

г. Тула **Договор № _____ на оказание платных медицинских услуг в стационаре _____ г.**

Государственное учреждение здравоохранения «Тульский областной противотуберкулезный диспансер №1» (юр. адрес: 301105, Тульская область, Ленинский район, пл/о Ильинка, пос. Петелино, ОГРН 1027101731843, Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ о юридическом лице серия 71 № 001095533 выдано Инспекцией Минстерства 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 специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), бактериологии, диетологии, клинической лабораторной диагностики, лабораторной диагностики, лечебной физкультуре, медицинскому массажу, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, организации сестринского дела, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии терапевтической, терапии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, фтизиатрии, функциональной диагностике, эндокринологии, эндоскопии, анестезиологии и реаниматологии, операционному делу, хирургии, торакальной хирургии, трансфузиологии, стоматологии терапевтической; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности. 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:

ПОНЯТИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В НАСТОЯЩЕМ ДОГОВОРЕ

Для целей настоящего Договора используются следующие основные понятия:

платные медицинские услуги - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;
пациент - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором.
Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";
исполнитель - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги потребителям (пациентам).

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту платные медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения и разрешенные на территории РФ, на основании Постановления Правительства РФ от 06.03.2013г. № 186 «Об утверждении Правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации», а Пациент (Законный представитель) оплачивает эти услуги в размере, порядке и сроки, установленные настоящим Договором:

2. Условия и порядок оказания услуг

2.1. Пациент (Законный представитель) при заключении настоящего договора ознакомлен с перечнем предоставляемых Исполнителем услуг, стоимостью и условиями их предоставления. Пациенту (Законному представителю) в доступной форме предоставлена информация 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 и выражает свое согласие на получение данной медицинской услуги за плату.
2.2. До заключения настоящего Договора Исполнитель в письменной форме уведомляет Пациента о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (работающего у него медицинского работника), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.
2.3. Медицинские услуги должны быть предоставлены в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, в том числе предъявляемыми к качеству медицинских услуг.
2.4. При исполнении настоящего договора Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации, регулирующим предоставление платных медицинских услуг.
2.5. Услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Пациента (Законного представителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.
2.6. Срок оказания медицинских услуг с

по стоимости услуг и порядок расчетов

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 медицинских услуг составляет _____
3.3. Оплата услуг осуществляется Пациентом (Законным представителем) в порядке 100% предоплаты до получения услуг путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя.
Пациенту в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек, квитанция или иные документы).
3.4. Датой оплаты денежных средств считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или день внесения денежных средств в кассу.
3.5. В случае возникновения невозможности исполнения обязательств по договору по вине Пациента (досрочная выписка Пациента ввиду нарушения им установленного режима пребывания в стационаре) возврат денежных средств не производится (ч.2, ст.781 ГК РФ).

4. Права и обязанности Сторон

4.1. Исполнитель обязуется:
4.1.1. 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.
4.1.2. Обеспечить Пациента (Законного представителя) бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, 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.

4.1.3. Предоставить Пациенту (Законному представителю) 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.
4.1.4. Оказывать Пациенту услуги, предусмотренные п. 1.1. настоящего Договора, в соответствии с требованиями, установленными действующим законодательством Российской Федерации.
4.1.5. Обеспечить конфиденциальность информации о факте обращения Пациента за оказанием медицинской помощи, о состоянии его здоровья и диагнозе, иных сведений, полученных при его медицинском обследовании и лечении, составляющих врачебную тайну, за исключением предусмотренных законом случаев.
4.1.6. Соблюдать порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.
4.1.7. 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.
4.1.8. 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:
4.2.1. Самостоятельно определять объём исследований и необходимых действий, направленных на установление верного диагноза и оказание медицинских услуг.
4.2.2. Получать от Пациента (Законного представителя) любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредоставления либо неполного или неверного предоставления Пациентом информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.
4.2.3. Требовать от Пациента соблюдения правил оказания медицинских услуг и правил внутреннего распорядка Исполнителя.
4.2.4. Расторгнуть договор в случае нарушения Пациентом (Законным представителем) обязательств по оплате услуг и потребовать возмещения убытков.
4.3. Пациент (Законный представитель) обязуется:
4.3.1. Оплатить услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.
4.3.2. 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).
4.3.3. Заполнить документы, необходимые для получения платной медицинской услуги (информированное добровольное согласие, согласие на обработку персональных данных);
4.3.4. Неукоснительно выполнять рекомендации медицинского персонала, оказывающего ему платные медицинские услуги, а также правила внутреннего распорядка Исполнителя, режим его работы и другие требования, невыполнение которых влечёт за собой невозможность оказания платной медицинской услуги.
4.4. Пациент (Законный представитель) имеет право:
4.4.1. Получить в доступной форме информацию об Исполнителе и платных медицинских услугах.
4.4.2. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с п. 1.1 настоящего Договора.
4.4.3. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора, о возмещении ущерба в случае причинения вреда жизни или здоровью в результате предоставления некачественной медицинской услуги, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.
4.4.4. В любой момент отказаться от получения медицинских услуг по настоящему Договору, возместив Исполнителю фактически понесённые им расходы, связанные с оказанием услуг.

5. Ответственность Сторон

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.
5.2. Исполнитель несет ответственность перед Пациентом за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента.
5.3. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.
5.4. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если докажут, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.
5.5. 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. Порядок рассмотрения споров

6.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.
6.2. При неурегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке.

7. Срок действия договора

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

8. Прочие условия

8.1. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон.
8.2. Все дополнительные соглашения Сторон и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.
8.3. Настоящий Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

Исполнитель	9. Адреса и реквизиты сторон	Пациент (Законный представитель)
Государственное учреждение здравоохранения «Тульский областной противотуберкулёзный диспансер № 1» Адрес: 301105, Тульская обл., Ленинский район, п/о Ильинка, пос. Петелино		<i>Фамилия, имя, отчество</i>
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		Паспорт: выдан №
		кем
		место жительства
		место регистрации
		Телефон:
		Гражданство пациента:
Подпись _____		Подпись _____
М.П.		

УВЕДОМЛЕНИЕ

Я, _____
Фамилия, имя, отчество полностью, число, месяц, год рождения

серия, номер паспорта, или иного документа удостоверяющего личность кем когда выдан

адрес места жительства (регистрации), телефон

являющийся по настоящему Договору Пациентом /Законным представителем, действующим в интересах несовершеннолетнего либо недееспособного лица

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

которому оказываются следующие платные медицинские услуги: специализированная медицинская помощь в стационарных условиях на сумму _____

(полная стоимость оказываемой медицинской услуги по прейскуранту рублей - копеек)

уведомлен о том, что:
- несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья,
- в случае возникновения невозможности исполнения обязательств по договору по вине Пациента (досрочная выписка Пациента ввиду нарушения им установленного режима пребывания в стационаре) возврат денежных средств не производится.

Пациент
(Законный представитель) _____

Фамилия имя отчество *Подпись* « » *Дата* **Г.**

Согласие пациента на обработку персональных данных

Я, _____

Фамилия, имя, отчество полностью

паспорт серия _____ **номер** _____ **дата выдачи** _____

кем выдан _____

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 противотуберкулёзный диспансер №1», расположенным по адресу: 301105, Тульская обл., Ленинский район, п/о Ильинка, пос. Петелино (далее - Оператор) моих персональных данных /персональных данных представляемого мной (нужное подчеркнуть),

Фамилия, имя, отчество полностью

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 отчётные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учётно-отчётной медицинской документации.

Оператор имеет право на обмен (приём 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.**