

**ДОГОВОР Н
О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

г. Волгоград

"__" 2015 г.

Государственное учреждение здравоохранения «Детская клиническая поликлиника № 15», именуемое в дальнейшем - Исполнитель, в лице главного врача Павловой Ольги Владимировны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и _____,

(фамилия, имя, отчество)

именуемый в дальнейшем - Заказчик, с другой стороны, а вместе именуемые - Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. В соответствии с настоящим договором

Исполнитель предоставляет, а Заказчик оплачивает следующие медицинские услуги:

(наименование услуг в соответствии с утвержденным прейскурантом стоимости)

1.3. Непосредственно медицинское освидетельствование проходит лицо, в возрасте до 18 лет (далее Пациент) _____, (фамилия, имя, отчество, дата рождения Пациента)

в отношении которого Заказчик является законным представителем (опекуном).

1.4. Медицинская услуга(и) оказывается врачом: _____

(Ф.И.О., вторая, первая, высшая категория, ученая степень, звание - нужно указать)

1.5. Срок оказания медицинских услуг: _____

2. Обязанности Исполнителя

2.1. Уведомляет Заказчика, что данная медицинская услуга оказывается Пациенту на платной основе, т.е. за счет средств Заказчика, поскольку предоставляется:

1) на иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и (или) целевыми программами;

2) при оказании медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

3) гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию;

4) гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;

5) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (при выборе гражданином врача и медицинской организации в предусмотренном законом порядке).

2.2. Оформляет и предоставляет Заказчику на подпись информированное согласие на предоставление платных медицинских услуг (приложение N 1 к данному договору) и согласие на обработку персональных данных (приложение №3 к договору);

2.3. Несет ответственность в установленном законом порядке за обоснованность, качество, объем и порядок предоставления медицинской услуги.

2.4. Предоставляет медицинские услуги в порядке и в сроки, определенные заключенным договором.

2.5. В случае осуществления Заказчиком оплаты в кассу Исполнителя или через материально ответственное лицо, выдает Заказчику документ (бланк строгой отчетности или чек), подтверждающий оплату медицинских услуг.

2.6. Сохраняет врачебную тайну о факте и причине оказания медицинской помощи Пациенту.

2.7. Предоставляет медицинскую помощь за свой счет в случае возникновения осложнения в момент оказания платной медицинской помощи.

2.8. Создает условия для организации и проведения платных медицинских услуг.

3. Обязанности Заказчика

3.1. Сообщить лечащему врачу известную ему информацию о состоянии здоровья Пациента.

3.2. Произвести оплату за предоставленную(ые) медицинскую(ие) услугу(и).

3.3. Соблюдать предписанный лечебно-охранительный режим, правила внутреннего распорядка лечебного учреждения.

3.4. Своевременно в устной или письменной форме уведомить Исполнителя о наличии уважительной причины (болезни) для переноса сроков выполнения услуг с последующим представлением подтверждающих документов.

4. Права Исполнителя и Заказчика

4.1. Заказчик, при оказании медицинской помощи Пациенту имеет право:

- на выбор лечащего врача;
- на предоставление информации о медицинской услуге.

При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам исполнения услуг:

- назначить новый срок оказания услуги;
- потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;
- потребовать исполнения услуги другим специалистом;
- расторгнуть договор и потребовать возмещения убытков.

При несоблюдении Исполнителем обязательств по качеству исполнения услуг потребовать устранения недостатков в соответствии с Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей".

4.2. Исполнитель имеет право отказать:

- в предоставлении платной медицинской услуги при состояниях наркотического или алкогольного опьянения у Заказчика либо Пациента;

- в предоставлении платной медицинской услуги при отсутствии медицинских показаний и риске нанесения вреда здоровью Пациента;
 - в возврате денежных средств при не предоставлении или предоставлении некачественной платной медицинской услуги, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы или иных обстоятельств, предусмотренных законом;
 - в возврате денежных средств в связи с необоснованностью жалобы (по решению комиссии по разрешению конфликтов и споров, возникших при предоставлении платных медицинских услуг).
- В случае возникновения неотложных состояний, угрожающих здоровью Пациента, Исполнитель имеет право самостоятельно определять объемы исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе не предусмотренной договором, которые дополнительно не оплачиваются.

