неотъемлемым Приложением 4 к настоящему договору.
- 4.4. При непоступлении от Пациента, после истечения срока хранения, заявлений, определённых в п. 4.3. Договора, наступают последствия, определённые в п. 2.2.3. настоящего договора, при этом Исполнитель в любом случае не вправе использовать биоматериал Пациента для применения в донорских программах, без разрешения Пациента, выраженного в заявлении.
- 4.5. Настоящий договор может быть прекращён со стороны Пациента досрочно, в порядке, определённом в п. 4.3.2., 4.3.3. настоящего договора.

1. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 5.1. Исполнитель несёт ответственность за соблюдение норм санитарно-гигиенического режима, эффективности и правильности эксплуатации медицинского оборудования, техники и тактики выполнения манипуляций, соблюдения требований Приказа, соблюдения профессиональной этики и деонтологии, ведения медицинской документации.
- 5.2. Стороны освобождаются от ответственности за невыполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему договору, возникшее вследствие форс-мажорных обстоятельств, а именно: пожара, землетрясения, наводнения, катастроф, военных действий, решений органов государственной власти и суда, а также иных непреодолимых обстоятельств и их последствий, включая отключение энергообеспечения, водообеспечения Исполнителя. При наступлении обстоятельств, предусмотренных настоящим пунктом, Сторона, для которой наступили эти обстоятельства, обязана незамедлительно известить другую Сторону в форме, позволяющей объективно зафиксировать факт направления извещения одной Стороной и факт принятия такого извещения другой Стороной, о факте наступления указанных обстоятельств, предположительном сроке их действия, предоставить доказательства наступления указанных обстоятельств, а впоследствии незамедлительно в форме, определённой в настоящем пункте, известить другую Сторону об их прекращении.

1. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 6.1. При возникновении споров и разногласий, вытекающих из настоящего договора или в связи с ним, Стороны примут все усилия к урегулированию спора путём переговоров. Исполнитель после получения от Пациента претензии и необходимых документов, подтверждающих доводы претензии, осуществляет клиничко-экспертную оценку качества оказания медицинских услуг, при этом Исполнитель вправе привлекать к проведению оценки качества услуг специалистов, не являющихся сотрудниками Исполнителя. Пациенты направлением Исполнителю претензии в определённом настоящим пунктом порядке, дают согласие на предоставление медицинской документации, содержащей сведения о состоянии их здоровья, лицам, не являющимся сотрудниками Исполнителя, для целей клиничко-экспертного контроля; при этом предоставление медицинской документации указанным лицам в случае, предусмотренном настоящим пунктом, не является со стороны Исполнителя нарушением обязанности, предусмотренной в п. 2.1.11. настоящего договора.
- 6.2. При невозможности урегулирования спора путём переговоров Стороны передают спор на рассмотрение в суд с соблюдением правил о подведомственности и подсудности.
- 6.3. Настоящий договор составлен на русском языке в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Пациента. При подписании Договора Исполнитель вправе использовать факсимильное воспроизведение подписи с помощью средств механического или иного копирования, электронной подписи или иного аналога собственноручной подписи.
- 6.4. Все изменения и дополнения к настоящему договору вносятся в той же форме, что и сам договор, и вступают в силу с момента подписания их обеими Сторонами.
- 6.5. Неотъемлемыми Приложениями к настоящему договору с момента их подписания являются:
- Приложение 1: информированное добровольное согласие на криоконсервацию и хранение криоконсервированной спермы;
 - Приложение 2: заявление о продлении срока криохранения спермы;
 - Приложение 3: заявление о продлении срока криохранения спермы;
 - Приложение 4: заявление о прекращении криохранения спермы.

1. ПОДПИСИ И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

- 7.1. Адреса и реквизиты Сторон, указанные в настоящем разделе, являются надлежащими и достаточными для осуществления Сторонами извещений, уведомлений, направления претензий, заявлений, рекламаций, как предусмотренных, так и не предусмотренных настоящим договором.
- 7.2. Стороны обязуются незамедлительно уведомлять друг друга о любых изменениях в указанных ниже реквизитах.
- 7.3. Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-02-01-007925, выдана «21» сентября 2020 г. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией: по адресу: 450006, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Краснодонская, д. 3 при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу, анестезиологии и реаниматологии, операционному делу, лабораторной диагностике, сестринскому делу, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, терапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: организации здравоохранения и общественному здоровью, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий) и искусственного прерывания беременности) акушерству и гинекологии (использованию вспомогательных репродуктивных технологий), анестезиологии и реаниматологии, генетике, забору, криоконсервации и хранению половых клеток и тканей репродуктивных органов, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, медицинской генетике, организации здравоохранения и общественному здоровью, психотерапии, транспортировке половых клеток и (или) тканей репродуктивных органов, ультразвуковой диагностике, урологии, функциональной диагностике, эндокринологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (использованию вспомогательных репродуктивных технологий), анестезиологии и реаниматологии, забору, криоконсервации и хранению половых клеток и тканей репродуктивных органов, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, медицинской генетике, организации здравоохранения и общественному здоровью, психотерапии,

