

ДОГОВОР
на оказание платных медицинских услуг

г. Омск

« ____ » _____ 20 ____ г.

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Городская поликлиника № 12» (сокращенно – БУЗОО «ГП № 12») (свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц, серия 55 № 003614657 от 11.01.2012 года, выдано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 12 по Омской области), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице исполняющего обязанности главного врача Мироненко Татьяны Юрьевны, действующего на основании Распоряжения Министерства здравоохранения Омской области от 21 июля 2023 года № 381-к и Лицензии на осуществление медицинской № Л041-01165-55/00325754 от 26.07.2018 года, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, адрес лицензирующего органа: 644024, г. Омск, ул. Сенная, 22 телефон 8 (3812) 20-11-04, с одной стороны, и гражданин _____, проживающего по адресу: _____, паспорт серии ____ № _____, выдан « ____ » _____ 20 ____ г., контактный телефон, именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать, а Потребитель принять и оплатить следующие платные медицинские услуги, оказываемые Потребителю, согласно лицензии и установленных тарифов:

1.2. Исполнитель осуществляет медицинскую деятельность в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности Л041-01165-55/00325754 от 26.07.2018 года, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, адрес лицензирующего органа: 644024, г. Омск, ул. Сенная, 22 телефон 8 (3812) 20-11-04.

1.3. Перечень видов работ (услуг), осуществляемых в соответствии с лицензией:

- при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу; лечебному делу; лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; медицинскому массажу; организации сестринского дела; рентгенологии; сестринскому делу;
 - при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по вакцинации (проведению профилактических прививок); терапии;
 - при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: терапии;
 - при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: аллергологии и иммунологии; гастроэнтерологии; инфекционным болезням; клинической лабораторной диагностике; лечебной физкультуре и спортивной медицине; неврологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; пульмонологии; рентгенологии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; эндоскопии; акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); дерматовенерологии; онкологии, профпатологии; рефлексотерапии;
 - при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: аллергологии и иммунологии; хирургии; эндокринологии;
 - при проведении медицинских осмотров по: 1) медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам профилактическим; 2) при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию 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 РФ; медицинскому освидетельствованию на наличие противопоказаний к владению оружием; 3) при проведении медицинских экспертиз: экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе профессиональной пригодности; экспертизе временной нетрудоспособности.
- 1.4. Оказание медицинских услуг будет осуществляться специалистами БУЗОО «ГП № 12». Информация о профессиональном образовании и квалификации данных специалистов доведена до сведения Потребителя.
- 1.5. Подписывая настоящий договор, Потребитель подтверждает, что ему в доступной форме была разъяснена информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

2. Стоимость услуг, сроки и порядок их оплаты

2.1. Потребитель оплачивает медицинские услуги в кассу Исполнителя по тарифам, действующим у Исполнителя на дату заключения договора. В случае, если срок оказания услуг переносится по сравнению со сроками, указанными в договоре, услуги оплачиваются по ценам, действующим на момент оказания медицинских услуг.

2.2. Оплата медицинских услуг осуществляется Потребителем в порядке 100% предоплаты до получения услуги путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя с применением контрольно-кассовой машины и получением кассового чека или по безналичному расчету путем внесения денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

2.3. **Общая сумма договора составляет:** _____ рублей без НДС.

(прописью и цифрами)

2.4. Датой оплаты считается дата поступления денежных средств в кассу Исполнителя.

2.5. Кассовый чек, выданный Исполнителем Потребителю, является неотъемлемой частью настоящего договора. Сумма кассового чека (кассовых чеков) составляет сумму настоящего договора.

3. Условия и сроки предоставления медицинских услуг

- 3.1. Исполнитель оказывает медицинские услуги в соответствии с утвержденным графиком работы и условиями, соответствующими установленным требованиям.
- 3.2. Медицинские услуги оказываются в сроки с « ___ » _____ 20 ____ года и до предоставления Исполнителем медицинской услуги.
- 3.4. Стоимость услуги, предоставленная Потребителю, может корректироваться в зависимости от реальной выполненной услуги.

4. Права и обязанности сторон

4.1. Права и обязанности Исполнителя (медицинского работника, оказывающего платные медицинские услуги) определяются законодательством РФ, Правилами предоставления медицинским организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 года № 736, иными нормативно-правовыми актами, регулирующими отношения по возмездному оказанию медицинских услуг, а также настоящим Договором.

