

Договор № **ОБРАЗЕЦ**
на предоставление платных медицинских услуг

г. Москва

0 . 2014 г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы "Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения города Москвы" (ГБУЗ «Эндокринологический диспансер ДЗМ») (свидетельство серия 77 № 012114352 от 22.12.2011 г., выданное Межрайонной ИФНС России № 46 по г.Москве, лицензия № ЛО-77-01-008031 от 11 апреля 2014 г., выданная Департаментом здравоохранения города Москвы), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Главного врача Анциферова Михаила Борисовича, действующего на основании Приказа Департамента здравоохранения города Москвы от 201 г. № и Устава с одной стороны, и гражданин(-ка): **ПЕРВИЧНЫЙ Первый Первович**, именуемый(-ая) в дальнейшем «Пациент» и «Законный представитель», с другой стороны, заключили настоящий Договор (далее — Договор) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту на возмездной основе платные медицинские услуги в объеме согласно Смете предоставления платных медицинских услуг (форма-приложение №1), являющейся неотъемлемой частью данного Договора.

1.2. Объем оказываемых по настоящему Договору услуг определяется общим состоянием здоровья Пациента, индивидуальными особенностями организма Заказчика, медицинскими показаниями (противопоказаниями) по лечению выявленных заболеваний (патологий), желанием Пациента (Законного представителя) и организационно-техническими возможностями Исполнителя.

1.3. Качество медицинских услуг должно соответствовать условиям Договора, а при отсутствии в Договоре условий об их качестве — требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

1.4. В период действия Договора Исполнитель предоставит медицинские услуги только при наличии подписанного Пациентом информированного добровольного согласия (приложение № 2) на платные медицинские услуги, составленного в соответствии с перечнем платных услуг и утверждённым прейскурантом цен на платные медицинские услуги _____ / _____.

подпись расшифровка подписи

1.5. Подписывая настоящий Договор, получив в доступной форме информацию о состоянии здоровья, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, а также о результатах проведенного лечения, Пациент (Законный представитель) дает свое согласие на обработку его персональных данных (Приложение № 3) и предоставление платных медицинских услуг, оговоренных в настоящем Договоре, в том числе и медицинских услуг, предусмотренных в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи _____ / _____.

подпись расшифровка подписи

Факт заключения данного Договора не является основанием предоставления Пациенту платных медицинских услуг в первоочередном порядке.

2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

2.1. Стоимость медицинских услуг определяется на основании действующего Прейскуранта, утвержденного Главным врачом Исполнителя.

2.2. В момент подписания настоящего Договора Пациент (Законный представитель) ознакомлен с действующим прейскурантом, понимает содержащуюся в нем информацию и согласен с ценами на медицинские услуги (подпись): _____ / _____ /.

2.3. Оплата за медицинские услуги по настоящему Договору осуществляется Потребителем (Законным представителем Потребителя) одновременно до момента начала оказания работ (услуг) путем безналичных расчётов через кредитные организации, или платёжные терминалы, расположенные в помещениях Исполнителя, в размере 100% стоимости медицинских услуг, указанных в Акте выполненных платных медицинских услуг (прил. 3).

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. По требованию Потребителя (Законного представителя Потребителя) в доступной форме предоставить ему информацию, в том числе в сети "ИНТЕРНЕТ", а также документы для ознакомления:

- данные лицензии на осуществление медицинской деятельности с перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, наименование, адрес и телефон выдавшего её лицензирующего органа;
- перечень платных медицинских услуг с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты;
- порядок и условия предоставления медицинской помощи в соответствии с территориальной программой государственных гарантий;
- сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;
- режим работы медицинской организации, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- адреса и телефоны органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;
- копию учредительного документа медицинской организации, положение об отделении, участвующем в предоставлении платных медицинских услуг;
- копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией;
- порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи по профилю заболевания, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
- о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- 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.

3.1.2. Обеспечить Потребителю непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья. После получения платных медицинских услуг на основании письменного заявления Потребителя (Законного представителя Потребителя) выдать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки, из его медицинских документов.

3.1.3. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных форм, порядку и срокам их представления.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. Отказать Потребителю в оказании медицинской помощи, в случае, нарушения им условий п. п. 2.3., 3.3. настоящего Договора.

3.2.2. В одностороннем порядке изменить предварительно определенный объем оказываемых медицинских услуг, в случае, если существует угроза жизни или здоровью Пациента.

3.2.3. Отказать в оказании платных медицинских услуг Пациенту, находящемуся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

3.3. Потребитель (Законный представитель Потребителя) обязуется:

3.3.1. Оплатить предоставленную Исполнителем медицинскую услугу в сроки и в порядке, определенные данным Договором.