транспортировке половых клеток и (или) тканей репродуктивных органов, ультразвуковой диагностике, урологии, функциональной диагностике, эндокринологии; При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы(услуги): при проведении медицинских экспертиз по экспертизе временной нетрудоспособности.

Исполнитель

Общество с ограниченной ответственностью

«Клиника НЖС Уфа»

Место нахождения: Россия, Респ.Башкортостан, г.Уфа,

ул. Краснодонская, 3

тел/факс: 7(347)2662523, 88002222523

ОГРН: 1190280069979,

Свидетельство о государственной регистрации
юридического лица выдано 11 ноября 2019_г.

ИНН: 0274951103 КПП: 027401001;

Р/сч: 40702 810 2 29340 001920

в Филиал «Нижегородский» АО «Альфа-Банк»

к/сч 30101810200000000824

БИК: 042202824

Генеральный директор

Бикбулатов Ильдар Ридович

Пациент

Пациент:

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

паспорт _____
(серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего паспорт)

(адрес регистрации и адрес фактического проживания)

телефон () - - , () - -

Пожалуйста, внимательно ознакомьтесь с ниже представленной информацией, необходимой для предоставления Вам медицинских данных о состоянии Вашего здоровья – выписок, справок, дубликатов документов и пр.

Пациент предоставляет Исполнителю право сообщать информацию о состоянии здоровья Пациента следующим способом:

по электронной почте _____@_____.____,

_____ (_____) _____

подпись ФИО

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА КРИОКОНСЕРВАЦИЮ И ХРАНЕНИЕ КРИОКОНСЕРВИРОВАННОЙ СПЕРМЫ

(в соответствии со ст.ст. 20, 22 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ

«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Нижеуказанная информация предоставлена мне,

Пациенту _____, _____ г.р.

в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения России № 107н от 30.08.2012 г. «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» перед подписанием мной Договора возмездного оказания медицинских услуг для принятия мной осознанного и добровольного решения о получении медицинских услуг по криоконсервации и хранению криоконсервированной спермы. Подписанием настоящего информированного добровольного согласия я свидетельствую то, что Исполнителем услуги мне предоставлена информация, содержащаяся в Приказе Министерства здравоохранения России № 107н от 30.08.2012 г. «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» и приложениях к нему, а также следующая информация, влияющая на мой осознанный выбор:

Криоконсервация половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов (криоконсервация биоматериалов) - осуществляется медицинскими организациями, оказывающими первичную специализированную медико-санитарную помощь, специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, которые оснащены криохранилищами.

Показаниями для криоконсервации биоматериалов являются: необходимость хранения половых клеток, эмбрионов и/или тканей репродуктивных органов до начала проведения химиотерапии и/или лучевой терапии; необходимость хранения половых клеток, эмбрионов и/или тканей репродуктивных органов с целью дальнейшего использования при лечении бесплодия, в том числе в программах ВРТ; необходимость хранения донорских половых клеток для использования при лечении бесплодия, в том числе в программах ВРТ.

Криоконсервация и хранение половых клеток, эмбрионов и/или тканей репродуктивных органов может осуществляться по желанию пациента.

Выбор оптимального метода замораживания и размораживания половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов определяется индивидуально лечащим врачом.

Мне разъяснено, что сперма после криоконсервации и размораживания может быть непригодна для переноса или для оплодотворения; частота врождённых и наследственных заболеваний у детей, рождённых после применения методов вспомогательных репродуктивных технологий, не превышает частоту патологий в общей популяции; преодоление бесплодия с помощью вспомогательных репродуктивных технологий само по себе не повышает, но и не снижает риск врожденных заболеваний плода; до настоящего времени наука и медицинская практика не располагает достаточным количеством наблюдений для категоричного заключения об отсутствии каких-либо вредных последствий замораживания/размораживания половых клеток/эмбрионов для здоровья будущего ребенка.

Заявляю, что изложил врачу все известные мне данные о состоянии моего здоровья, наследственных, венерических, психических и других заболеваниях в моей семье.

