

Договор предоставления платных медицинских услуг

Старый Оскол
областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Старооскольская окружная больница Святителя Луки Крымского" (сокращенное наименование ОГБУЗ "Старооскольская окружная больница Святителя Луки Крымского"; ОГРН 1183123036755; Белгородская обл., г. Старый Оскол, ул. Ублинские горы, 1а), именуемое в дальнейшем «Исполнитель» в лице администратора _____, действующего на основании с одной стороны, и _____, именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель» с другой стороны, заключили настоящий договор предоставления платных медицинских услуг (далее - Договор) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. В соответствии с условиями настоящего Договора Исполнитель обязуется оказать на следующие услуги, согласно Приложению 3 к настоящему Договору, а Потребитель обязуется оплатить эти услуги в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим договором.

1.1.1. Адрес(а) мест(а) оказания медицинских услуг (в соответствии с Лицензией): мкрн Олимпийский 2

1.2. Общая стоимость оказываемых услуг по настоящему договору составляет _____ (_____ рублей _____ копеек).

1.3. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации: № ЛО-31-01-002952 от 28.10.2019, действует бессрочно, выдана Департаментом здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области. Тел./адрес лицензирующего органа: (4722) 32 -13-40/ Россия, г. Белгород, Свято -Троицкий бульвар, 18.

2. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

2.1. Стоимость платных медицинских услуг, предоставляемых на основании настоящего Договора, определена в соответствии с действующими у Исполнителя ценами (тарифами), утвержденными в установленном порядке.

2.2. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета. Ее составление по письменному требованию Потребителя является обязательным, в этом случае она является неотъемлемой частью Договора

2.3. Оплата осуществляется Потребителем в порядке 100% предоплаты до получения услуг путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, не позднее _____.202_ года.

2.4. Потребителю в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно -кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности - документ установленного образца).

3. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

3.1. Платные медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором предоставляются с учетом условий, определенных постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 №1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг".

3.2. При заключении договора Исполнитель предоставляет Потребителю в доступной форме информацию 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, или отсутствия таковых в указанных программах. Отказ Потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы.

3.3. При предоставлении платных медицинских услуг Исполнитель гарантирует соблюдение порядков оказания медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.4. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан (приложение 1, 2 к договору).

3.5. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя.

3.6. Без согласия Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

3.7. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются 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".

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. В соответствии с условиями настоящего Договора Исполнитель:

4.1.1. Предоставляет Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора. Качество платных медицинских услуг должно соответствовать требованиям, предусмотренным федеральным законом, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.

4.1.2. Предоставляет для ознакомления по требованию Потребителя:

а) копию Устава учреждения здравоохранения, положения об обособленном структурном подразделении, участвующем в предоставлении платных медицинских услуг;

б) копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией.

4.1.3. При заключении Договора по требованию Потребителя предоставляет в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

а) порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;

б) информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

в) информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи

г) другие сведения, относящиеся к предмету Договора.

4.1.4. Предоставляет Потребителю (законному представителю Потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг, лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

4.1.5. Обеспечивает при оказании платных медицинских услуг соблюдение установленных законодательством Российской Федерации требований к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм порядку и срокам их представления.

4.1.6. Выдает в установленном порядке Потребителю (законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

4.2. В соответствии с условиями настоящего Договора Потребитель:

4.2.1. Оплачивает предоставленные Исполнителем медицинские услуги в сроки и в порядке, которые определены Договором.

4.2.2. До назначения курса лечения сообщает лечащему врачу все известные сведения о наличии у него других заболеваний, противопоказаний к применению каких -либо лекарств или процедур, а также другую информацию, влияющую на лечение.

4.2.3. Выполняет все требования медицинского персонала Исполнителя в период прохождения всего курса лечения.

4.2.4. Соблюдает график приема врачей -специалистов Исполнителя.

4.2.5. Соблюдает внутренний режим нахождения в учреждении здравоохранения (Исполнителя).

4.2.6. При прохождении курса лечения сообщает лечащему врачу о любых изменениях самочувствия, согласовывает с лечащим или дежурным врачом употребление терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей и т.д.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

6.2. В случае отказа Потребителя, после заключения Договора от получения медицинских услуг, Договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания сторонами и действует до полного исполнения сторонами обязательств.

