

До заключения Договора БУЗ ВО «Грязовецкая ЦРБ» (Исполнитель) в письменной форме **уведомляет** гражданина (Потребителя) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу (услуги), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги (услуг), повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя. А также уведомляет о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Вологодской области.

С уведомлением ознакомлен (-а) и согласен (-а) _____

Подпись

Ф.И.О. Потребителя

ДОГОВОР возмездного оказания медицинских услуг № _____

« _____ » _____ 20 ____ г

г. Грязовец

Бюджетное учреждение здравоохранения Вологодской области «Грязовецкая центральная районная больница» (далее – БУЗ ВО «Грязовецкая ЦРБ»), свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридический лиц серия 35 № 002027014 от 19.10.2012г. (ОГРН №1023501454261, ИНН 3509005568), выданное Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №1 по Вологодской области), юридический адрес: г. Грязовец, ул. Гражданская, д. 20, лицензия на осуществление медицинской деятельности _____, выдана

бессрочно Департаментом здравоохранения Вологодской области (адрес: г. Вологда, ул. Предтеченская, д.19, тел.8 (8172) 23-00-70), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача _____ действующего на основании _____, с одной стороны, и гражданин _____,

именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор (далее – Договор) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя (законного представителя потребителя), обязуется оказать ему медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, а Потребитель обязуется оплатить оказанные услуги, согласно «Прейскуранту медицинских услуг», действующему на момент оказания услуг.

1.2. «Прейскурант медицинских услуг» (далее – Прейскурант) является официально утвержденным документом Исполнителя и предусматривает конкретный перечень медицинских услуг, стоимость услуг и сроки их оказания и находится на информационных стендах Исполнителя в месте, доступном для ознакомления с ним Потребителя, а также посредством размещения на сайте БУЗ ВО «Грязовецкая ЦРБ» в информационно-телекоммуникационной сети Интернет: <http://grzv.volmed.org.ru/>.

1.3. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых по настоящему договору, определяется в Приложении № 1, являющемся неотъемлемой частью настоящего договора.

1.4. Место оказания медицинской услуги:

1.5. Стороны при выполнении условий настоящего Договора должны руководствоваться Федеральным законом от 21.11.2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Порядок и условия предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг пациентам устанавливаются Правительством Российской Федерации. Порядок определения цен (тарифов) на медицинские услуги, предоставляемые медицинской организацией, являющейся бюджетным учреждением, устанавливается органом, осуществляющим функции и полномочия учредителя. К отношениям, связанным с оказанием платных медицинских услуг, применяются положения Закона Российской Федерации от 7 февраля 1992 года N 2300-1 "О защите прав потребителей".

1.6. Подписание настоящего Договора Потребителем свидетельствует о получении Потребителем полной информации от Исполнителя о состоянии своего здоровья, наличии заболевания, диагнозе, методе лечения, связанных с ним рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, о результатах лечения, диагностики.

1.7. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется 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".

1.8. Исполнитель приступает к оказанию услуг после подписания Договора (согласия на обработку персональных данных, информированного добровольного согласие на медицинское вмешательство) и получения оплаты.

2. СТОИМОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

2.1. Стоимость услуг, оказываемых по настоящему договору, определяется в соответствии с Прейскурантом, утвержденным Исполнителем, и оформляется в виде Приложения № 1 к настоящему договору.

2.2. Оплата услуг Потребителем производится непосредственно после подписания Договора и осуществляется в порядке 100%-ой предоплаты путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или безналичным путем с использованием платежных банковских карт путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя (ст. 16.1 Закона о защите прав потребителей).

2.3. Потребителю в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг.

2.4. После исполнения Договора Потребителю (законному представителю) выдаются медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН:

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Оказать Потребителю квалифицированную, качественную услугу в установленный договором срок (до фактического исполнения услуги).

3.1.2. Предоставить Потребителю бесплатную достоверную информацию в доступной форме о режиме работы, сведения о местонахождении Исполнителя, правилах внутреннего распорядка Учреждения, об условиях предоставления медицинских услуг, их перечне, стоимости и порядке оплаты этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов, информацию о предполагаемом результате лечения и возможных осложнениях.

3.1.3. Обязуется не допускать разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, за исключением случаев, установленных законодательством РФ.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, иных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования, оказания медицинской помощи, в т.ч. не предусмотренной настоящим договором.

3.2.2. Отказаться от исполнения настоящего договора в случае невыполнения Потребителем рекомендаций медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу.

3.3. Потребитель обязан:

3.3.1. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить достоверные сведения о жалобах на любые изменения самочувствия, истории заболевания, истории жизни, сопутствующих заболеваниях, травмах, противопоказаниях к применению каких-либо лекарств или процедур, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения, а также иные сведения, которые могут сказаться на качестве оказываемых медицинских услуг.

3.3.2. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору.

3.3.3. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения.

3.3.4. Соблюдать правила внутреннего распорядка Учреждения, вести себя корректно в отношении персонала.

