

образец

Договор № 00000 на оказание платных медицинских услуг

г. Стерлитамак

- -20-г.

Несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, представляющего 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.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Городская клиническая больница № 1 города Стерлитамак (далее – ГБУЗ РБ ГК № 1 г. Стерлитамак), юридический адрес: 453120, РБ, г. Стерлитамак, ул. Коммунистическая, 97, (Лицензия № ЛО41-01170-02 от 10 апреля 2020 года на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») выдана 10 апреля 2020 г. Министерством здравоохранения Республики Башкортостан (адрес: РБ, г. Уфа, ул. Тукаева, 23, тел. 8 (347) 218-00-90): в лице главного врача Яппарова Ильшата Иншаровича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

гражданин (ка) _____, г.р., паспорт серии _____ № _____ выдан отделом _____ дата выдачи _____ года, код подразделения _____,

зарегистрированной по адресу: _____,

тел.: _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны.

Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в помещении ГБУЗ РБ ГК № 1 г. Стерлитамак по адресам: РБ, г. Стерлитамак, ул. Коммунистическая, дом 97; РБ, г. Стерлитамак, ул. Коммунистическая, дом 91; РБ, г. Стерлитамак, ул. Коммунистическая, дом 93; РБ, г. Стерлитамак, ул. Коммунистическая, дом 24; РБ, г. Стерлитамак, Проспект Ленина, дом 30-г; РБ, г. Стерлитамак, ул. Голикова, дом 28 а; РБ, г. Стерлитамак, ул. Артема, 121; г. Стерлитамак, ул. Железнодорожная, 32а, г. Стерлитамак, ул. Халтурина, 103, г. Стерлитамак, ул. Патриотическая, 59

1. Предмет договора, объем услуг, срок исполнения, цена.

- 1.1. Исполнитель оказывает на возмездной основе Потребителю медицинские услуги (далее – Услуги), согласно Акту выполненных работ
- 1.2. Срок оказания медицинской услуги – до 15 рабочих дней.

2. Порядок оплаты.

- 2.1. Оплата услуг осуществляется Потребителем в порядке 100% предоплаты до получения Услуги путем оплаты наличных или безналичных денежных средств в соответствии с законодательством РФ.
- 2.2. Стоимость услуг устанавливается согласно действующим на момент физического оказания услуги прейскурантом.
- 2.3. Цена медицинских услуг может быть увеличена в связи с продлением срока лечения, увеличением фактических затрат на лечение, проведением дополнительных диагностических, лечебных мероприятий и в силу других обстоятельств. В этом случае оформляется дополнительное соглашение к настоящему Договору и Потребитель производит доплату. При невыполнении или уменьшении объема оказанных медицинских услуг Исполнитель в 15-дневный срок возвращает Потребителю соответственно оплаченную сумму, или разницу между оплаченной суммой и стоимостью оказанных услуг.

3. Права и обязанности сторон.

Исполнитель обязан:

- 3.1. Оказать услугу в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации и соответствию с требованиями настоящего договора;
- 3.2. Незамедлительно информировать Потребителя о нецелесообразности продолжения услуг.
- 3.3. В случае возникновения неотложных ситуаций самостоятельно определять объем исследований и оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной настоящим договором;
- 3.4. Обеспечить Потребителя необходимой достоверной информацией об оказываемых услугах, а также о результатах лечения и возможных осложнениях по требованию Потребителя.

Потребитель обязан:

- 3.5. Оплатить получаемую услугу, внимательно ознакомившись с информацией, касающейся получения услуги согласно настоящему договору.
 - 3.6. Выполнять требования, обеспечивающие качественное оказание медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого достоверных сведений (о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях и др.), точно выполнять назначения назначения лечащих врачей, соблюдать режим работы Исполнителя;
 - 3.7. Соблюдать правила внутреннего распорядка Исполнителя, выполнять все требования и назначения медицинского персонала.
- Потребитель в соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждает, что дает свое согласие персоналу ГБУЗ РБ ГК № 1 г. Стерлитамак, находящегося по адресу: г. Стерлитамак, ул. Коммунистическая, дом 97, на обработку своих (представляемого) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, паспортные данные (иного документа, удостоверяющего личность); данные о страховом свидетельстве государственного пенсионного страхования (при наличии); ИНН (при наличии); реквизиты полиса (при наличии) ОМС (ДМС), данные о месте работы, профессии, должности, социальном статусе, данные о состоянии своего (представляемого) здоровья; иные персональные данные в медико – профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг. В процессе оказания медицинской помощи пациент предоставляет право медицинским работникам передавать свои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам в интересах своего обследования и лечения. Срок хранения указанных персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинская карта).

