

ОБРАЗЕЦ

ДОГОВОР № _____ о предоставлении платных медицинских услуг (амбулаторных)

г.о. Самара

_____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Самарской области «Самарская городская клиническая больница № 1 имени Н.И.Пирогова» (далее - учреждение), действующее на основании свидетельства о внесении сведений в ЕГРЮЛ №005611259 от 29.12.2012, выданного ИФНС России по Октябрьскому району г.Самара и лицензии на осуществление медицинской деятельности N ЛО-63-01-004490 от 18.01.2018, выданной министерством здравоохранения Самарской области, адрес: 443020, г.Самара, ул.Ленинская, 73, тел.:332-93-09, с полным перечнем медицинских работ (услуг) можно ознакомиться на официальном сайте больницы: www.samara-pirogova.ru, именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице заместителя главного врача по клинической и экспертной работе Светланы Николаевны Подоба, действующего на основании доверенности № 42 от 20.08.2018г., с одной стороны, и

и _____
(Ф.И.О.физического лица, адрес места жительства, телефон)
именуем ___ в дальнейшем "Потребитель", с третьей стороны заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. В соответствии с настоящим договором Исполнитель обязуется оказать медицинские услуги, а Потребитель (Заказчик) обязуется оплатить оказываемые услуги в порядке, установленном настоящим договором.

1.2. По настоящему договору Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Заказчику) следующие медицинские услуги: в период с _____ г. по _____ г.

П.П

1.3. Потребитель (Заказчик) при подписании настоящего договора проинформирован в письменной форме 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; ознакомлен с перечнем предоставляемых услуг, стоимостью и условиями их предоставления.

1.4. Потребитель (Заказчик) при подписании настоящего договора своей волей и в своем интересе подтверждает согласие на обработку учреждением его персональных данных. При этом Потребитель (Заказчик) проинформирован о том, что обработка персональных данных: в соответствии с требованиями ст.ст. 23, 24 Конституции РФ, статья 9 Федерального закона от 27.07.06 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» осуществляется в следующих целях: в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, оформления договорных отношений с пациентом при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну в соответствии с законодательством Российской Федерации в области персональных данных.

В перечень персональных данных, на обработку которых Потребителем (Заказчиком) дано согласие входят:

фамилия, имя, отчество; паспортные данные; дата и место рождения; пол; адрес места жительства (по паспорту, фактический); контактный номер телефона; семейное, социальное положение; место работы (учебы); сведения о состоянии здоровья (в т.ч. группа здоровья, группа инвалидности и степень ограничения к трудовой деятельности, состояние диспансерного учета, зарегистрированные диагнозы); сведения об оказанных медицинских услугах (в т.ч. о проведенных лабораторных анализах и исследованиях и их результатах, выполненных оперативных вмешательствах, случаях стационарного лечения и их результатах); сведения, содержащиеся в полисе медицинского страхования.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых Потребителем (Заказчиком) дается согласие составляют: обработка персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Если распространение (в том числе передача) информации о персональных данных производится в не предусмотренных Федеральным законодательством случаях обязательного предоставления субъектом персональных данных своих персональных данных, оператор обязан запросить письменное согласие пациента в каждом отдельном случае.

Способы обработки персональных данных: на бумажных носителях; в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом; при участии и при непосредственном участии человека.

Срок, в течение которого действует согласие: до достижения цели обработки персональных данных или до момента утраты необходимости в их достижении, если иное не предусмотрено Федеральным законодательством.

Потребитель (Заказчик) проинформирован о том, что согласие на обработку его персональных данных может быть отозвано им путем подачи в учреждение письменного заявления об отзыве согласия.

1.5. Потребитель (Заказчик) при подписании настоящего договора уведомлен в письменной форме о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, представляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать качественную медицинскую услугу с соблюдением порядков оказания медицинской помощи, с учетом объемов стандарта качества медицинской помощи, утвержденных в установленном порядке, а также нормативно-правовыми актами, действующими в системе здравоохранения.

2.1.2. Обеспечить Потребителя (Заказчика) бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о месте нахождения Исполнителя, квалификации и сертификации специалистов, режиме работы, перечне платных услуг, стоимости, порядке оказания, а также сведения о возможных последствиях и осложнениях медицинского вмешательства.

2.1.3. Обеспечить соблюдение прав Потребителя (Заказчика), предусмотренных законодательством Российской Федерации.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в т.ч. и не предусмотренной договором.

