

**Договор
на оказание платных медицинских услуг**

с. Нижняя Омка

«__»_____ 2024 г

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области "Нижнеомская центральная районная больница", в лице главного врача Антонок Ирины Владимировны, действующее на основании Устава, Лицензии на медицинскую деятельность № ЛО-55-01-002647 от 26.12.2019 г действует бессрочно, выданной Министерством здравоохранения Омской области, находящегося по адресу: г. Омск, улица Красный Путь, д. 6, тел. 8(3812) 23-35-25, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин (ка)

Ф.И.О. полностью

именуемого в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1. Исполнитель берет на себя обязательство оказать Потребителю платные медицинские услуги:

(далее – Услуги), отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а Потребитель обязуется оплатить их в порядке и размере, установленных настоящим Договором.

1.2. По требованию потребителя должна быть составлена смета на предоставление платных медицинских услуг.

1.3. Исполнитель осуществляет медицинскую деятельность на основании лицензии на медицинскую деятельность: (номер лицензии, дата выдачи, перечень работ (услуг), адрес и телефон лицензирующего органа).

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Потребитель обязан:

2.1.1. Оплатить медицинские услуги в размере и порядке, указанном в п.3 настоящего Договора;

2.1.2. До назначения курса лечения сообщить лечащему врачу все сведения о наличии у него других заболеваний, противопоказаний к применению каких – либо лекарственных препаратов или процедур, а также другую информацию, влияющую на протекание или лечение указанного в п.1.1. заболевания;

2.1.3. Выполнять все требования медицинского персонала Исполнителя во время всего курса лечения;

2.1.4. Соблюдать график приема врачей – специалистов;

2.1.5. Отказаться на весь курс лечения от употребления наркотиков и алкоголя, соблюдать режим лечения;

2.1.6. Соблюдать установленные правила поведения в медицинской организации;

2.2. Потребитель имеет право:

2.2.1. Требовать от исполнителя предоставления сведений о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности и квалификации медицинских работников;

2.2.2. Выбрать лечащего врача;

2.2.3. Получать от Исполнителя для ознакомления в доступной форме любые сведения о состоянии своего здоровья, сведения о результатах медицинского обследования, диагнозе, прогнозе развития заболевания и риске возможных медицинских вмешательств;

2.2.4. Требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии (врачебной тайны).

2.3. Исполнитель обязуется:

2.3.1. Предоставлять платные медицинские услуги качественно, в полном объеме, в соответствии со стандартами медицинской помощи, либо по просьбе «Потребителя» в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

2.3.2. «Исполнитель» предупреждает «Потребителя» о том, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Медицинская организация не несет ответственности за их возникновение.

2.3.3. При предоставлении платных медицинских услуг «Исполнитель» обязан предоставить дополнительные медицинские услуги по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни «Потребителя» при внезапных острых заболеваниях и осложнениях без взимания платы;

2.3.4. «Исполнитель» обязан предупредить «Потребителя» при предоставлении платных медицинских услуг, если требуются дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.3.5. Без согласия «Потребителя» - «Исполнитель» не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе, в случае невыполнения взятых обязательств, возместить «Потребителю» стоимость лечения;

2.3.6. Соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья «Потребителя» (соблюдать врачебную тайну).

3. Цена и порядок оплаты услуг

3.1. Стоимость Услуги устанавливается действующим прейскурантом и составляет:

(указать сумму цифрами и прописью)

3.2. Оплата Услуги осуществляется «Потребителем» в порядке 100-процентной предоплаты до получения Услуги путем внесения наличных денежных средств в кассу «Исполнителя» или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет «Исполнителя».

3.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных медицинских услуг, по результатам обследования и лечения, стоимость медицинских услуг может быть изменена «Исполнителем» с согласия «Потребителя» с учетом уточненного диагноза.

4. Ответственность Сторон

4.1. До заключения договора «Исполнитель» в письменной форме уведомляет «Потребителя» о том что, в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения указаний (рекомендаций) «Исполнителя», в том числе назначенного режима, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

4.2. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия «Потребителя», данного в порядке, установленном законом РФ об охране здоровья граждан.

4.3. «Исполнитель» освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение «Потребителем» условий настоящего Договора.

4.4. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору, «Исполнитель» несет ответственность, предусмотренную законодательством РФ.

4.5. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение обязательств в случае форс-мажорных обстоятельств.

4.6. «Исполнитель» освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом, при том, что ухудшение состояния здоровья пациента может возникнуть после оказания медицинской услуги, но не вследствие ее.

5. Порядок изменения и расторжения договора

5.1. Договор по взаимному согласию сторон может быть изменен или расторгнут путем составления к нему письменного соглашения.