5. Оплата услуг

5.1. Стоимость предоставляемых медицинских услуг устанавливается на основании прейскуранта стоимости платных медицинских услуг (тарифов), утвержденных главным врачом ГУЗ «ДКП № 15», и составляется:

5.2. Оплата производится на условиях 100 % предоплаты на лицевой счет Исполнителя, открытый в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Исполнителя, или через материально ответственных лиц, с которыми заключены договоры по принятию платы за медицинские услуги (нужное подчеркнуть), с предъявлением Исполнителю документа, подтверждающего произведенную оплату.

В случае возникновения необходимости в дополнительных объемах услуг окончательный расчет производится по фактически предоставленным объемам услуг на основании дополнительного письменного соглашения к настоящему договору.

5.3. Стоимость услуги может быть изменена в соответствии с утвержденным прейскурантом (тарифами). Изменение стоимости услуги оформляется дополнительным соглашением к настоящему договору.

6. Ответственность Сторон

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Исполнитель и Заказчик несут ответственность, предусмотренную настоящим договором и действующим законодательством РФ.

6.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения Заказчиком своих обязанностей в соответствии с разделом 3 или по другим основаниям, предусмотренным законодательством.

6.3. Заказчик обязан полностью возместить медицинскому учреждению понесенные убытки, если оно не смогло оказать услугу или было вынуждено прекратить ее оказание по вине Заказчика.

6.4. Претензии и споры, возникающие между Заказчиком и Исполнителем, разрешаются по соглашению Сторон с возможным привлечением независимых экспертов или в судебном порядке в соответствии с законодательством РФ.

7. Срок действия договора и другие условия

7.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

7.2. Настоящий договор считается полностью исполненным только после подписания Сторонами Акта о предоставлении платных медицинских услуг (приложение № 2 к данному договору).

7.3. Изменения и дополнения в настоящий договор могут быть внесены в письменной форме по соглашению Сторон.

7.4. Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон, имеющих равную юридическую силу.

7.5. По соглашению Сторон допускается использование факсимильного воспроизведения подписи.

9. Реквизиты и подписи Сторон

Исполнитель:

государственное учреждение здравоохранения
«Детская клиническая поликлиника № 15»
ИНН 3444027850 КПП 344401001 ОГРН
1023403453545
Юр. Адрес: г. Волгоград. 400005, проспект им. В.И.
Ленина, д. 30
Платильщик (получатель платежа):
УФК по Волгоградской области (ГУЗ «ДКП № 15», л/
счет 20296Щ22570)
р/счет 40601810700001000002 в Отделении по
Волгоградской области Южного главного управления ЦБ
РФ
БИК 041806001
Тел. (8442) 23-69-39 , (8442) 23-21-40

Заказчик:

(Ф.И.О.)

(паспортные данные)

Главный
врач _____ О.В. Павлова

(Ф.И.О. Заказчика, подпись,
расшифровка подписи)

М.П

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
ПАЦИЕНТА НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

я, _____,
(Ф.И.О. Заказчика)
законный представитель _____ (указать: отец, мать, опекун и т.д.) Пациента:

(Ф.И.О. Пациента)

амбулаторная карта Пациента N _____, в рамках договора о предоставлении платных медицинских услуг, желаю поручить ГУЗ «ДКП № 15» оказание медицинских услуг в Пациенту.

При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я получил(а) от сотрудников учреждения здравоохранения полную информацию о возможности и условиях предоставления Пациенту бесплатных медицинских услуг в данном учреждении в рамках программы государственных гарантий получения бесплатной медицинской помощи и даю свое согласие на предоставление мне платных медицинских услуг.

2. Мне разъяснено, что я Пациент может получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько или целый комплекс платных медицинских услуг.

3. Мне разъяснено, и я полностью осознаю, что проводимое Пациенту лечение не гарантирует 100% результат и что как при предоставлении медицинских услуг, так и после их предоставления возможны различные осложнения, обусловленные индивидуальными биологическими особенностями организма.

4. Я полностью согласен(на) с тем, что используемая при лечении Пациента технология не может на 100% исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных индивидуальными биологическими особенностями организма, и в том случае, если предоставленная медицинская услуга была осуществлена с учетом всех необходимых требований, учреждение здравоохранения не несет ответственности за их возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) обеспечить исполнение Пациентом все назначения, рекомендации и советы врачей учреждения здравоохранения.