3.3.2. До оказания медицинской помощи информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, а также об изменениях в состоянии здоровья и возникновении противопоказаний в период действия настоящего договора.

3.3.3. Выполнять Правила внутреннего распорядка, требования и предписания медицинского персонала Исполнителя, как необходимые условия предоставления ему качественной медицинской помощи.

3.3.4. Бережно относиться к имуществу Исполнителя.

3.3.5. Надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Потребителем (Законным представителем Потребителя) настоящего Договора.

3.4. Потребитель имеет право на:

3.4.1. Диагностику, лечение в медицинской организации в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.

3.4.2. Получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, выбор лиц, которым в интересах Потребителя может быть передана информация о состоянии его здоровья.

3.4.3. Защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

3.4.4. Отказ от медицинского вмешательства.

3.4.5. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

3.4.6. Все претензии по качеству медицинских услуг рассматриваются в обязательном порядке экспертной комиссией, созданной Исполнителем, и разрешаются по соглашению сторон.

4. СРОК ДЕЙСТВИЯ И УСЛОВИЯ ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА

4.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента начала фактического выполнения обязательств, принятых сторонами по настоящему Договору, и действует до 04.10.2016.

4.2. В рамках настоящего Договора Потребитель (Законный представитель Потребителя) может неоднократно обращаться к Исполнителю для предоставления платных медицинских услуг. Объём платных медицинских услуг при каждом обращении Потребителя (Законного представителя Потребителя) определяется Актом (прил. 3). Завершение договорных обязательств, определяется подписанием Акта выполненных работ Потребителем (прил. 3).

4.3. Дата и время (сроки) оказания медицинских услуг определяются, как правило, заблаговременно, в результате их согласования между Исполнителем и Потребителем (Законным представителем Потребителя), как при их личном визите в ГБУЗ "Эндокринологический диспансер ДЗМ", по телефону, а также с использованием возможностей всемирной компьютерной сети "Интернет".

При согласовании сроков оказания медицинских услуг Исполнитель исходит из графика работы и занятости врачей и лечебно-диагностических служб.

4.4. Настоящий Договор может быть изменен, либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленному в виде Соглашения и подписанному Исполнителем и Потребителем (Законным представителем Потребителя).

4.5. Настоящий Договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по настоящему Договору.

4.6. Настоящий Договор продлевается на неопределённый срок при отсутствии письменного заявления от Потребителя (Законного представителя Потребителя) о его прекращении.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Исполнитель несет ответственность за оказанные Потребителю медицинские услуги, включая сохранение врачебной тайны о факте его обращения за медицинской помощью, о состоянии его здоровья и другие сведения в соответствии с требованиями Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

5.2. Исполнитель не несет ответственности за качество медикаментов и расходного медицинского материала, приобретенного Потребителем (Законным представителем Потребителя) самостоятельно и использованного при лечении.

5.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Потребителем условий настоящего Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

5.4. В случае досрочного расторжения Договора по инициативе Потребителя (Законного представителя Потребителя), Потребитель (Законный представитель Потребителя) оплачивает Исполнителю фактически оказанные медицинские услуги, а также возмещает фактически понесенные Исполнителем убытки в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.5. Все споры и разногласия, возникшие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров между Сторонами. Если Стороны не придут к соглашению, споры подлежат рассмотрению в порядке, определенном действующим законодательством Российской Федерации.

5.6. Исполнитель освобождается от ответственности, в случаях осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Потребителя, а так же в случае, если Потребитель (Законный представитель Потребителя) не проинформировал Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях. За частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств, вызванных действием непреодолимой силы, возникших после заключения Договора в результате событий чрезвычайного характера, которые соответствующая сторона договора не могла ни предвидеть, ни предотвратить разумными мерами (форс-мажор). К таким событиям чрезвычайного характера относятся: наводнение, пожар, землетрясение, взрыв, шторм, оседание почвы, эпидемии и иные стихийные явления природы, техногенные происшествия, в том числе выход из строя медицинского оборудования, война, военные действия, введение на соответствующей территории чрезвычайного или военного положения, изменение законодательства или иных нормативных актов, регулирующих необходимые условия Договора, иные события непредсказуемого характера, предотвратить которые имеющимися в распоряжении Исполнителя силами и средствами не представлялось возможным.

6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

6.1. Исполнитель обязуется охранять информацию о факте обращения Потребителя за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

6.2. С согласия Потребителя (Законного представителя Потребителя) допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Потребителя.

