

ДОГОВОР № _____
ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Чайковский _____

_____ г.

Медицинская организация Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пермского края «Чайковская центральная городская больница» именуемая в дальнейшем «**Исполнитель**», с одной стороны, и _____, именуемый (ая) в дальнейшем «**Заказчик**», с другой стороны, заключили настоящий Договор в пользу Бородулин Денис Юрьевич, именуемого (ой) в дальнейшем «**Потребитель**», о следующем.

1. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА

1.1. Сведения об Исполнителе:

1.1.1. Наименование и фирменное наименование (если имеется): Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пермского края «Чайковская центральная городская больница»;

1.1.2. Адрес места нахождения: 617760, Пермский край, г. Чайковский, ул. Ленина 34/2, тел. 8(34241)3-39-22;

1.1.3. Адрес (а) мест (а) оказания медицинских услуг: 617760, Пермский край, г. Чайковский, ул. Ленина 34/2, тел. 8(34241)3-39-22.

1.1.3.1. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществляющего государственную регистрацию: Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц серия 59 № 003844721, выдано ИФНС по г. Чайковскому Пермского края 21.12.2011г.

1.1.4. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа: Лицензия серия ЛО-59-01-003103, выдана 24.04.2015г. Министерством здравоохранения Пермского края, 614000, г. Пермь, ул. Ленина — 51, тел (342) 265-47-40.

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией содержится в соответствующей Лицензии Исполнителя, копия которой находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя.

1.2. Сведения о Потребителе:

1.2.1. Фамилия, имя и отчество, адрес места жительства и телефон _____

1.3. Сведения о Заказчике:

1.3.1. Фамилия, имя и отчество _____, адрес места жительства и телефон Заказчика (*заполняется, если Заказчик физическое лицо*): _____

1.3.2. Наименование и адрес места нахождения Заказчика (*заполняется, если Заказчик – юридическое лицо*): _____

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги, а Заказчик обязуется оплатить оказываемые услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

Предоставляемые в рамках настоящего Договора медицинские услуги являются разными, отделенными по времени и технологическим подходам друг от друга самостоятельными медицинскими услугами. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором, объем работ и услуг и сроки их оказания указываются (содержатся) в Дополнительном соглашении, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.2. При заключении Договора Заказчику (Потребителю) предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
- информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- другие сведения, относящиеся к предмету Договора.

3. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

3.1. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется, исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта, в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг.

Стоимость конкретных платных медицинских услуг, предоставляемых Потребителю, указывается (содержится) также в Дополнительном соглашении в случае его заключения.

3.2. Стороны согласны, что оплата конкретной медицинской услуги производится как до оказания услуги так и непосредственно в день оказания такой услуги, на основании Прейскуранта Исполнителя. Иной порядок и сроки оплаты могут быть предусмотрены в Дополнительном соглашении Сторон.

Заказчик (Потребитель) ознакомлен с Прейскурантом до подписания настоящего Договора.

3.3. Оплата осуществляется Заказчиком путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, либо иным, не запрещенным законом способом.

3.4. Исполнитель разъясняет, а Заказчик (Потребитель) понимает, что денежные средства, добровольно затраченные Заказчиком в рамках настоящего Договора, возврату через страховую компанию либо из других источников не подлежат, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

3.5. По требованию Заказчика (Потребителя) на предоставление платных медицинских услуг может быть составлена Смета, которая, в случае ее составления, становится неотъемлемой частью Договора.

4. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

4.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Потребителя (законного представителя Потребителя) и согласия Заказчика приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Заказчика.

4.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензиями на медицинскую деятельность, порядками, стандартами (в полном объеме порядков и стандартов, либо в объеме, превышающем соответствующий порядок и/или стандарт и/или в виде отдельных медицинских вмешательств – по соглашению сторон) и других документов, в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.3. Потребитель предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

4.4. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.5. Потребитель незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

4.6. Исполнителем после исполнения Договора выдаются Потребителю (законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг. Документом подтверждающим факт оказания услуги является настоящий договор.

4.7. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя).

4.8. Заказчик (Потребитель) дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Заказчика (Потребителя), в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

5.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента (Потребителя) в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.3. Заказчик несет ответственность за нарушение условий Договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.4. Потребитель несет ответственность за нарушение условий Договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, в соответствии с действующим законодательством РФ.

6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

6.2. В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика) о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ

7.1. Договор считается заключенным со дня его подписания и действует в течение 1 (одного) года.

7.2. В случае, если Заказчик и Потребитель (пациент) являются одним физическим лицом (совпадают), Договор составляется в 2 (двух) экземплярах. При этом все условия Договора, относящиеся как к Заказчику, так и к Потребителю (пациенту) – относятся к одному лицу – к Заказчику.

В случае, если Заказчик и Потребитель (пациент) являются разными лицами (не совпадают), Договор составляется в 3 (трех) экземплярах.

7.3. Договор составлен в двух экземплярах, по одному – для каждой из Сторон.

