

Образец

ДОГОВОР №
ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«ВОЛГОГРАДСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИОННАЯ БОЛЬНИЦА №1»,
ВОЛГОГРАД
О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НАСЕЛЕНИЮ

г.Волгоград

«___» _____ 2023г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Волгоградская областная клиническая инфекционная больница №1», Волгограда, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Деминной Елены Васильевны, действующего на основании Устава, лицензии на оказание медицинских услуг, выданной Комитетом здравоохранения Волгоградской области №ЛО-34-01-002791 от 24 декабря 2015г., с одной стороны, и _____ именуемое в дальнейшем «Заказчик», действующий на основании паспорта : _____.

Заключили договор о нижеследующем :

1. Определения

1.1. Если иное не установлено в настоящем договоре, определения, используемые в настоящем договоре, будут иметь значения, как указано ниже:

"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 независимо от организационно-правовой формы, а также индивидуальный предприниматель, оказывающие платные медицинские услуги в соответствии с договором.

Понятие "потребитель" применяется также в значении, установленном Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей". Понятие "медицинская организация" употребляется в значении, определенном Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

2. Предмет договора

2.1. «Исполнитель» оказывает «Заказчику» следующие медицинские услуги :

№ п/п	Наименование услуги	Код услуги	Срок оказания услуги	Кол-во	Цена	Сумма
1						

«Заказчик» оплачивает оказываемые услуги в порядке, установленном настоящим договором. Стоимость медицинской услуги, согласно прейскуранту составляет _____).

2.2. Заказчик (Законный представитель) при подписании настоящего договора ознакомлен с перечнем предоставляемых Исполнителем услуг, стоимостью и условиями их предоставления, и отказывается от предложенной ему альтернативной возможности получения этого вида медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования или иных источников финансирования.

2.3. Заказчик (законный представитель) уведомлен, что после оказания платной медицинской услуги, указанной в п. 2.1. настоящего договора, для него могут наступить негативные последствия, которые обусловлены индивидуальными биологическими особенностями организма.

3. Права, обязанности и ответственность сторон

3.1. Права Исполнителя:

3.1.1. Исполнитель вправе самостоятельно, на основе стандартов оказания медицинской помощи, протоколов и клинических рекомендаций, определять объем исследований и необходимых действий, направленных на установление верного диагноза и оказания качественной платной медицинской услуги.

3.1.2. В случае непредвиденного отсутствия специалиста в день, назначенный для проведения платной медицинской услуги или в связи с невозможностью по иным причинам оказания платной медицинской услуги, указанным в настоящем договоре специалистом, Исполнитель вправе назначить другого, предварительно уведомив об этом Заказчика (Законного представителя), что отражается в медицинской документации, либо перенести оказание услуги на более поздний срок, по согласованию с Заказчиком.

3.1.3. Исполнитель вправе отказать в предоставлении платной медицинской услуги при отсутствии медицинских показаний, при наличии медицинских противопоказаний со стороны здоровья Заказчика, в случае возможного риска нанесения вреда здоровью Заказчику.

3.1.4. В случае неоплаты Заказчиком (Законным представителем) стоимости медицинских услуг на условиях, указанных в разделе 4 настоящего договора, Исполнитель имеет право отказать Заказчику (Законному представителю) в оказании услуг до оплаты ее стоимости.

3.1.5. Исполнитель не несет ответственности за результаты оказания медицинских услуг в случаях несоблюдения Заказчиком (Законным представителем) рекомендаций по лечению и иных неправомерных действий.

3.1.6. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по настоящему договору, если докажет, что это произошло вследствие обстоятельств непреодолимой силы, несоблюдения Заказчиком (Законным представителем) рекомендаций по лечению и иных, предусмотренных законом случаях.

3.2. Обязанности Исполнителя:

3.2.1. Исполнитель принимает на себя обязательство оказать услуги, указанные в п. 2.1. настоящего договора, в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

3.2.2. Исполнитель уведомляет Заказчика (Законного представителя), что предоставляемая ему платная медицинская услуга:

а) входит в программу обязательного медицинского страхования и может оказываться ему бесплатно, однако при желании Заказчика (Законного представителя) может быть ему оказана на платной основе, при этом Заказчик (Законным представителем) подписывается информированное согласие на предоставление платных медицинских услуг;

б) не предусмотрена программой обязательного медицинского страхования и может быть предоставлена на платной основе, при этом Заказчик (Законным представителем) подписывается информированное согласие на предоставление платных медицинских услуг;

3.2.3. Исполнитель обязан ознакомить Заказчика (Законного представителя) с перечнем медицинских услуг, оказываемых в рамках обязательного медицинского страхования, и условиями их предоставления, а также с перечнем медикаментов, входящих в Территориальную программу государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи.