Исполнитель обязан:

- 4.1.1. Оказать медицинские услуги качественно и безопасно в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
- 4.1.2. Обеспечить соблюдение порядка оказания медицинской помощи.
- 4.1.3. Выдать Потребителю направление для прохождения услуг с указанием сроков оказания услуг, места их оказания и необходимыми рекомендациями по подготовке Потребителя.
- 4.1.4. Выдать документ строгой отчетности (кассовый чек), подтверждающий прием денежных средств от Потребителя.
- 4.1.5. Предоставить Потребителю квалифицированную и качественную медицинскую услугу в соответствии с утвержденными требованиями медицинского технологического стандарта.
- 4.1.6. Выдать по окончании медицинской услуги Потребителю документы, содержащие информацию о результатах оказанных услуг для предоставления в налоговые органы установленной формы.
- 4.1.7. В случае возникновения неотложных состояний у Потребителя, Исполнитель вправе осуществлять действия в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 года № 323-ФЗ, в том числе принять решение о медицинском вмешательстве в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить волю, а медицинское вмешательство неотложно.
- 4.1.8. Предоставить Потребителю бесплатную, доступную и достоверную информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.
- 4.1.9. Предупредить Потребителя о возможности предоставления дополнительных медицинских услуг на возмездной основе, не предусмотренных договором.
- 4.1.10. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Исполнитель имеет право:

- 4.1.11. При оказании платных медицинских услуг пользоваться правами в соответствии с действующим законодательством.
- 4.1.12. Требовать от Потребителя соблюдения графика прохождения процедур, приема лекарственных препаратов и других предписаний.

4.2. Обязанности и права Потребителя:

Потребитель обязан:

- 4.2.1. Оплатить медицинские услуги в кассу Исполнителя. В случае отсутствия оплаты Исполнитель вправе снять время оказания услуг в одностороннем порядке до момента повторного обращения Потребителя и согласования новых сроков оказания услуг.
- 4.2.2. Выполнять требования, от которых зависит качественное предоставление медицинской помощи во время всего курса лечения. В случае выявления Исполнителем ненадлежащей подготовки к оказанию услуг или ее отсутствия Исполнитель вправе отказаться от оказания услуг в одностороннем порядке. В ходе оказания услуг выполнять все медицинские указания, рекомендации и назначение лечащего врача, сообщать необходимые сведения, своевременно информировать лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья.
- 4.2.3. Информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания услуг. В противном случае весь риск и связанные с этим последствия несет Потребитель.
- 4.2.4. Письменно подтвердить, что ознакомлен с информацией, связанной с предоставлением платной медицинской услуги и ее условиями. В случае отказа Потребителя от подтверждения добровольного согласия на оказании услуги Исполнитель вправе отказаться от оказания услуги в односторонне порядке.
- 4.2.5. Соблюдать график приема врачей-специалистов, а также внутренний режим нахождения в БУЗОО «ГП № 12».

Потребитель имеет право:

- 4.2.6. На качественную и безопасную медицинскую помощь, а также соблюдения иных прав, предусмотренных действующим законодательством.
- 4.2.7. Требовать от Исполнителя предоставления сведений о наличии лицензии и сертификата.
- 4.2.8. Выбрать лечащего врача (с учетом его согласия).
- 4.2.9. Получать от Исполнителя для ознакомления в доступной форме для понимания и восприятия любые сведения о состоянии своего здоровья, протекании лечения, данные промежуточных обследований, результаты анализов, протоколы консилиумов и т.д.

4.2.10. Отказаться от оплаты оказанных без его согласия услуг, а также об исполнении договора, оплатив Исполнителю часть тарифа пропорционально части оказанной услуги и возместив исполнителю расходы, произведенные им до этого момента, если они не входят в указанную часть цены услуги.

5. Ответственность сторон

5.1. До заключения настоящего договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии Потребителя.

5.2. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору о возмездном оказании услуг стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации и настоящим договором. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение обязательств по договору оказания услуг, если неисполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

5.4. В случае неоплаты Потребителем услуг, указанных в п. 1.1., на условиях, указанных в разделе 3 настоящего договора, Исполнитель имеет право отказать Потребителю в предоставлении услуг до оплаты последним ее стоимости.

5.5. В случае непредоставления услуг по вине Исполнителя возврат денежных средств осуществляется в полном объеме стоимости вида или комплекса платных медицинских услуг.

5.6. Исполнитель несет ответственность за качество предоставляемых услуг согласно действующего законодательства Российской Федерации.

5.7. В случае непредоставления услуг по вине Потребителя возврат денежных средств осуществляется с учетом вычета стоимости фактически предоставленных платных медицинских услуг.

6. Порядок расторжения и изменения договора

6.1. Договор подлежит расторжению в случае отказа Потребителя от оказания услуги. Настоящий договор может быть расторгнут по инициативе любой из сторон с обязательным предварительным уведомлением другой стороны, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

6.2. При необходимости изменения в договор вносятся по соглашению сторон и оформляются отдельным соглашением.