8. ПОДПИСИ СТОРОН

До заключения Договора Исполнитель уведомил в письменной форме Заказчика (Потребителя) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (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.

8.1. ПОТРЕБИТЕЛЬ (фамилия, имя и отчество, подпись): _____

8.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ (должность, фамилия, имя и отчество лица, заключающего Договор от имени Исполнителя): _____

8.3. ЗАКАЗЧИК (фамилия, имя, отчество (должность для юридического лица), подпись) _____

**ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № 1
К ДОГОВОРУ ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

№ _____ от _____ г.

г. Чайковский

_____ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пермского края «Чайковская центральная городская больница», именуемая в дальнейшем «**Исполнитель**», с одной стороны, и _____, именуемый (ая) в дальнейшем «**Заказчик**», с другой стороны, заключили настоящее Дополнительное соглашение к Договору в пользу _____, именуемого (ой) в дальнейшем «**Потребитель**», о следующем.

1. Исполнитель оказывает Потребителю следующие платные медицинские услуги на следующих условиях:

№	Перечень платных медицинских услуг	Объем работ и услуг	Сроки оказания	Стоимость
1				

2. Общая стоимость оказываемых по настоящему Дополнительному соглашению составляет _____ . Без НДС.

3. Порядок и сроки оплаты (указать «по Договору», либо прописать иной порядок и сроки): _____

4. Дополнительное соглашение составлено в двух экземплярах, по одному экземпляру для каждой из сторон, вступает в силу с момента подписания и действует до исполнения сторонами обязательств по нему в рамках срока действия Договора.

5. Дополнительное соглашение является неотъемлемой частью Договора.

6. Подписи сторон:

6.1. Исполнитель - _____

6.2. Потребитель (фамилия, имя, отчество, подпись): _____

6.3. Заказчик (фамилия, имя и отчество, должность (если Заказчик юридическое лицо), подпись): _____

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПО ДОГОВОРУ № _____ от _____ г.**
(диагностические исследования)

Я, _____, в соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю **информированное добровольное согласие на проведение диагностического исследования, т.е. на оказание мне / моему ребенку (нужное подчеркнуть) следующих медицинских услуг:** _____;

Я в полной мере проинформирован (а) о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях, результатах, возможных осложнениях данного диагностического исследования.

Я понимаю, что существует определенная степень риска возникновения следующих побочных эффектов и осложнений:

_____;

Я ознакомлен (а) со всеми требованиями и рекомендациями, которые обязуюсь соблюдать.

Я предупрежден (а), что несоблюдение требований и/или рекомендаций врача может повлечь за собой не достижение ожидаемого по окончании оказания медицинских услуг результата по вине пациента.

Получив полную информацию о предстоящем диагностическом исследовании, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно **согласаюсь** на диагностическое исследование.

Я осведомлен (а) о последствиях отказа от данного исследования и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время указанного исследования.

Запрета, либо противопоказаний для проведения диагностического исследования не имеется, за исключением: _____ (указать какие, если имеются исключения).

До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях, в т.ч. связанных с введением медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена.

Я согласен (а) на применение всех необходимых для проведения диагностического исследования препаратов за исключением: _____ (указать какие, если имеются исключения).

Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы.

Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей диагностического исследования в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что результат диагностического исследования во многом зависит от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех профессиональных рекомендаций, следования принципам здорового образа жизни.

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я разрешаю передать информацию о проведенном диагностическом исследовании следующим лицам:

Ф.И.О. ребенка достигшего/не достигшего (подчеркнуть) возраста 15-лет):

Фамилия, инициалы и подпись пациента (законного представителя):

Фамилия, инициалы и подпись врача (медицинского работника),

Дата:

*Примечание: В соответствии со ст. 20. Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» информированное добровольное согласие на диагностическое исследование подписывает **законный представитель** в отношении ребенка до 15-летнего возраста (в общей практике, т.е. за исключением наркологии, ВИЧ-инфекции и трансплантологии), а также в отношении недееспособного лица, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство.*

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____
(Ф.И.О. законного представителя полностью)

Адрес: _____, паспорт серия _____ номер выдан _____,

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку своих персональных данных и персональных данных моего ребенка.

Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пермского края «Чайковская центральная городская больница».

Юридический адрес: 617760, Пермский край, г. Чайковский, ул.Ленина 34\2, тел. 8(34241)3-39-22.

Цель обработки персональных данных: оказание медицинских услуг и осуществление иных, связанных с этим мероприятий.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача) в порядке, установленном законодательством РФ, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных), иные действия.

Общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных: внесение персональных данных в электронную базу данных, включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС), обмен (прием и передача) моими персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи.

Срок, в течение которого действует согласие: настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

Порядок отзыва согласия: отзыв согласия осуществляется путем подачи субъектом персональных данных соответствующего письменного заявления оператору, получившему согласие.

Дата _____

Подпись гражданина _____ / _____ /

Подпись оператора _____ / _____ /

Подпись ребенка, достигшего 15-летнего возраста: _____ / _____