Исполнитель по требованию Заказчика (Законного представителя) обязан предоставить ему информацию о ходе оказания медицинской услуги в понятной и доступной форме.

3.2.4. Исполнитель обязан оказать платные медицинские услуги, определенные п. 2.1. настоящего договора, в порядке и сроки, установленные настоящим договором.

3.2.5. Исполнитель обязуется сохранить в тайне информацию о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении Заказчика.

3.3. Права Заказчика (Законного представителя):

3.3.1. Заказчик (Законный представитель) имеет право на предоставление информации об оказываемой платной медицинской услуге, а также о ходе оказания платной медицинской услуги.

3.3.2. Заказчик (Законный представитель) вправе требовать от Исполнителя надлежащего качества предоставляемой медицинской услуги, предоставления сведений о наличии лицензий и сертификатов.

3.3.3. Заказчик (Законный представитель) вправе требовать проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов.

3.3.4. Заказчик (Законный представитель) имеет право отказаться от медицинских услуг по настоящему договору и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с оказанием услуг.

3.3.5. Заказчик (Законный представитель) вправе предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3.3.6. Заказчик (Законный представитель) имеет право после оказания платной медицинской услуги получить копии медицинских документов, выписки из медицинских документов, а также иные документы (при наличии), отражающих состояние его здоровья, без взимания дополнительной платы. Документы передаются Исполнителем на основании письменного заявления, в срок не позднее 3х рабочих дней с момента обращения с заявлением.

3.4. Обязанности Заказчика (Законного представителя):

3.4.1. Произвести оплату за предоставляемую платную медицинскую услугу в соответствии с условиями настоящего договора.

3.4.2. Заказчик (Законный представитель) обязан до оказания медицинской услуги информировать врача об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных средств, о всех перенесенных ранее и имеющихся в настоящее время заболеваниях, принимаемых лекарственных препаратах, сообщать правдивые сведения о своей наследственности, об одновременном лечении у других специалистов и выполнении их рекомендаций, а также иные сведения, необходимые для оказания платных медицинских услуг.

3.4.3. Заказчик (Законный представитель) обязуется соблюдать правила внутреннего распорядка, принятые Исполнителем для пациентов.

3.4.4. Заказчик (Законный представитель) обязан своевременно уведомить Исполнителя о наличии уважительной причины для переноса сроков выполнения услуги.

3.4.5. Заказчик (Законный представитель) обязуется выполнять все рекомендации медицинского персонала Исполнителя и третьих лиц, оказывающих ему по договору платные медицинские услуги, по лечению, в том числе Заказчик (Законный представитель) обязан соблюдать указания специалиста, которым он должен следовать после оказания платной медицинской услуги.

4. Информация о предоставляемой медицинской услуге

4.1. Оказываемая медицинская (не медицинская) услуга представляет собой:

4.2. Заказчик уведомляется, что данная медицинская услуга:

- а) Входит в программу обязательного медицинского страхования и должна оказываться ему бесплатно;
- б) Не предусмотрена программой обязательного медицинского страхования и может быть оказана за плату;
- в) Финансируется (не финансируется) из бюджета.

4.3. Медицинскую услугу «Заказчику» оказывает врач _____.
Квалификация _____.

4.4. «Заказчик» подтверждает, что ознакомлен с дополнительной информацией, касающейся особенностей данной медицинской (не медицинской) услуги и условий ее предоставления, вывешенной на стенде информации медицинского учреждения об условиях, порядок оказания платных медицинских услуг, возможных осложнений и других побочных воздействий.

5. Порядок расчетов

5.1. Оплата за медицинские услуги производится в учреждениях банковской системы для юридических лиц (для физических лиц в медицинском учреждении).

5.2. Стоимость предоставляемых медицинских услуг определяется в соответствии с прейскурантом, утвержденным «Исполнителем».

5.3. Расчеты за предоставляемые медицинские услуги производится «Заказчиком» в порядке предварительной оплаты на основании счетов-фактур, предъявляемых «Исполнителем», в течение пяти дней с момента подписания договора (для физических лиц – путем оплаты стоимости медицинских услуг наличными через контрольно-кассовую машину, либо путем оформления квитанции по форме, утвержденной Письмом Минфина

РФ от 20.0.1995г. №16-00-30-35, подтверждающей прием наличных денег.) Документом, подтверждающим расчет служим кассовый чек, либо копия вышеуказанной квитанции.

5.4. В случае невозможности исполнения медицинской услуги, возникающей по вине «Заказчика», услуги подлежат оплате в полном объеме.

5.5. В случае, когда невозможность исполнения услуги возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, «Заказчик» возмещает «Исполнителю» фактически понесенные им расходы.