Я подтверждаю, что внимательно прочитал и понял всю информацию о процедуре, предоставленную мне специалистами медицинской организации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях, а также о предполагаемых результатах. Я имел возможность обсудить с врачом все интересующие или непонятные мне вопросы в этой области. На все заданные вопросы я получил удовлетворившие меня ответы. Мое решение является свободным и представляет собой информированное добровольное согласие на проведение данной процедуры.

При подписании договора возмездного оказания медицинских услуг на криоконсервацию и хранение криоконсервированной спермы мне вышеуказанная информация разъяснена и понятна. Я осознаю и соглашусь с тем, что оказание медицинских услуг в рамках заключаемого с Исполнителем договора без подписания настоящего информированного добровольного согласия невозможно. Я предупрежден и согласен с тем, что в случае получения мной или моей супругой медицинских услуг, с использованием моего биологического материала, полученного и/или доставленного в клинику мной (моей супругой) самостоятельно или с привлечением сторонних транспортных или медицинских организаций, клиника не несет ответственности за качество и безопасность такого биоматериала, эффективность его применения, биологическую и иную принадлежность такого биоматериала мне, а также клиника не несет ответственности за качество забора, криоконсервации и транспортировки биоматериала. Я предупрежден и согласен с тем, что несу всю ответственность и все риски, связанные с правильностью и достоверностью заполнения всех сведений и подписей в настоящем информированном добровольном согласии, а также договорах, заявлениях и любых иных документах. Я получил полную информацию о данной услуге, принял решение получить медицинскую услугу и доверяю врачу принимать необходимые решения и выполнять необходимые медицинские действия в ходе оказания услуги с целью достижения наилучшего результата.

Фамилия, Имя, Отчество Пациента _____ / _____

Подпись

_____ (_____) _____

подпись Врача

«__» _____ 202__ г.

ЗАЯВЛЕНИЕ О КРИОКОНСЕРВАЦИИ И КРИОХРАНЕНИИ СПЕРМЫ

«__» _____ 202__ г.

Я, пациент _____,
«__» _____ 19__ года рождения, имеющий паспорт: серия _____ № _____, выдан
«__» _____ года, кем: _____,
проживающий по адресу: _____,

- прошу осуществить: криоконсервацию (замораживание);
 последующее криохранилище моего биоматериала

в ООО «Клиника НЖС Уфа» на срок и на условиях, определённых заключаемым между мною и ООО «Клиника НЖС Уфа» Договором возмездного оказания медицинских услуг по криоконсервации и криохранилищу спермы (далее – Договор).

Мне известно, что, в соответствии с п. 42 Приказа Минздрава России № 107н от 30 августа 2012 г. «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению», показаниями для криоконсервации биоматериала являются: необходимость хранения половых клеток, эмбрионов и/или тканей репродуктивных органов до начала проведения химиотерапии и/или лучевой терапии; необходимость хранения половых клеток, эмбрионов и/или тканей репродуктивных органов с целью дальнейшего использования при лечении бесплодия, в том числе в программах ВРТ; необходимость хранения донорских половых клеток для использования при лечении бесплодия, в том числе в программах ВРТ; желание пациента.

Мне известно, что после криоконсервации качественные характеристики биоматериала могут измениться.

Мне известно, что по истечении срока хранения, определённого Договором, мне необходимо распорядиться дальнейшей судьбой биоматериала, а именно: продлить срок действия Договора путём направления соответствующего заявления и произведения оплаты последующего периода криохранилища; прекратить хранение биоматериала путём направления соответствующего заявления о прекращении криохранилища; прекратить криохранилище биоматериала и использовать расконсервированный биоматериал путём направления соответствующего заявления о прекращении криохранилища биоматериала и использовании биоматериала в программах вспомогательных репродуктивных технологий.

Мне известно, что при непоступлении от меня по окончании срока действия Договора указанных заявлений, биоматериал может быть утилизирован без предварительного уведомления, но не ранее месяца после истечения определённого Договором срока хранения, при этом бремя контроля за сроком действия Договора с целью предупреждения утилизации хранящегося биоматериала возлагается на меня; при этом в любом случае биоматериал не будет использован для применения в донорских программах без моего разрешения.

1) **Настоящим я предоставляю право продления хранения биоматериала следующим лицам:**

- никому (реализация права на продление хранения осуществляется мною лично);
 моей супруге _____ по её письменному заявлению при предъявлении документа, удостоверяющего личность);
 моему доверенному лицу по его письменному заявлению при предъявлении им документа, удостоверяющего личность, и доверенности, включающей полномочия по совершению действий в отношении биоматериала.