3.3.5. Удостоверить личной подписью или подписью законного представителя Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

3.3.6. Оплатить оказанные ему медицинские услуги в срок и порядке, указанном в Договоре.

3.4. Потребитель имеет право:

3.4.1. Получить данные услуги бесплатно на общих основаниях через регистратуру поликлиники в соответствие с "Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Вологодской области» (далее - ПГГ), при наличии полиса обязательного медицинского страхования и направления от медицинского учреждения, кроме медицинских услуг по зубопротезированию.

3.4.2. На предоставление информации об услуге;

3.4.3. Знакомиться с документами, подтверждающими специальную правоспособность учреждения и его сотрудников;

3.4.4. На возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания медицинской услуги.

3.4.5. Отказаться от получения медицинской услуги и получить обратно уплаченную сумму с возмещением «Исполнителю» затрат, связанных с подготовкой оказания услуги.

3.4.6. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам исполнения услуг Потребитель вправе по своему выбору:

- на назначение Исполнителю нового срока оказания услуги;

- на односторонний отказ от договора (п. 22 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 4 октября 2012 г. № 1006; ст. 782 Гражданского кодекса РФ; ст. 32 Закона о защите прав потребителей);

- на выбор способа оплаты оказанных услуг (ст. 16.1 Закона о защите прав потребителей);

- на выбор требований к Исполнителю при обнаружении недостатков оказанных услуг (ст. 29 Закона о защите прав потребителей);

- на обращение в суд за защитой нарушенных прав и охраняемых законом интересов без соблюдения досудебного порядка урегулирования спора (ст. 17 Закона о защите прав потребителей);

- на выбор территориальной подсудности рассмотрения спора, вытекающего из договора об оказании платных медицинских услуг (ч. 7 ст. 29 Гражданского процессуального кодекса РФ; ст. 17 Закона о защите прав потребителей);

- на выбор средств и способов защиты нарушенных прав (ст. 17, 42.3 Закона о защите прав потребителей; ст. 12 Гражданского кодекса РФ).

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.

4.1. В случае ненадлежащего исполнения Договора одной стороной, повлекшего неблагоприятные последствия для другой стороны, ответственность наступает в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. Исполнитель не несет ответственности в случаях возникновения осложнений при лечении, ранее подвергавшихся лечению в другом лечебном заведении.

4.2. Исполнитель несет ответственность перед «Потребителем» за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни «Потребителю».

4.3. Исполнитель, не исполнивший или ненадлежащим образом, исполнивший свои обязательства по Договору, не несет ответственности, если докажет, что ненадлежащее исполнение оказалось невозможным вследствие непреодолимой силы, т.е. чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств.

4.4. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг, предусмотренных договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье в соответствии с п. 3.3.1. настоящего договора, либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п. 3.3.2. настоящего договора.

4.5. Бремя доказывания обстоятельств, исключающих ответственность, Законом о защите прав потребителей возложено на Исполнителя (п. 5 ст. 14 Закона от 7 февраля 1992 года N 2300-I «).

5. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ УСЛУГЕ.

5.1. Потребитель подтверждает, что платная медицинская услуга оказывается по его личной инициативе.

5.2. «Потребитель» ознакомлен с правом получить данную услугу бесплатно на общих основаниях согласно ПГГ.

6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА.

Договор может быть изменен или расторгнут:

- 6.1. По взаимному согласию сторон.

- 6.2. В одностороннем порядке, в установленных Законодательством РФ случаях.

- 6.3. Договор может быть изменен или расторгнут по требованию одной из сторон на основании решения суда при существенном нарушении договора другой стороной.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ.

7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

7.2. Споры и разногласия решаются путем переговоров, с привлечением независимой экспертизы и в судебном порядке.

7.3. До обращения в суд по поводу качества оказанной услуги стороны договорились о проведении независимой экспертизы.

7.4. Для предъявления в суд по поводу расторжения или изменения условий договора обязательно предъявление претензии, которая рассматривается другой стороной в течение 10 (десяти) дней.

7.5. «Исполнитель» уведомляет «Потребителя» о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья «Потребителя».

7.6. Настоящий договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, - по одному для каждой из Сторон.

7.7. В Договоре и приложениях к нему допускается факсимильное воспроизведение подписи (механическим способом с использованием клише) со стороны Исполнителя.

7.8. Потребитель уведомлен о порядке получения медицинской помощи, предусмотренной программами обязательного медицинского страхования. Потребитель согласен получить медицинские услуги в БУЗ ВО «Грязовецкая ЦРБ» на возмездной основе.

9. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ.

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

9.2. Информация, содержащаяся в медицинских документах Потребителя, может предоставляться Исполнителем без согласия Потребителя только по основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

10. СПИСОК ПРИЛОЖЕНИЙ.

Приложения являются неотъемлемой частью Договора.

10.1 Приложение № 1 «Перечень услуг».

10.2 Приложение № 2 «Акт сдачи-приема оказанных услуг».

11. СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ.