6. Ответственность сторон

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ,

6.2. В случае нарушения «Исполнителем» сроков оказания услуг «Заказчик» вправе по своему выбору :

- назначить новый срок оказания услуги;
- потребовать уменьшения стоимости предоставляемой услуги;
- потребовать исполнения услуги другим специалистом;
- расторгнуть договор и потребовать возмещения убытков.

6.3. За нарушение установленных настоящим договором сроков исполнения услуг «Исполнитель» уплачивает «Заказчику» за каждый день просрочки неустойку в размере 3% тарифа на оказанную услугу. Неустойка выплачивается за счет уменьшения стоимости предоставленной медицинской услуги, предоставления «Заказчику» дополнительных услуг без оплаты, возврата части ранее внесенного платежа.

Сумма взысканной неустойки не может превышать цену услуги.

6.4. В случае обнаружения недостатков в оказанной услуге «Заказчик» вправе по своему выбору потребовать :

- безвозмездного устранения недостатков в оказанной услуге «Заказчик» вправе по своему выбору потребовать :

- безвозмездного устранения недостатков оказанной медицинской услуги;
- соответствующего уменьшения тарифа на оказанную услугу;
- безвозмездного изготовления другого изделия из однородного материала такого же качества или повторного оказания услуги, при этом «Заказчик» обязан возвратить полученное;
- возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги своими силами или третьими лицами.

6.5. Недостатки оказанной услуги должны быть устранены в срок, назначенный «Заказчиком».

6.6. «Заказчик» вправе расторгнуть договор об оказании услуги и потребовать полного возмещения убытков, если недостатки оказанной услуги не устранены «Исполнителем» в установленный договором срок.

6.7. «Исполнитель» освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее

исполнение произошло вследствие непреодолимой силы или нарушения «Заказчиком» рекомендаций «Исполнителя», а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

6.8. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором или в связи с ним, стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров. В случае не достижения согласия между сторонами, спор передается на рассмотрение в суд, в порядке и соответствии с действующим законодательством.

7. Порядок изменения и расторжения договора.

7.1. Любые изменения и дополнения к настоящему договору должны быть составлены в письменной форме и подписаны сторонами либо их уполномоченными представителями.

7.2. Настоящий договор расторгается в случае отказа Заказчика (Законного представителя) после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Отказ Заказчика (Законного представителя) от получения медицинских услуг по настоящему договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю. В указанном случае Заказчик (Законный представитель) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему договору.

8. Заключительные положения

8.1. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до окончания медицинской услуги.

8.2. Настоящий договор составляется в 2 экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй – у Заказчика (Законного представителя).

8.3. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимильной подписи в настоящем договоре, дополнительных соглашениях к настоящему договору, а также на иных документах, имеющих значение для его исполнения, изменения или прекращения.

9 Адреса и реквизиты сторон:

ГБУЗ «ВОКИБ № 1»

400023, г.Волгоград, пер. Кленовый, 1
ИНН 3447009922 КПП 344701001
Облфин (ГБУЗ "ВОКИБ № 1",
ЛС20523Ш95980)
р/с 03224643180000002900
Отделение Волгоград Банка России//
УФК по Волгоградской области г. Волгоград
БИК 011806101
к/с 40102810445370000021

Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для «Исполнителя» и «Заказчика».

«Исполнитель»

«Заказчик»

Главный врач
ГБУЗ «ВОКИБ № 1» _____ Е.В.
Демина
М.П.

Расшифровка
стоимости платных медицинских услуг

Ф.И.О. заказчика _____
Регистрация : _____
Дата выполнения медицинской услуги _____

№ п/п	Наименование услуги	Кол-во	Цена	Сумма
1				

Сумма прописью _____

Оплатил заказчик _____

Получил _____

« _____ » _____ 2023г.

АКТ

о выполнении Договора № _____ от « _____ » _____ 2023г.
о предоставлении медицинских услуг

г. Волгоград «28» июля 2023г.

ГБУЗ "ВОКИБ № 1", именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице главного врача Деминой Елены Васильевны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и _____ именуемый(я) в дальнейшем "Заказчик", с другой стороны, а вместе именуемые - "Стороны" составили настоящий акт о нижеследующем:

На основании заключенного между Сторонами Договора о предоставлении платных медицинских услуг № _____ от « _____ ». _____ 2023г.

Исполнитель принял обязательство предоставить следующие услуги:

№ п/п	Наименование услуги	Код услуги	Срок оказания услуги	Кол-во	Цена	Сумма
1						

Итого : _____ (_____)

Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок.

Потребитель претензий по объёму и срокам оказания услуг не имеет.