6.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Потребителя (Законного представителя Потребителя) допускается в целях обследования и лечения Потребителя, не способного из-за своего состояния выразить свою волю и в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1. Настоящий Договор составлен в 2 экземплярах, которые имеют равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

8. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель:

ГБУЗ "Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения города Москвы"
Юридический адрес: 119034, Москва, ул. Пречистенка, д.37, тел. 8-499-246-65-73, факс 8-499- 245-33-76
ИНН 7704029538, КПП 770401001
Платежные реквизиты: Департамент финансов города Москвы (ГБУЗ «Эндокринологический диспансер ДЗМ» л/с 2605441000450455) Отделение № 1 Московского ГТУ Банка России г. Москва. 705. БИК 0445 83 001, расчетный счет 40601810000003000002

Пациент (Законный представитель):

Паспорт гражданина Российской Федерации Выдан: 0

Подписи сторон

Представитель Исполнителя

Потребитель (Законный представитель Потребителя)

Информированное добровольное согласие пациента на предоставление платных медицинских услуг.

На основании ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», от 21.11.2011 № 323-ФЗ и в соответствии с требованиями «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. № 1006,

Я, ПЕРВИЧНЫЙ Первый Первович, в рамках договора об оказании платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения города Москвы» (далее — Исполнитель), за плату, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я ознакомился (ась) с «Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи в г.Москве», об условиях и сроках получения бесплатной медицинской помощи в Эндокринологическом диспансере информирован(а). Мне разъяснен порядок оказания бесплатной медицинской помощи. Я ознакомлен с тем, что могу получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях на других условиях. Получив от сотрудников Эндокринологического диспансера полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в данном учреждении, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и одновременно несколько видов медицинских услуг.
3. Мне разъяснено и я осознал(а), что при проведении лечебно-диагностических исследований и после них, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.
4. Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Эндокринологический диспансер не несет ответственности за их возникновение.
5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей Эндокринологического диспансера. Несоблюдение указаний (рекомендаций) 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.
6. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги именно в данном Эндокринологическом диспансере.
7. Я проинформирован(а), что платные медицинские услуги не гарантируют внеочередного получения услуги.
8. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость оказанных медицинских услуг в соответствии с ним.
9. Не возражаю против записи медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием – исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.
10. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.
11. С положением о порядке и условиях предоставления платных услуг в Эндокринологическом диспансере ознакомлен.

Настоящее информированное соглашение подписано мною после проведения предварительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

Пациент: _____,
(Ф.И.О. полностью, подпись)

Дата: _____ г.

СОГЛАСИЕ СУБЪЕКТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ НА ОБРАБОТКУ ЕГО ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

ПЕРВИЧНЫЙ *Первый Первович*

(Законного представителя):

Адрес регистрации:

Документ, удостоверяющий личность:

Номер:

Дата выдачи:

Орган, выдавший документ:

Даю согласие Государственному бюджетному учреждению здравоохранения города Москвы "Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения города Москвы" (далее – **Исполнитель**), расположенному по адресу: Россия, 119034 г. Москва ул. Пречистенка, 37 на обработку персональных данных для осуществления медико-профилактических действий, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицами, профессионально занимающихся медицинской деятельностью и обязанными в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну по следующему перечню персональных данных: фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), пол, дата рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, дата регистрации, страховой номер индивидуального лицевого счета, номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица, анамнез, диагноз, сведения об организации, оказавшей медицинские услуги, вид оказанной медицинской помощи, условия оказания медицинской помощи, сроки оказания медицинской помощи, объем оказанной медицинской помощи, результат обращения за медицинской помощью, серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии), сведения об оказанных медицинских услугах, примененные стандарты медицинской помощи, сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу.

Предоставляю Исполнителю право осуществлять ведение персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности.

В случае, если Исполнитель поручит обработку персональных данных другому лицу, ответственность перед субъектом персональных данных за действия указанного лица несет Исполнитель. Лицо, осуществляющее обработку персональных данных по поручению Исполнителя, несет ответственность перед Исполнителем.

Даю согласие субъекта персональных данных на обработку моих персональных данных в течение срока хранения медицинской карты амбулаторного больного – **двадцать пять лет**.

Оставляю за собой право отозвать согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных посредством составления соответствующего письменного заявления, которое будет вручено лично под расписку представителю Исполнителя или направлено в адрес Исполнителя по почте заказным письмом с уведомлением о вручении.

" ____ " _____ 20 ____ г.

Субъект персональных данных _____

(подпись)

(Ф.И.О.)