2) **Настоящим я предоставляю право расконсервации и передачи биоматериала моей супруге _____ для использования его биоматериала в программах ВРТ по заявлению:**

- никому (реализация права на расконсервацию и получение биоматериала осуществляется мною лично);
 моей супруге _____ по её письменному заявлению при предъявлении документа, удостоверяющего личность).

3) **Настоящим я предоставляю право расконсервации биоматериала и прекращения его хранения в ООО «», путем его утилизации или транспортировки в другое медицинское учреждение следующим лицам:**

- никому (реализация права на расконсервацию и получение биоматериала осуществляется мною лично);
 моей супруге _____ по её письменному заявлению при предъявлении документа, удостоверяющего личность);
 моему доверенному лицу по его письменному заявлению при предъявлении им документа, удостоверяющего личность, и доверенности, включающей полномочия по совершению действий в отношении биоматериала.

4) **В случае моей смерти или утраты дееспособности:**

- прошу утилизировать мой биоматериал;
 предоставляю право распоряжаться моим биоматериалом, в том числе расконсервировать и использовать в программах ВРТ, передавать на хранение в другие ЛПУ, а также прекращать хранение биоматериала;
 моей супруге _____ по её письменному заявлению при предъявлении документа, удостоверяющего личность);
 моему доверенному лицу по его письменному заявлению при предъявлении им документа, удостоверяющего личность, и доверенности, включающей полномочия по совершению действий в отношении биоматериала.

Настоящим я обязуюсь извещать ООО «Клиника НЖС Уфа» обо всех изменениях своей семейной ситуации, имеющих правовое значение применительно к настоящему заявлению и заключенному Договору возмездного оказания медицинских услуг по криоконсервации и хранению криоконсервированной спермы.

Фамилия, Имя, Отчество Пациента _____ / _____

Подпись

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРОДЛЕНИИ СРОКА КРИОХРАНЕНИЯ СПЕРМЫ

«__» _____ 201__ г.

Я, гражданин _____,
«__» _____ 19__ года рождения, имеющий паспорт _____

(серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего паспорт)

адрес регистрации и адрес фактического проживания _____

на основании п. 4.3.1. Договора возмездного оказания медицинских услуг по криоконсервации и хранению криоконсервированной спермы (далее – Договор) прошу продлить криохранение моей спермы (далее – биоматериал) в ООО «Клиника НЖС Уфа» на срок:

- 1 месяц;
- 6 месяцев,
- иной срок _____

на условиях, определённых ранее заключённым Договором.

Иные условия криохранения, включая распоряжение биоматериалом, определены в моём Заявлении о криоконсервации и криохранении спермы, являющемся неотъемлемым Приложением № 1 к Договору.

Фамилия, Имя, Отчество _____

ЗАЯВЛЕНИЕ О РАСКОНСЕРВАЦИИ/ПРЕКРАЩЕНИИ КРИОХРАНЕНИЯ СПЕРМЫ

«__» _____ 201__ г.

Я, гражданин(-ка) _____,

«__» _____ 19__ года рождения, имеющий паспорт _____
(серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего паспорт)

проживающий по адресу: _____
адрес регистрации и адрес фактического проживания

на основании п.п. 4.3.2. - 4.3.3., 4.5. Договора возмездного оказания медицинских услуг по криоконсервации и хранению криоконсервированной спермы (далее – Договор) прошу:

1)

расконсервировать и применить мою сперму/сперму моего супруга _____ (далее – биоматериал) в программе лечения бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (конкретный вид лечения бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий определяется договором возмездного оказания медицинских услуг с использованием вспомогательных репродуктивных технологий и информированным добровольным согласием).

В отношении оставшейся части биоматериала, если таковой имеется после проведения процедур ВРТ, которая не была использована, прошу:

утилизировать указанный биоматериал;

продолжить хранение в соответствии с условиями заключенного договора на хранение и действующего прейскуранта ООО «Клиника НЖС Уфа». Порядок распоряжения оставшимся на хранении биоматериалом определяется на основании ранее поданного заявления на криоконсервацию и криохранение биоматериала.

2)

прекратить криохранение моего биоматериала в ООО «Клиника НЖС Уфа» и использовать его следующим способом:

утилизировать указанный биоматериал в полном объеме;

использовать его в донорских программах:

анонимного донорства;

персонифицированного донорства для пациентки _____

передать на хранение в клинику _____, путем выдачи для транспортировки:

мне лично;

моей супруге _____ по ее письменному заявлению;

представителю клиники _____;
 сотрудникам ООО «Клиника НЖС Уфа» для транспортировки в _____.

Фамилия, Имя, Отчество _____