7. Иные условия, определяемые по соглашению сторон

7.1. 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.

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

7.3. Потребитель дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3. ст. 11 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 года № 152-ФЗ, для целей исполнения исполнителем обязательств по настоящему договору.

7.4. Настоящий договор составлен в двух экземплярах равной юридической силы, по одному для каждой из сторон.

Адреса и реквизиты сторон

Исполнитель:

БУЗОО «Городская поликлиника № 12»

644001, г. Омск, ул. Куйбышева, 75

Министерство финансов по Омской области

(БУЗОО «ГП № 12») л/с 006220558

Свидетельство ЕГРЮЛ 55 № 003614657, выдано

11.01.2012 г.

ИНН 5504031720/КПП 550401001

Казначейский счет 0322464352000005201

ЕКС 40102810245370000044

Банк: ОТДЕЛЕНИЕ ОМСК БАНКА РОССИИ//

УФК по Омской области г. Омск

БИК 015209001

Потребитель:

_____ (Ф.И.О.)

Паспортные данные: _____

Телефон: _____

И.о. главного врача _____ Т.Ю. Мироненко

М.П.

Потребитель

К договору на оказание платных медицинских услуг
 № _____ от «_____» _____ 20__ г.

ПЕРЕЧЕНЬ
 оказываемых услуг

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Цена за оказание услуги	Количество	Сумма в руб.
		ИТОГО			

«Исполнитель»:
 БУЗОО «ГП № 12»

И.о. главного врача _____ Т.Ю. Мироненко

М.П.

«Потребитель»:
 _____ (Ф.И.О.)

«Подпись»

УВЕДОМЛЕНИЕ

Потребителя до подписания Договора оказания платных медицинских услуг
(в порядке п.п. 12-16 Постановления Правительства РФ от 11.05.2023 г. № 736)

Я, _____, _____ дата рождения, паспорт серия _____ номер _____, выдан _____, _____ дата выдачи, проживающий по адресу: _____, в доступной для меня форме проинформирован(а) о нижеследующем:

- я информирован(а) о целях, характере, факторах риска и возможных осложнениях при оказании платных медицинских услуг;
- я предупрежден(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья;
- я информирован о форме и способах направления обращения (жалобы) в органы государственной власти и организации, о почтовом адресе (адресе электронной почты – при наличии), на которые может быть направлено обращение (жалоба).

Я, _____ Ф.И.О., _____ (дата рождения), согласен(а) на подписания договора на оказание мне платных медицинских услуг в полном объеме, предусмотренных настоящим договором.
« _____ » _____ 20 _____ г. _____, Ф.И.О. (подпись Потребителя)

СОГЛАСИЕ

Потребителя на заключение договора оказания платных медицинских услуг
(на основании ст. 45 Постановления Правительства РФ от 11.05.2023 г. № 736)

Я, _____, _____ дата рождения, паспорт серия _____ номер _____, выдан _____, _____ дата выдачи, проживающий по адресу: _____, в доступной для меня форме проинформирован(а) о нижеследующем:

- о юридической необходимости заключения договора на оказания платных услуг между организацией по моему месту работы и медицинским учреждением, а также о наступлении юридических последствий по трудовому законодательству в случае моего отказа от медицинского вмешательства;
- я информирован(а) о целях, характере, факторах риска и возможных осложнениях при оказании платных медицинских услуг;
- я предупрежден(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я, _____ Ф.И.О., _____ (дата рождения), согласен(а) на подписания договора на оказание мне платных медицинских услуг в полном объеме, предусмотренных настоящим договором.
« _____ » _____ 20 _____ г. _____, Ф.И.О. (подпись Потребителя)

Согласие пациента на обработку персональных данных

Я, _____, _____, проживающий по адресу: _____,

паспорт серия _____ № _____ выдан _____, _____ года рождения в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 №152-ФЗ даю свое согласие на обработку БУЗОО «ГП № 12» (далее - Оператор) моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), 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.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими (лица, законным представителем которого я являюсь) персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе самостоятельно обрабатывать либо передавать на обработку уполномоченным на то должностным лицам, заключившим соглашение о неразглашении персональных данных, мои (лица, законным представителем которого я являюсь) персональные данные посредством внесения их в информационные системы Министерства здравоохранения Омской области, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС на обмен (прием и передачу) моими (лица, законным представителем которого я являюсь) персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, заключившим соглашение о неразглашении персональных данных.

Срок хранения моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты). Передача моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных иным лицам или иное их разглашение, кроме случаев, прямо предусмотренных настоящим согласием, может осуществляться только с моего письменного разрешения.

Настоящее согласие дано мной _____ 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.

Субъект персональных данных (законный представитель) _____ (_____)

Представитель оператора _____