

ДОГОВОР №

на оказание платных медицинских услуг

г.Бузулук

« _____ » _____ 201 г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Бузулукский противотуберкулезный диспансер» (ГБУЗ «БПТД»), зарегистрированное инспекцией ФНС № 3 по Оренбургской области за основным государственным регистрационным номером 1055603002850 в Едином государственном реестре юридических лиц, именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, в лице главного врача Сидорова Николая Александровича, действующего на основании Устава, Лицензии № ЛО-56-01-001780 от 13.07.2016 г. на осуществление медицинской деятельности: оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по бактериологии, лабораторной диагностике, медицинской статистике, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, физиотерапии, функциональной диагностике; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по бактериологии, клинической лабораторной диагностике; организации здравоохранения и общественному здоровью, рентгенологии, управлению сестринской деятельностью, фтизиатрии, функциональной диагностике, при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: бактериологии, диетологии, клинической лабораторной диагностике, медицинской статистике, организации здравоохранения и общественному здоровью, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, управлению сестринской деятельностью, физиотерапии, фтизиатрии, функциональной диагностике, медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым), экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности, выданной Министерством здравоохранения Оренбургской области (г.Оренбург, ул.Терешковой, д.33, телефон 77-35-44), с одной стороны и гражданин (ка) _____, именуемый в дальнейшем **Потребитель**, с другой стороны, вместе именуемые Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1. Настоящий Договор определяет порядок и условия оказания платных медицинских услуг. Потребитель поручает, а Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги.
- 1.2. Наименование услуги: **первичный прием врача фтизиатра (далее-Услуги).**

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель предоставляет по требованию Потребителя:

- копию учредительного документа медицинского учреждения;
- копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией;
- 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.

2.2. Исполнитель обязан:

- оказать Потребителю квалифицированную, качественную медицинскую помощь в установленный Договором срок;
- оказывать только те платные медицинские услуги, которые предусмотрены лицензией и Перечнем медицинских услуг.

2.3. Исполнитель имеет право:

- в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза и оказания медицинской помощи, в том числе не предусмотренных Договором.

2.4. Потребитель обязан:

- предоставить точную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья. Информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях известных ему аллергических реакциях противопоказаниях;
- строго выполнять медицинские предписания;
- соблюдать лечебно-охранительный режим;
- своевременно производить необходимые финансово-экономические расчеты с лечебным учреждением.

Потребитель имеет право:

- на предоставление полной и достоверной информации о медицинской услуге;
- ознакомиться с документами подтверждающими специальную правоспособность лечебного учреждения и его специалистов на оказание платной медицинской услуги;
- на возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания медицинской услуги;
- отказаться от получения медицинской услуги и получить обратно сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуги.

2.5. С учетом технологии выполнения медицинской услуги Потребитель должен знать и осознавать вероятность (но не обязательность) побочных эффектов медицинского вмешательства и осложнений, что может причинить вред здоровью Потребителя.

2.6. Исполнитель не несет ответственности за наступление осложнений, если медицинская услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований и осложнения возникли и связи с тем, что побочные эффекты и осложнения возникают вследствие биологических особенностей организма и используемая Технология оказания платной медицинской услуги не может полностью исключить их вероятность;

2.7. Исполнитель устраняет побочные эффекты и осложнения, которые потребовали оказания неотложной медицинской помощи, без дополнительной оплаты.

3. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ.

3.1. Основанием для оказания платных медицинских услуг является добровольное волеизъявление Потребителя (законного представителя Потребителя) при условии предоставления в доступной форме необходимой информации о возможности получения медицинской помощи бесплатно в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. В случае ненадлежащего оказания медицинской услуги и не соблюдения Исполнителем обязательств по срокам исполнения услуг Потребитель вправе по своему выбору потребовать :

- безвозмездного устранения недостатков оказания услуги;
- потребовать исполнения услуги другим специалистом;
- назначить новый срок оказания услуги.

4.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения Потребителем своих обязанностей или по другим основаниям, предусмотренным законодательством;

4.3. Потребитель обязан полностью возместить медицинскому учреждению понесенные убытки, если оно не смогло оказать услугу или было вынуждено прекратить оказание по вине Потребителя.

5. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ.

5.1. Расчеты между сторонами осуществляются предварительно 100 % оплатой.

5.2. Общая стоимость медицинских услуг, предоставляемых Потребителю, составляет _____ (_____) 00 коп.

5.3. Оплата медицинской услуги производится согласно действующего прейскуранта наличными в кассу предприятия, либо безналичным перечислением на расчетный счет Исполнителя.

5.4. При возникновении необходимости выполнения дополнительных услуг, не предусмотренных договором, они выполняются с согласия Потребителя с оплатой по утвержденному Прейскуранту;

5.5. Исполнитель обязан выдать Потребителю бланк- квитанцию строгой отчетности установленного образца.

