

Договор № _____ на оказание платных медицинских услуг

5. Ответственность сторон

г. Тула
Государственное учреждение здравоохранения «Тульский областной противотуберкулезный диспансер №1» (юр. адрес: 301105, Тульская область, Ленинский район, п/о Ильинка, пос. Петелино, ОГРН 1027101731843, Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ о юридическом лице серия 71 № 001095533 выдано Инспекцией Министерства Российской Федерации по налогам и сборам по Ленинскому району Тульской области 25.12.2003 г.; лицензия на осуществление медицинской деятельности №ЛО-71-01-001716 от 20.02.2017 г., включающая в себя в том числе следующие виды работ и услуг: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях - по лабораторной диагностике и рентгенологии, при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях - по бактериологии и рентгенологии, срок действия лицензии - бессрочно, выдана Министерством здравоохранения Тульской области, адрес: г. Тула, ул. Оборонная, 114-А, телефон 8 (4872) 37-75-07; 24-51-44), в лице главного врача Карнаухова В.А., действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем Исполнитель, с одной стороны, и

Фамилия, имя, отчество, адрес места жительства, телефон

Фамилия, имя, отчество, адрес места жительства, телефон законного представителя

Фамилия, имя, отчество, год рождения, адрес места жительства несовершеннолетнего либо недееспособного лица

именуемый(ая) в дальнейшем Пациент (Законный представитель), с другой стороны, именуемые в дальнейшем Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту платные медицинские услуги, Пациент (Законный представитель) оплачивает эти услуги в размере, порядке и сроки, установленные настоящим Договором:

2. Условия и порядок оказания услуг

- 2.1. При исполнении настоящего договора Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации, регулирующих предоставление платных медицинских услуг.
- 2.2. Услуги Пациенту оказываются в соответствии с режимом работы Исполнителя.
- 2.3. Услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Пациента (Законного представителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.
- 2.4. Пациент (Законный представитель) при подписании настоящего договора ознакомлен с перечнем предоставляемых Исполнителем услуг, стоимостью и условиями их предоставления Пациент (Законный представитель) информирован о возможности получения бесплатной медицинской помощи в объеме программы государственных гарантий и выражает своё согласие на получение данной медицинской услуги за плату.
- 2.5. Срок оказания медицинских услуг _____

3. Стоимость услуг и порядок расчётов

- 3.1. Цены на медицинские услуги, предоставляемые Пациенту, указаны в прейскуранте Исполнителя, действующем на дату заключения договора. Пациент (Законный представитель) ознакомлен с прейскурантом до подписания настоящего договора.
- 3.2. Стоимость оказываемых услуг по настоящему договору составляет _____
- 3.3. Оплата услуг осуществляется Пациентом (Законным представителем) в порядке 100% предоплаты до получения услуг путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя.
- 3.4. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг, не предусмотренных настоящим договором, они оказываются с согласия Пациента (Законного представителя) с оплатой по утвержденному прейскуранту в рамках отдельного договора. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы.

4. Права и обязанности сторон

- 4.1. Исполнитель обязан:
 - обеспечить своевременное и качественное предоставление Пациенту медицинских услуг в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, медицинским технологиям, лекарственным средствам, медицинским препаратам и дезинфекционным средствам, разрешенным для использования и применения на территории Российской Федерации, в установленный договором срок;
 - обеспечить Пациента (Законного представителя) в понятной и доступной для него форме достоверной информацией о предоставляемой услуге, содержащей сведения о:
 - а) порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;
 - б) конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
 - в) 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 настоящего Договора.
 - предоставить 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,
 - по результатам оказания платных медицинских услуг выдать Пациенту (Законному представителю) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг.
 - соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации,
 - сохранить конфиденциальность информации о врачебной тайне Пациента.
 - по результатам оказания платных медицинских услуг выдать Пациенту (Законному представителю) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг.
- 4.2. Исполнитель имеет право:
 - требовать от Пациента (Законного представителя) предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему медицинских услуг;
 - в случае невозможности оказания услуги отказаться от исполнения обязательства по договору при условии возврата Пациенту (Законному представителю) стоимости оплаченных услуг.
- 4.3. Пациент (Законный представитель) обязан:
 - своевременно оплатить Исполнителю стоимость предоставляемых медицинских услуг;
 - сообщить Исполнителю до оказания медицинской услуги сведения, необходимые для качественного оказания услуги (в том числе о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, проведенных ранее обследованиях и лечении). За предоставления данной информации несёт ответственность Пациент (Законный представитель);
 - заполнить документы, необходимые для получения платной медицинской услуги (информированное добровольное согласие, согласие на обработку персональных данных);
 - неукоснительно выполнять рекомендации врачей и правила внутреннего распорядка Исполнителя.
- 4.4. Пациент (Законный представитель) имеет право:
 - требовать от Исполнителя предоставления медицинских услуг надлежащего качества;
 - получать от Исполнителя достоверную информацию об Исполнителе и о предоставляемой услуге в понятной и доступной форме;
 - отказаться от получения медицинской услуги и получить оплаченную сумму с возмещением Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с оказанием медицинских услуг.

