

Договор предоставления платных медицинских услуг

г. Краснодар

«__» _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская поликлиника № 9 г. Краснодара» министерства здравоохранения Краснодарского края (ГБУЗ «ДГП № 9 г. Краснодара» МЗ КК) юридический адрес 350089, Россия, Краснодарский край, город Краснодар, Западного внутригородского округа, ул. Чекистов 8/3, свидетельство о постановке на учет российской организации в налоговом органе по месту ее нахождения ОГРН 1082308012676, выдано Инспекцией Федеральной налоговой службы № 1 по г. Краснодару, в лице главного врача Сологуб Ирины Анатольевны, действующего на основании Устава, лицензии на осуществление медицинской деятельности от 19.07.2019г. № ЛО41-01126-23/00364159 выдана Министерством здравоохранения Краснодарского края, расположенным по адресу: 350000, Россия, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Коммунаров, д. 276, тел. (861) 207-07-07, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка) или его законный представитель _____, именуемый в дальнейшем «Заказчик» действующего в интересах несовершеннолетнего _____ года рождения, именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, руководствуясь нормами действующего законодательства РФ, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Общие положения

1.1. В рамках настоящего договора используются следующие основные понятия:

"платные медицинские услуги" - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования (далее - договоры);

"заказчик" - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

"потребитель" - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором.

Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

"исполнитель" - медицинская организация ГБУЗ «ДГП № 9 г. Краснодара» МЗ КК, оказывающая платные медицинские услуги в соответствии с договором.

1.2. Платные медицинские услуги (работы) предоставляются Исполнителем на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности от 19.07.2019г. № ЛО41-01126-23/00364159, срок действия лицензии: бессрочный, выданной министерством здравоохранения Краснодарского края, предоставленной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности.

1.3. Перечень и стоимость услуг, предоставляемых Потребителю, указаны в прейскуранте Исполнителя, действующем на дату составления настоящего договора. Работы.

2. Предмет договора

2.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется предоставить платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям настоящего договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к таким услугам, а Потребитель (Заказчик) обязуется оплатить оказанные услуги в размере, порядке и сроки, установленные настоящим договором.

2.2. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается:

- в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

- в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;

- на основе клинических рекомендаций;

- с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - стандарт медицинской помощи).

2.3. Платные медицинские услуги должны соответствовать номенклатуре медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Потребителя (Заказчика).

2.4. Получателем платных медицинских услуг является Потребитель.

2.5. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

2.6. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, является неотъемлемой частью настоящего договора.

2.7. При направлении Потребителя лечащим врачом на консультацию, диагностическое исследование или госпитализацию при отсутствии экстренных показаний срок ожидания медицинской услуги не должен превышать 10 рабочих дней. Порядок фиксирования очередности устанавливается работником медицинской организации.

2.8. 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".

3. Права и обязанности сторон

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в полном объеме с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.1.2. Предоставить 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, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

3.1.3. Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления услуг по настоящему договору.

3.1.4. При предоставлении платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.



5.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье в соответствии с п. 3.3.2 настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п. 3.3.4 настоящего договора.

5.4. При наличии в настоящем договоре условий, ущемляющих права Потребителя, которые могут повлечь причинение ему убытков, они подлежат возмещению Исполнителем в полном объеме в соответствии со статьей 13 Закона РФ от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 "О защите прав потребителей".

Требование Потребителя (Заказчика) о возмещении убытков подлежит удовлетворению в течение десяти дней со дня его предъявления.

5.5. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

6. Конфиденциальность

6.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

6.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

7. Заключительные положения

7.1. При заключении настоящего договора Потребителю (Заказчику) предоставлена следующая информация:

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа). 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;

- перечень платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, указанной в п. 2.3 настоящего договора, с указанием цен в рублях;

- сроки ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, в случае участия исполнителя в реализации территориальной программы;

- иная информация, предусмотренная Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.

7.2. При заключении настоящего договора Потребителю (Заказчику) в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

- информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);

- другие сведения, относящиеся к предмету договора.

7.3. До заключения настоящего договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя (Заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

7.4. Потребитель (Заказчик) уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

7.5. Потребитель (Заказчик) вправе направить обращение (жалобу) в органы государственной власти и организации в письменном виде, а также в электронном виде.

7.6. При предъявлении Потребителем (Заказчиком) требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), Исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей".

7.7. После исполнения настоящего договора Исполнитель выдает Потребителю (Заказчику) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

7.8. В случае отказа Потребителя (Заказчика) после заключения договора от получения медицинских услуг настоящий договор расторгается, при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7.9. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств Сторонами. Договор составлен в двух экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Потребителя, (Заказчика).

7.10. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

8. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Детская городская поликлиника № 9 г. Краснодара» МЗ КК
350089 г. Краснодар, проспект Чекистов, 8/3
тел. 261-12-61 факс 261-36-03
E-mail: detpol9@kmiivc.ru
ОГРН 1082308012676 ИНН 2308151912 КПП 230801001
ОКПО 88991837 / ОКATO 03401364000
Минфин КК (ГБУЗ «ДГП № 9 г. Краснодара» МЗ КК, л/с 828516940)
Наименование банка: Южное ГУ Банка России/УФК по Краснодарскому краю г.
Краснодар
БИК ТОФК 040349001
Единый казначейский счет 40102810945370000010
Казначейский счет 03224643030000001800



Потребитель (Заказчик)

Ф.И.О.

Паспорт:

(серия, номер, кем и когда выдан)

Адрес:

Телефон:



Приложение к договору о предоставлении
платных медицинских услуг
№ ____ от «__» _____ 20__ г.