7.2. Стороны подтверждают, что до заключения настоящего Договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций Исполнителя - медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставления платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

7.3. Настоящий Договор составлен в 2 -х экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Потребителя.

8. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель

Юридический адрес: 309500, Россия, Белгородская область, г. Старый Оскол, ул. Ублинские горы, 1а
ИНН 3128138181 ОГРН 1183123036755
Лист записи в ЕГРЮ Л от 27.12.2018 г.,

Инспекция ФНС по г. Белгороду

Заказчик:

ФИО _____
Адрес _____,
Паспортные данные _____ № _____, выдан: _____
Тел.: +7 _____

Администратор отдела организации
внебюджетной деятельности
_____/_____/_____/_____ М.П.

✓

Примеров Пример Примерович

СОГ ЛАСИЕ
пациента на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся(-аяся) _____

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ОГБУЗ «Старооскольская окружная больница Святителя Луки Крымского», ИНН 3128138181 (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: в том числе - фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, национальность, адрес, семейное, социальное, имущественное положение, образование, профессия, состояние здоровья, интимной жизни, контактные телефон (ы), реквизиты полиса ОМС (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 Оператором мне медицинской помощи, оказания медицинских услуг (в том числе, но не ограничиваясь: проведение медицинских осмотров, освидетельствований) я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения, оказания платной медицинской услуги.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), обновление, изменение, использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями Белгородской области и другие органы власти и организации осуществляющие контроль качества оказания мне медицинских услуг с использованием машинных носителей, бумажных носителей информации или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет не более двадцати пяти лет, а в случаях предусмотренных нормативно-правовыми актами - пятьдесят лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, за исключением, если иное не предусмотрено действующим законодательством РФ. Настоящее согласие 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.

Настоящее согласие дано мной _____.202__

Подпись ✓ _____

СОГ ЛАСИЕ
на оказание платных медицинских услуг

Я, нижеподписавшийся (-аяся) _____

даю согласие областному государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Старооскольская окружная больница Святителя Луки Крымского» (юридический адрес: 309500, Россия, Белгородская область, г. Старый Оскол, ул. Ублинские горы, 1а; лицензия на осуществление медицинской деятельности (№ ЛО-31-01-002952 от 28.10.2019) и подтверждаю, что до моего сведения доведена следующая информация о предоставляемой (ых) ОГБУЗ «Старооскольская окружная больница Святителя Луки Крымского» гражданам, в соответствии с действующими нормами, (условиях) возможности(ях):

- получение бесплатной медицинской помощи в соответствии с Программой государственных гарантий и территориальной Программой государственных гарантий Белгородской области, при наличии полиса обязательного медицинского страхования;
- получение платных медицинских услуг лицами, не имеющими права на получение медицинской помощи бесплатно (в случае отсутствия у пациента полиса обязательного медицинского страхования, не включения необходимой пациенту услуги в перечень бесплатных, по желанию пациента, в иных не запрещенных законом случаях);
- получение сведений о квалификации и сертификации специалиста, оказывающего медицинские услуги в месте нахождения специалиста;
- пребывание в ОГБУЗ «Старооскольская окружная больница Святителя Луки Крымского», при соблюдении режима работы учреждения и его распорядка (размещенными для ознакомления на стенде информации о платных услугах);
- снижение качества предоставляемой платной медицинской услуги, невозможность ее завершения в срок или возможное отрицательное воздействие на состояние здоровья потребителя при несоблюдении указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения;
- подробное ознакомление с перечнем платных медицинских услуг и их стоимости.

Прошу оказать мне за плату медицинских услуги согласно договору.
Мои реквизиты, индивидуализирующие данные согласно договору.

Настоящее согласие дано мной _____.202__

Подпись ✓ _____

Приложение 1
к договору предоставления
платных медицинских услуг
от _____.____.202_____

СМЕТА
к договору предоставления платных медицинских услуг №

№ п/п	Медицинские услуги	Количество	Сумма, рубли
1			
		Итого	

Администратор отдела организации
внебюджетной деятельности
_____ М.П.

✓ _____