«Исполнитель»

«Заказчик»

Главный врач
ГБУЗ «ВОКИБ № 1» _____ Е.В. Демина
М.П.

**СОГЛАСИЕ
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, _____
(Ф.И.О. полностью),

проживающий(я) по адресу (месту регистрации): _____

_____,
паспорт серия _____ № _____, дата выдачи _____ название выдавшего органа _____

в соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в ГБУЗ «ВОКИБ № 1», (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), паспортные данные, 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 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, обновление, изменение, использование, 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).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с использованием машинных носителей 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 и составляет двадцать пять лет (для стационара, пять лет – для поликлиники).

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

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 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.

Подпись субъекта персональных данных _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я, _____ (ФИО заказчика), медицинская карта больного № _____ в рамках договора об оказании платных медицинских услуг № _____ от «_____» _____ 2023г., даю своё согласие и желаю получить медицинские услуги в ГБУЗ "ВОКИБ № 1".

При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я получил(а) от сотрудников ГБУЗ "ВОКИБ № 1" полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в ГБУЗ "ВОКИБ № 1" в рамках Территориальной программы государственных гарантий получения бесплатной медицинской помощи и даю свое согласие на предоставление мне платных медицинских услуг.

Согласно моему волеизъявлению, медицинская услуга оказывается мне на платной основе в связи с:

- добровольным желанием получить конкретную услугу на платной основе;
- добровольным желанием получить услугу на платной основе при отсутствии медицинских показаний;
- добровольным желанием получить услугу на платной основе на условиях анонимности;
- оказанием медицинской помощи в условиях повышенной комфортности;
- добровольным желанием получить услугу на платной основе, не входящую в территориальную Программу государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи;
- добровольным желанием получить услугу на платной основе вне очереди;
- оказанием медицинских услуг сверх объёмов, установленных планом-заказом в рамках Территориальной Программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи;
- отсутствием полиса обязательного медицинского страхования;

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько или целый комплекс платных медицинских услуг.

3. Мне разъяснено, и я полностью осознаю, что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат и что как при предоставлении медицинских услуг, так и после их предоставления, возможны различные осложнения, обусловленные индивидуальными биологическими особенностями организма.

4. Я полностью согласен(а) с тем, что используемая при моём лечении технология не может на 100% исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных индивидуальными биологическими особенностями организма, и в том случае, если предоставленная медицинская услуга была осуществлена с учетом всех необходимых требований, ГБУЗ "ВОКИБ № 1" не несет ответственности за их возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения, я должен(а) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ГБУЗ "ВОКИБ № 1".

6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения, и по согласованию с лечащим врачом были выбраны следующие виды медицинских услуг, которые я желаю получить на платной основе.

№ п/п	Наименование услуги	Код услуги	Срок оказания услуги	Кол-во	Цена	Сумма
1						

Итого : _____ (_____).

7. Я ознакомлен(на) с действующим в ГБУЗ "ВОКИБ № 1" прейскурантом цен на платные медицинские услуги и согласен(на) оплатить стоимость медицинских услуг в соответствии с ним.

8. Виды выбранных мною и согласованных с лечащим врачом платных медицинских услуг, я согласен(на) оплатить оплату в кассу ГБУЗ "ВОКИБ № 1" либо безналичным перечислением на расчетный счет ГБУЗ "ВОКИБ № 1" в сумме _____ (_____).

9. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других учреждениях здравоохранения, и подтверждаю своё согласие и желание на получение указанных медицинских услуг(и) в ГБУЗ "ВОКИБ № 1".

10. Настоящее информированное согласие мною внимательно прочитано, претензий и замечаний к данному информированному согласию не имеется, в связи с чем я в соответствии с моим волеизъявлением, даю согласие на проведение вышеуказанных медицинских услуг.

11. Специалист, оказывающий платную медицинскую услугу врач _____

12. Я предупрежден о запрете курения на территории ГБУЗ «ВОКИБ № 1», Волгоград (Федеральный закон от 23.02.2013 № 15-ФЗ), а также о запрете употребления алкогольных напитков либо нахождении в нетрезвом состоянии.

С правилами внутреннего распорядке ГБУЗ «ВОДКИБ» ознакомлен и обязуюсь из соблюдать.

13. Настоящее информированное согласие мною внимательно прочитано, претензий и замечаний к данному информированной согласию не имеется, в связи с чем я, в соответствии с моим волеизъявлением, даю согласие на проведение вышеназванной медицинской услуги.

14. От получения сметы на предоставление платных медицинских услуг отказываюсь.

_____ / _____ /

«Исполнитель»

«Заказчик»

Главный врач
ГБУЗ «ВОКИБ № 1» _____ Е.В. Демина
М.П.