2.3. Потребитель (Заказчик) обязуется:

2.3.1. Оплатить стоимость предоставляемой (ых) медицинской (их) услуг (и) в порядке, определенном в договоре, и по ценам (тарифам), утвержденным Исполнителем на основании приказа Министерства здравоохранения и социального развития Самарской области от 15.06.2011 №774 "Об утверждении Порядка определения платы за оказание услуг (выполнение работ), относящихся к основным видам деятельности

государственных бюджетных учреждений здравоохранения Самарской области, находящихся в ведении министерства здравоохранения и социального развития Самарской области".

2.3.2. Выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление платной медицинской услуги, а также назначения врача.

2.3.3. Соблюдать установленные законодательством требования о полном запрете курения табака на всей территории и в помещениях Исполнителя.

2.4. Потребитель (Заказчик) имеет право:

2.4.1. Требовать предоставления услуг надлежащего качества, сведений о наличии лицензии и сертификата, о расчете стоимости оказанной услуги.

2.4.2. На предоставление информации о медицинской услуге.

2.4.3. Знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья.

2.4.4. Отказаться от получения медицинских услуг после заключения договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов и заключением соглашения о расторжении договора.

3. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

3.1. Стоимость медицинской услуги в соответствии с «Информацией о ценах на платные услуги, выполняемые работы» составляет _____ руб.
(_____)

3.2. Оплата услуг осуществляется:

1) В порядке 100% предоплаты до получения услуг, указанных в п.1.2. настоящего договора.

2) Авансовым платежом в размере _____ до получения услуг. Оставшаяся сумма вносится по факту оказания услуг.

3) По факту получения услуг.

Оплата может быть произведена: путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя либо по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя не позднее 5 календарных дней с момента оказания услуг. Прием в кассу наличных денежных средств производится в соответствии с Приказом Минфина РФ от 01.12.2010 № 157н по бланкам строгой отчетности, утвержденным в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации и Приходным кассовым ордерам. Документом, подтверждающим расчет, служит контрольно-кассовый чек, квитанция, или иной бланк строгой отчетности.

3.3. В случае невозможности исполнения медицинской услуги, возникшей по вине Потребителя (Заказчика), услуги подлежат оплате в полном объеме.

3.4. В случае, когда невозможность исполнения услуги возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, Потребитель (Заказчик) возмещает Исполнителю фактически понесенные расходы.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. Потребитель (Заказчик), заключивший настоящий договор, причинивший в период его действия ущерб, выразившийся в повреждении или уничтожении имущества Исполнителя, несет материальную ответственность в соответствии с действующим гражданским законодательством Российской Федерации.

4.3. В случае нарушения Исполнителем сроков оказания услуг Потребитель (Заказчик) вправе по своему выбору: назначить новый срок оказания услуги, потребовать исполнения другим специалистом, расторгнуть договор и потребовать возмещения убытков.

4.4. За нарушение установленных настоящим договором сроков исполнения услуг Исполнитель несет ответственность в соответствии с Законом РФ "О защите прав потребителей". Сумма взысканной неустойки не может превышать тариф на услугу.

4.5. В случае обнаружения недостатков в оказанной услуге Потребитель (Заказчик) вправе по своему выбору потребовать: безвозмездного устранения недостатков оказанной медицинской услуги; безвозмездного повторного оказания услуги, возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги.

4.6. Недостатки оказанной услуги должны быть устранены Исполнителем не позднее 20 дней со дня предъявления требований Потребителем (Заказчиком).

4.7. Потребитель (Заказчик) вправе расторгнуть договор об оказании услуги и потребовать полного возмещения убытков, если недостатки оказанной услуги не устранены Исполнителем в установленный договором срок.

4.8. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы или нарушения Потребителем (Заказчиком) рекомендаций Исполнителя, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

4.9. Споры, возникшие между сторонами, разрешаются в претензионном и судебном порядке.

5. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

5.1. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

5.2. Все изменения и дополнения к настоящему договору производятся по письменному соглашению сторон с оформлением соответствующих документов. Все приложения и дополнения к настоящему договору вступают в силу с момента подписания сторонами и должны рассматриваться как неотъемлемая часть настоящего договора.

5.3. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимиле подписи на настоящем договоре, на дополнительных соглашениях к настоящему договору, а также на иных документах, имеющих значение для его исполнения, заключения или прекращения.

5.4. Настоящий договор составлен в двух (в трех) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

6. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель	Потребитель (Заказчик)
ГБУЗ СГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова 443096, г.Самара, улица Полевая, д.80 МУФ СО (ГБУЗ СГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова г. Самара л/с 612.01.235.0) р/счет № 40601810036013000002 в отделение Самара город Самара БИК 043601001, ОКОНХ 91511, ИНН 6316019432, КПП631601001 Отдел платных услуг тел. 207 99 77	ФИО

Исполнитель

Потребитель

Заместитель главного врача по КЭР

_____/С.Н. Подоба

_____/_____