5.2. Заказчик вправе отказаться от исполнения договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

5.3. В случае одностороннего отказа Заказчика после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается после получения от него соответствующего письменного уведомления.

6. Прочие условия

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

6.2. 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.

6.3. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, один из которых находится у «Исполнителя», второй у «Потребителя», экземплярах, имеющих равную юридическую силу по одному экземпляру для каждой из сторон.

7. Адреса и реквизиты сторон

Исполнитель

БУЗОО "Нижеомская ЦРБ"

Адрес: 646620, Омская область,

Нижеомский район, с. Нижняя Омка,

ул. Ленина, 38, тел./факс 2-30-03

ИНН 5524001025/КПП 552401001

Р/СЧ03224643520000005201

ОТДЕЛЕНИЕ ОМСК Г.ОМСК

БИК 015209001

ОГРН 1025502555088

выдано Межрайонной ИФНС России № 12

по Омской области 10.01.2012 г

Главный врач _____ И.В. Антонюк

Потребитель

Ф.И.О.

Документ: Паспорт гражданина РФ

Серия, Номер _____

Кем выдан _____

Дата выдачи _____

Дата рождения: _____

Адрес регистрации: Омская обл. Нижеомский р/н,

с. _____,

ул. _____

телефон _____

_____ / _____ /

подпись

ФИО

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____
(Ф.И.О. полностью),
_____,
проживающий (ая) по адресу:

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку в БУЗОО «Нижеомская ЦРБ» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ДМС, 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 Учреждением - оператором мне медицинской помощи, я предоставляю право его работникам осуществлять следующий перечень действий с моими персональными данными:

- обработку сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) моих персональных данных неавтоматизированным способом;
- обработку моих персональных данных посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам ДМС;
- передачу моих персональных данных, содержащих сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Учреждения – оператора в интересах моего обследования и лечения, в том числе с возможностью их передачи с использованием бумажных и машинных носителей по каналам связи и по внутренней сети организации с использованием технических и программных средств защиты информации.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.

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

Я подтверждаю, что до подписания настоящего согласия я ознакомился с Положением об обработке персональных данных в бюджетном учреждении здравоохранения Омской области «Нижеомская центральная районная больница».

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 Учреждения - оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Учреждения - 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.

Контактный телефон _____ и почтовый адрес: _____

Подпись субъекта персональных данных _____ / _____
подпись ФИО

**Информированное добровольное согласие на получение платных услуг,
оказываемых в бюджетном учреждении здравоохранения Омской области «Нижеомская
центральная районная больница»**

с. Нижняя Омка

«___» _____ 20__ года

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии с частью 2 статьи 19, статьей 84 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, _____,
(ФИО пациента или иного лица, являющегося заказчиком медицинских услуг – полностью)
_____ года рождения, проживающий(ая): _____,
действующий в интересах _____,
(ФИО представляемого лица)

желаю получить платные медицинские услуги и иные платные услуги в БУЗОО «Нижеомская ЦРБ», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от работников БУЗОО «Нижеомская ЦРБ» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне (представляемому) бесплатных медицинских услуг в БУЗОО «Нижеомская ЦРБ» в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и целевых программ Омской области в сфере здравоохранения, и даю свое согласие на оказание мне (представляемому) платных медицинских услуг и иных платных услуг, и готов(а) их оплатить.

2. Мне разъяснено, что я (представляемый) могу получить как один из видов платных медицинских услуг и иных платных услуг, так и несколько видов услуг.

3. Я согласен (согласна) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения подобных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае оказания услуги с соблюдением всех необходимых требований БУЗОО «Нижеомская ЦРБ» не несет ответственности за их возникновение.

4. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я (представляемый) должен (должна) исполнять все назначения, рекомендации врачей БУЗОО «Нижеомская ЦРБ».

5. Я ознакомлен(а) с перечнем платных медицинских и иных платных услуг, оказываемых в БУЗОО «Нижеомская ЦРБ», и согласен (согласна) оплатить стоимость выбранных мною услуг в соответствии с ним: _____

6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с лечащим врачом, выбраны следующие виды дополнительных медицинских услуг и иных платных услуг: _____

7. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня (представляемого) заболевания возможно получение медицинской помощи в других медицинских организациях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной услуги в БУЗОО «Нижеомская ЦРБ».

8. Я осознаю, что несоблюдение мною указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную услугу, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я удостоверяю, что текст настоящего Информированного добровольного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Подпись пациента (законного представителя): _____ / _____

Настоящее Информированное добровольное согласие подписано пациентом (лицом, являющимся заказчиком) на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы.

Информированное добровольное согласие подписано в моем присутствии:

Врач: _____ / _____