ПЕРЕЧЕНЬ
платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором

№ п/п	Наименование услуги	Цена	Кол-во	Сумма
ИТОГО				

Исполнитель:

Потребитель (Заказчик):

Медицинские работники, оказывающие медицинскую услугу:

Должность	Фамилия Имя Отчество (полностью)	Подпись
Врач		
Медицинская сестра		



Форма

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, либо законного представителя)
" " _____ г. рождения, зарегистрированный (-ная) по адресу:

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
" " _____ г. рождения, проживающей по адресу:

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)
в _____
(полное наименование медицинской организации или образовательного учреждения)

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

**КОПИЯ
ВЕРНА**



(подпись, расшифровка подписи гражданина, давшего данное согласие)

ЛЕКАРСКИЙ ВРАЧ

И.А. Сологуб **И.А. СОЛОГУБ**

20 ____ г.

СОГЛАСИЕ

пациента на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____ (Ф.И.О. полностью)

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 года «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Детская городская поликлиника № 9 города Краснодара» министерства здравоохранения Краснодарского края (далее – Оператор) моих персональных данных: (фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, национальность, адрес, семейное, социальное, имущественное положение, образование, профессия, состояние здоровья, контактные телефоны, 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 для медико-профилактических целей, установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг) при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранить врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

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

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 Краснодарского края и Краснодарским территориальным фондом ОМС и другими органами власти и организациями, осуществляющими 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 сохранить профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет не более двадцати пяти лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться 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 _____ (Ф.И.О.)

« ____ » ____ 20 ____ г.

Подпись субъекта персональных данных _____

КОПИЯ
ВЕРНА



ГЛАВНЫЙ ВРАЧ

И.А. СОЛОГУБ

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Детская городская поликлиника № 9 города Краснодара»
министерства здравоохранения Краснодарского края
(ГБУЗ «ДГП № 9 г. Краснодара» МЗ КК)**

УВЕДОМЛЕНИЕ (ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ)

(в соответствии с п.7, п.24. «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006», Утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736)

Я, _____, «__» _____ г. рождения,
(Ф.И.О. гражданина, либо законного представителя) (дата рождения гражданина либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу: _____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(Ф.И.О. пациента при подписании согласия законным представителем)

«__» _____ г. рождения, проживающего по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

до получения платной медицинской услуги в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Детская городская поликлиника № 9 города Краснодара» министерства здравоохранения Краснодарского края (далее - ГБУЗ «ДГП № 9 г. Краснодара» МЗ КК) и **до заключения договора оказания платных медицинских услуг** в доступной для меня форме, проинформирован (а) о нижеследующем:

о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы, в рамках реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Краснодарском крае на текущий календарный год, как в ГБУЗ «ДГП № 9 г. Краснодара» МЗ КК, так и в других медицинских организациях Краснодарского края.

о перечне платных медицинских услуг, предоставляемых ГБУЗ «ДГП № 9 г. Краснодара» МЗ КК (Исполнитель), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензиями, о стоимости платных услуг, условиях, форме и порядке их предоставления и оплаты;

о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, уровне их профессионального образования и квалификации;

о целях, характере, методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствий, ожидаемых результатах и возможных осложнениях оказания медицинской помощи, а также о стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги;

об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях;

Мне предоставлена вся необходимая информация:

об учреждении, в том числе, о режиме работы учреждения, графике работы медицинских работников;

о контролирующих органах, как по надзору в сфере здравоохранения, так и в сфере защиты прав потребителей (их адреса и телефоны), иная информация, предусмотренная правилами предоставления платных медицинских услуг;

о том, что отказ пациента от заключения договора оказания платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому пациенту без взимания платы в рамках программы и территориальной программы ОМС.

о лицензиях ГБУЗ «ДГП № 9 г. Краснодара» МЗ КК на осуществление медицинской деятельности.

Мною добровольно, своей волей и в своем интересе, без какого-либо принуждения, выбраны виды платных медицинских услуг, которые я хочу получить в ГБУЗ «ДГП № 9 г. Краснодара» МЗ КК, я ознакомлен (-а) с действующим прейскурантом на платные медицинские и иные платные услуги в ГБУЗ «ДГП № 9 г. Краснодара» МЗ КК и согласен (-на) их оплатить в соответствии с ним.

Я предупрежден (а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников ГБУЗ «ДГП № 9 г. Краснодара» МЗ КК, предоставляющих 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.

Я, получив полную информацию о возможности и условиях оказания пациенту бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Краснодарском крае на текущий календарный год, хочу воспользоваться своим правом на получение платных медицинских и иных услуг, даю свое согласие на получение и оплату платных медицинских и иных платных услуг ГБУЗ «ДГП № 9 г. Краснодара» МЗ КК и на заключение договора оказания платных медицинских и иных услуг.

«__» _____ 20__ г.

Подпись пациента (его законного представителя) _____

**КОПИЯ
ВЕРНА**

№ _____ ОТ « _____ » _____ 20 ____ г.

ПЕРЕЧЕНЬ

№ п/п	Наименование услуги	Цена	Кол-во	Сумма
ИТОГО				

Исполнитель:

Потребитель (Заказчик):

Медицинские работники, оказывающие медицинскую услугу:

Должность	Фамилия Имя Отчество (полностью)	Подпись
Врач		
Медицинская сестра		

КОПИЯ ВЕРНА

ГЛАВНЫЙ ВРАЧ

И. А. СОЛОГУБ