6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения, и по согласованию с врачом были выбраны следующие виды медицинских услуг, которые должны быть получены Пациентом и мной оплачены:
медицинское освидетельствование на наличие инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа иностранным гражданам и лицам без гражданства в выдаче либо аннулировании разрешения на временное проживание, или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации

7. Я ознакомлен(а) с действующим в учреждении здравоохранения прейскурантом цен на платные медицинские услуги и согласен(на) оплатить стоимость медицинской(их) услуг(и) в соответствии с ним.

8. Виды выбранных мною и согласованных с врачом платных медицинских услуг я согласен(на) оплатить в кассу учреждения здравоохранения либо безналичным перечислением на лицевой счет учреждения в сумме _____ (_____) руб.

9. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у Пациента заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных заведениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанных(ой) медицинских(ой) услуг(и) в данном учреждении здравоохранения.

10. Настоящее информированное согласие мной внимательно прочитано, претензий и замечаний к данному мною информированному согласию не имеется, в связи с чем я даю согласие на проведение вышеуказанных медицинских услуг.

11. Специалист, оказывающий платную медицинскую услугу, _____

(Ф.И.О., вторая, первая, высшая категория, ученая степень, звание – нужное подчеркнуть)

Исполнитель:

государственное учреждение здравоохранения
«Детская клиническая поликлиника № 15»

ИНН 3444027850 КПП 344401001 ОГРН
1023403453545

Юр. Адрес: г. Волгоград. 400005, проспект им. В.И. Ленина, д. 30

Плательщик (получатель платежа):

УФК по Волгоградской области (ГУЗ «ДКП № 15», л/
счет 20296Щ22570)
р/счет 4060181070000100002 в Отделении по
Волгоградской области Южного главного управления ЦБ
РФ
БИК 041806001
Тел. (8442) 23-69-39, (8442) 23-21-40

Заказчик:

(Ф.И.О.)

(паспортные данные)

Главный

врач _____

О.В. Павлова

М.П

(Ф.И.О. Заказчика, подпись, расшифровка)

АКТ N _____
о выполнении Договора N _____ от "___" ____ 2014 г.
о предоставлении платных медицинских услуг

г. Волгоград

"___" ____ 2008 г.

Государственное учреждение здравоохранения «Детская клиническая поликлиника № 15», именуемое в дальнейшем - Исполнитель, в лице главного врача Павловой Ольги Владимировны действующего на основании Устава, с одной стороны, и

(Ф.И.О. Заказчика)

именуемый в дальнейшем - Заказчик, с другой стороны, составили настоящий акт о нижеследующем:

На основании заключенного между Исполнителем и Заказчиком Договора о предоставлении Пациенту: _____ платных медицинских услуг N _____ от "___" ____ 2015 г.

Исполнитель принял обязательство предоставить следующие услуги:

медицинское освидетельствование на наличие инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа иностранным гражданам и лицам без гражданства в выдаче либо аннулировании разрешения на временное проживание, или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации

(наименование платных медицинских услуг)

В результате проверки выполнения обязательств по Договору о предоставлении платных медицинских услуг обнаружено следующее:

Таким образом, Исполнитель обязательства по Договору исполнил (не исполнил) надлежащим образом.

Подписи сторон:

Исполнитель:

Заказчик:

О.В. Павлова
(подпись) (расшифровка подписи)

(подпись) (расшифровка подписи)

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____ проживающий(ая) по адресу _____, основной документ, удостоверяющий личность _____, даю свое согласие государственному учреждению здравоохранения «Детская клиническая поликлиника № 15», (далее по тексту - «Оператор») расположенному по адресу: 400005, г. Волгоград, пр-кт им. В.И. Ленина, 30, на обработку персональных данных: своих и Пациента _____ (указать Ф.И.О. Пациента), включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, паспортные данные, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. Обработка персональных данных включает в себя сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными и персональными данными Пациента, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать указанные персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) персональными данными с медицинскими организациями, органам исполнительной власти, государственным структурам, а так же в порядке, установленном действующим законодательством с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (пять лет - для поликлиники).

Мне разъяснен порядок принятия решения на основании автоматизированной обработки персональных данных, возможные юридические последствия такого решения и порядок защиты моих прав и законных интересов.

Передача персональных данных (моих и пациента) иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной «___» ____ 20 ___ г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись субъекта персональных данных _____ / _____/
(подпись) (расшифровка подписи)