- 5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.
- 5.2. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего договора, если докажут, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.
- 5.3. Исполнитель освобождается от ответственности за причинение вреда здоровью Пациента в случаях, если докажет, что осложнения наступили из-за несоблюдения Пациентом рекомендаций специалистов, оказывающих ему медицинские услуги, и (или) Пациент (Законный представитель) не предоставил Исполнителю полную и достоверную информацию об имеющихся у него заболеваниях.

6. Срок действия, порядок изменения и расторжения договора

- 6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного исполнения Сторонами взятых на себя обязательств по настоящему договору.
- 6.2. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

7. Прочие условия

- 7.1. Споры и разногласия, возникающие в процессе исполнения настоящего договора, разрешаются путём переговоров, а в случае недостижения согласия – в порядке, установленном действующим законодательством РФ.
- 7.2. По вопросам, не предусмотренным настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.
- 7.3. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

8. Адреса и реквизиты сторон

Исполнитель	Пациент (Законный представитель)
Государственное учреждение здравоохранения «Тульский областной противотуберкулезный диспансер № 1» Адрес: 301105, Тульская обл., Ленинский район, п/о Ильинка, пос. Петелино ОГРН 1027101731843 ИНН 7130002820 КПП 713001001 л/с 105090008 р/с 40601810370033000001 Отделение Тула г. Тула БИК 047003001 тел. (8 4872)72-17-54, 72-19-48 факс: (8 4872)72-19-76 e-mail: guz.toptd1@tularegion.ru	_____ <i>Фамилия, имя, отчество</i>
Подпись _____	Подпись _____
М.П.	

Согласие пациента на обработку персональных данных

Я, _____ *Фамилия, имя, отчество*
паспорт серия _____ номер _____ выдан _____
дата выдачи _____ адрес _____
телефон: _____
в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ и п. 8 ч. 4 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" своей волей и в своих интересах даю согласие на обработку Государственным учреждением здравоохранения «Тульский областной противотуберкулезный диспансер №1», расположенным по адресу: 301105, Тульская обл., Ленинский район, п/о Ильинка, пос. Петелино (далее - Оператор) моих персональных данных/персональных данных представляемого мной

Фамилия, имя, отчество

включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность), реквизиты страхового полиса (наименование страховой медицинской организации, серия, номер), СНИЛС, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, инвалидности – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.
В процессе оказания Оператором мне /представляемому мной лицу (нужное подчеркнуть) медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные /персональные данные представляемого мной лица (нужное подчеркнуть), содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения.
Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.
Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включая в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учётно-отчётной медицинской документации.
Оператор имеет право на обмен (прём и передачу) моими персональными данными /персональными данными представляемого мной лица (нужное подчеркнуть) с использованием цифровых носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов с медицинскими организациями, органами исполнительной власти, государственными структурами, в порядке, установленном действующим законодательством, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом при условии, что их приём и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.
Передача моих персональных данных /персональных данных представляемого мной лица (нужное подчеркнуть) иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.
Срок хранения моих персональных данных /персональных данных представляемого мной лица (нужное подчеркнуть) соответствует сроку хранения первичных медицинских документов в соответствии с действующим законодательством.
Согласие действует в течение всего срока хранения персональных данных и прекращается по моему письменному заявлению, которое может быть направлено мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручён под подпись представителю Оператора.
В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия Оператор обязан: прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчётов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи; по истечении срока хранения моих персональных данных уничтожить (стереть) все мои персональные данные из баз данных автоматизированной системы Оператора, включая все копии на машинописных носителях информации, без уведомления меня об этом.

Настоящее согласие дано мной

Ф.И.О. (полностью) гражданина или законного представителя гражданина, контактный телефон

Подпись _____ « » Г.