3.8. С п.п. 3.5-3.7. ознакомлен(а) и даю согласие: Иванов Иван Иванович _____ подпись Потребителя

Потребитель имеет право:

- 3.9. Требовать предоставления полной и достоверной информации об оказываемых медицинских услугах.
- 3.10. Получать бесплатную медицинскую помощь на бесплатной основе по месту жительства (если медицинская организация входит в программу государственных гарантий).
- 3.11. Отказаться от получения услуги и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуги.
- 3.12. Подписанное настоящего договора, Потребитель подтверждает информирование и согласие на использование факсимиле подписи главного врача при его оформлении заключения. По требованию Потребителя или иных уполномоченных лиц договор, подписанный с использованием факсимиле, подлежит замене на документ, подписанный собственноручно, в течение 5 рабочих дней с момента предъявления письменного требования.

4. Ответственность сторон.

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. В случае ненадлежащего оказания медицинской услуги Потребитель вправе по своему выбору требовать: безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги; соответствующего уменьшения цены оказанной услуги; возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков услуги в других медицинских учреждениях.

5. Конфиденциальность

- 6.1. «Стороны» обязаны сохранять конфиденциальность о информации, полученной в ходе исполнения настоящего Договора.
- 6.2. Передача конфиденциальной информации третьим лицам, опубликование или иное разглашение информации может осуществляться только с письменного согласия сторон, исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

6. Прочие условия.

- 6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до полного исполнения сторонами обязательств по настоящему договору.
- 6.2. Подтверждением получения Услуги в период действия договора является выдача Акта о выполненных работах (услугах) и, в зависимости от оказанных услуг-заключены протоколов, результатов диагностических обследований и т.д.
- 6.3. Претензии по связанные с недостатками выполненной работы (оказанной услуги), могут быть предъявлены при принятии выполненной работы (оказанной услуги) или в ис исполнении работы (оказания услуги) либо, если невозможно обнаружить недостатки при принятии выполненной работы (оказанной услуги), в течение сроков, установленных законодательством РФ.
- 7.4. Гарантийный срок выполненной работы (оказанной услуги) 30 дней.
- 7.5. В случае не урегулирования спора в претензионном порядке, споры и разногласия решаются в судебном порядке в соответствии с Законом РФ «О защите прав потребителей».

7. Реквизиты и подписи сторон.

Исполнитель
ГБУЗ РБ ГК № 1 г. Стерлитамак
453120, г. Стерлитамак, ул. Коммунистическая, 97
ИНН 0268025810 КПП 026801001
Министерство финансов
Республика Башкортостан ГБУЗ РБ ГК № 1
л/с 20112040830
Р/с: 4060181040003000001
Отделение- НБ Республика Башкортостан г. Уфа
БИК: 048073001
КБК: 30201020028540000130
Главный врач
ГБУЗ РБ ГК № 1 г. Стерлитамак

И.И. Яппаров

Потребитель Иванов Иван Иванович
Паспорт (серия, номер) 1111 11111 выдан УВД
Адрес _____

Потребитель

(Ф.И.О., подпись)

» _____ 2020 г.

**Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг.
Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств**

Иванов Иван Иванович

в рамках договора на оказание платных медицинских услуг, желаю получить медицинские услуги в ГБУЗ РБ ГКБ № 1 г. Стерлитамак при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я даю согласие на оказание платных медицинских услуг и прочих платных услуг.
2. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом, и я даю свое согласие на их оплату.
3. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
4. Я (Ф.И.О.) Иванов Иван Иванович ознакомлен(а) с возможностью получения бесплатной медицинской помощи согласно перечню программы.
5. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в ГБУЗ РБ ГКБ № 1 г. Стерлитамак.
6. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом цен и согласен оплатить стоимость указанной медицинской услуги и прочие платные услуги в соответствии с ним.
7. Я уведомлен(а), что в случае невозможности выполнения оплаченной услуги, ГБУЗ РБ ГКБ № 1 г. Стерлитамак обязуется вернуть деньги за оплаченную услугу.
8. Настоящее согласие мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.
9. Настоящее согласие мною прочитано, я даю согласие на применение выбранных мною видов медицинских услуг (вмешательств).
10. Даю согласие на обработку моих персональных данных.

Потребитель Иванов Иван Иванович

Ф.И.О.

(подпись)

**АКТ о выполненных работах (услугах)
к договору на оказание платных медицинских услуг**

№ _____ от _____

и, подписавшиеся, ГБУЗ РБ ГКБ № 1 г. Стерлитамак, именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице главного врача Яппарова Ильшата Иншаровича, и Потребитель _____, составили настоящий акт о том, что Исполнитель выполнил, а Потребитель принял следующий

список медицинских услуг:

Наименование услуги (коды услуг)*	Количество	Цена	Общая сумма
Итого:			

Общая сумма за выполненные работы составила _____.

Работы (услуги) оказаны полностью, оплата Потребителем произведена. Стороны по договору претензий друг к другу не имеют

Исполнитель
Главный врач
ГБУЗ РБ ГКБ № 1 г. Стерлитамак

И.И. Яппаров

Потребитель

(Ф.И.О.)

Подпись