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, я даю свободно, своей волей и в своем интересе согласие на обработку моих персональных данных БУЗ ВО «Грязовецкая ЦРБ» (162000, Вологодская обл., г. Грязовец, ул. Гражданская, д. 20) (далее - Оператор), необходимых для исполнения настоящего договора, а также для защиты его здоровья или иных жизненно важных

интересов. Цель обработки персональных данных: оказание медицинских услуг и осуществление иных, связанных с этим мероприятий. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество, пол, год, месяц, дата и место рождения, адрес регистрации, адрес фактического места жительства, контактный телефон, 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 – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, данные о банковской карте, другая информация. Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача) в порядке, установленном законодательством РФ, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных), иные действия. Общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных: внесение персональных данных в электронную базу данных, включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС), обмен (прием и передача) моими персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи. 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. Настоящее согласие дано с момента подписания договора, действует на весь период договора с БУЗ ВО «Грязовецкая ЦРБ» до дня отзыва в письменной форме, засвидетельствовано подписью Потребителя.

_____ (фамилия, имя, отчество, подпись)

Порядок отзыва согласия: отзыв согласия осуществляется путем подачи субъектом персональных данных соответствующего письменного заявления оператору, получившему согласие.

12. ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО.

Потребитель ознакомлен с распорядком работы и правилами оказания услуг в БУЗ ВО «Грязовецкая ЦРБ», обязуется их соблюдать. Потребитель выражает добровольность в получении платных медицинских услуг и дает свободно, своей волей и в своем интересе согласие на их получение, а также согласие на виды медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи на основании моих личных пожеланий или на основании назначений лечащего врача, необходимость иных методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно. Потребитель осознает, что несоблюдение правил подготовки Исполнителя к лабораторным исследованиям и рекомендаций медицинских работников, может повлиять на результаты исследований, а также осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья. Потребитель подтверждает, что поставил в известность специалистов Исполнителя обо всех проблемах, связанных с здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных им и известных ему травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на него во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Исполнитель подтверждает, что сообщил правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Потребитель разрешает, в случае необходимости, предоставить информацию о его диагнозе, степени и характере его заболевания близким родственникам, законным представителям, гражданам:

_____ (указать ф.и.о. конкретного лица)

_____ (фамилия, имя, отчество, подпись)

12. ПОДПИСИ СТОРОН.

ИСПОЛНИТЕЛЬ

БУЗ ВО «Грязовецкая ЦРБ»
ОГРН: 102 350 145 42 61
ИНН 3509005568/КПП 350901001
162000, Вологодская область, г. Грязовец,
ул. Гражданская, д. 20,
телефон/факс (81755) 2-21-75 (приемная),
E-mail: grmb@mail.ru

Главный врач

_____ (подпись)

ПОТРЕБИТЕЛЬ

Фамилия: _____
Имя: _____
Отчество: _____
Адрес места жительства: _____
_____ (подпись)
Телефон: _____

_____ (фамилия, имя, отчество, подпись)

АКТ СДАЧИ-ПРИЕМА ОКАЗАННЫХ УСЛУГ

г. Грязовец

« _____ » _____ 20 ____ г.

Бюджетное учреждение здравоохранения Вологодской области «Грязовецкая центральная районная больница», свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц серия 35 № 002027014 от 19.10.2012г. (ОГРН №1023501454261, ИНН 3509005568), выданное Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №1 по Вологодской области), юридический адрес: г. Грязовец, ул. Гражданская, д. 20, лицензия на осуществление медицинской деятельности _____, выдана

бессрочно Департаментом здравоохранения Вологодской области (адрес: г. Вологда, ул. Предтеченская, д.19, тел.8 (8172) 23-00-70), именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице главного врача действующего на основании _____, с одной стороны, и гражданин _____,

именуемый в дальнейшем «**Потребитель**», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», а индивидуально «Сторона», подписали настоящий акт сдачи-приема оказанных услуг о нижеследующем (далее – Акт):

1. Обязательства Исполнителя по договору исполнены надлежащим образом. Потребитель по объему и качеству оказанных Исполнителем услуг претензий не имеет.

2. Таким образом, в соответствии условиями Договора Исполнитель оказал и передал, а Потребитель принял услуги Исполнителя на сумму _____.

3. Акт составлен в двух экземплярах и в соответствии с условиями Договора и является основанием для проведения расчетов Сторон за оказанные услуги.

ИСПОЛНИТЕЛЬ

БУЗ ВО «Грязовецкая ЦРБ»
ОГРН: 102 350 145 42 61
ИНН 3509005568/КПП 350901001
162000, Вологодская область, г. Грязовец,
ул. Гражданская, д. 20,
телефон/факс (81755) 2-21-75 (приемная),
E-mail: grmb@mail.ru

Главный врач

ПОТРЕБИТЕЛЬ

Фамилия: _____
Имя: _____
Отчество: _____
Адрес места жительства: _____
Телефон: _____

(подпись)

(фамилия, имя, отчество, подпись)