6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

6.1. Стороны берут взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего Договора, а также обязуются принимать все необходимые меры, чтобы избежать даже частичного нарушения конфиденциальности;

6.2. Стороны несут ответственность за последствия, вызванные нарушением обязательств по конфиденциальности, независимо от того, было ли это совершено преднамеренно или случайно;

6.3. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанное по настоящему договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой стороны. Те же действия, осуществляемые в отношении сведений, составляющих врачебную тайну, возможны исключительно в случаях, регламентированных действующим законодательством.

7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

7.1. Условия настоящего Договора могут быть изменены по письменному соглашению Сторон.

7.2. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон или по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

8.1. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

9. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

9.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, стороны будут по возможности решать путем ведения переговоров. При невозможности достижения согласия спор подлежит передаче на рассмотрение суда в соответствии с законодательством РФ.

9.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и завершается получением Заказчиком Услуги (подтверждением получения Заказчиком Услуги является заключение по результатам диагностического обследования или выписка из истории болезни).

9.3. Настоящий Договор может быть изменен на основании письменного соглашения сторон.

9.4. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

9.5. Приложения к настоящему Договору:

- Приложение №1 Согласие Потребителя на обработку персональных данных в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

- Приложение №2 Информированное добровольное согласие на предоставление медицинских услуг на платной основе Потребитель настоящим подтверждает, что до заключения Договора уведомлен 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:



9.6. Телефоны контролирующих органов:

9.6.1. Министерство здравоохранения Оренбургской области

Факс: (3532) 37-54-76

9.6.2. ГБУЗ "Медицинский информационно-аналитический центр"

Телефон: (3532) 44-89-32

9.6.3. Министерство труда и занятости населения Оренбургской области

Тел./факс (приемная): (3532) 77-00-48

9.6.4. Министерство финансов Оренбургской области

Телефон справочной службы: (3532) 78-60-13

9.6.5. Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Оренбургской области

Телефон приемной: (3532) 33-37-98

10. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель:

Государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
«Бузулукский противотуберкулезный диспансер»

Адрес:

461048, РФ, Оренбургская область

г. Бузулук, ул. Ветеринарная, дом 153

ОГРН 1055603002850

ИНН 5603015126

КПП 560301001

Министерство финансов Оренбургской области

Р/с 4060181070003000001

(ГБУЗ «Бузулукский противотуберкулезный
диспансер», л/счет 039110670)

в Отделении Оренбург

г.Оренбург

БИК 045354001

Телефон: 8 (35342) 5-35-96

_____ Н.А.Сидоров

Потребитель:

Ф.И.О. _____

Паспорт серия № _____

выдан _____

зарегистр. _____

(подпись)

Согласие

на обработку персональных данных

Я, _____, в рамках Договора № _____ от _____ 201 г., в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 года М152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в ГБУЗ «БПТД» (далее — Исполнитель) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактные телефоны, реквизиты полиса ОМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего 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.

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

Предоставляю Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять конфиденциальность, целостность и доступность в соответствии с федеральным законодательством о защите персональных данных.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара) и пять лет (для поликлиники).

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

Настоящее согласие дано мной с момента подписания данного Договора и действует на время действия Договора.

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

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

Подпись: _____ / _____ /

Приложение № 2

Информированное добровольное согласие

на предоставление медицинских услуг на платной основе

г. Бузулук "___" _____ 201 г.

Я, пациент _____, желаю получить платные медицинские услуги в ГБУЗ «БПТД», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее.

1. Я, получив от сотрудников полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.

2. Решение об отказе получения диагностики и лечения моего заболевания в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи принято в связи с тем, что услуги оказываются:

а) на иных условиях, чем предусмотрено программами получения бесплатной медицинской помощи, включая в том числе:

- установление индивидуального поста медицинского наблюдения при лечении в условиях стационара;

- применение лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, если их назначение и применение не обусловлено жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень, а также применение медицинских изделий, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, не предусмотренных стандартами медицинской помощи;

- в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, установленного для моего заболевания.

б) при предоставлении медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

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

г) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных ст. 21 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», и случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в неотложной или экстренной форме.

3. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

4. Я осознаю и понимаю, что несоблюдение мною указаний (рекомендаций) 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 моем состоянии здоровья.

5. Я ознакомлен (-на) с действующим в учреждении прейскурантом цен и согласен (-на) заключить договор оказания платных медицинских услуг.

6. Я ознакомлен (-на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною понятны.

Настоящее согласие подписано пациентом на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы.

_____ (_____)

(подпись) (Ф.И.О.)

Информацию до пациента довел:

Врач-фтизиатр уч.

(должность, ФИО)