

ДОГОВОР на оказание платных медицинских услуг №/

г. Челябинск

ГБУЗ "Челябинская областная детская клиническая больница" (сокращенное название ГБУЗ ЧОДКБ) в лице заведующего отделением платной медицинской помощи Комиссарова Евгения Евгеньевича, действующего на основании доверенности от 11.01.2021 № 5, именуемое в дальнейшем "Исполнитель", с одной стороны, и гражданин(ка) __, именуемый(ая) в дальнейшем "Заказчик", действующий(ая) в интересах пациента, дата рождения __, именуемый(ая) в дальнейшем "Пациент", с другой стороны, заключили настоящий договор на оказание платных медицинских услуг (далее - Договор) о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Настоящий договор определяет условия оказания платных медицинских услуг. Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется оказать Пациенту следующий перечень платных медицинских услуг:

Наименование	ФИО врача	Кол-во	Цена, руб.	Сумма, руб.
				Итого: руб.

1.2. Платные медицинские услуги оказываются Исполнителем на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности (Приложение № 1 к настоящему договору, которое является неотъемлемой частью настоящего договора).

1.3. Место оказания платных медицинских услуг: по месту нахождения Заказчика.

1.4. Срок оказания медицинских услуг составляет от 1 до 30 дней с момента подписания настоящего договора

1.5. Заказчик проинформирован, что предоставляемые платные медицинские услуги могут быть получены им в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на безвозмездной основе. Заказчик дает свое добровольное согласие на платное оказание платных медицинских услуг, при этом подтверждает свой отказ от получения данных услуг на бесплатной основе в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

2. Стоимость и порядок оплаты

2.1. Стоимость медицинской услуги определяется прейскурантом Исполнителя, действующим на момент заключения настоящего договора. В общую стоимость оказываемых в стационарных условиях платных медицинских услуг входит: стоимость койко-дня, осмотре лечащего врача, обслуживание персоналом, назначение лечения, питание. Стоимость дорогостоящих медикаментов, изделий медицинского назначения и видов обследования рассчитывается и оплачивается дополнительно.

2.2. Оплата медицинской услуги производится "Заказчиком" в размере 100% предоплаты до получения платных медицинских услуг указанных в п. 1.1 настоящего договора, путем безналичного расчета либо внесением наличных средств в кассу ГБУЗ ЧОДКБ

3. Права и обязанности сторон

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Оказать Пациенту квалифицированную, качественную медицинскую помощь в установленный договором срок в соответствии с требованиями, предъявляемыми законодательством РФ к данному виду услуг;

3.1.2. Предоставить Заказчику бесплатную, доступную, достоверную, полную информацию о предоставляемых платных медицинских услугах.

3.1.3. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, предупредить об этом «Заказчика». Без согласия Заказчика Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем и последовательность исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи Пациенту бесплатно.

3.2.2. «Исполнитель» вправе предложить «Заказчику» заменить медицинского работника, оказывающего медицинскую услугу, либо изменить сроки оказания медицинской услуги, если это не повлияет на качество услуги.

3.3. Заказчик обязан:

3.3.1. До оказания медицинской услуги предоставить врачу достоверную информацию о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях и другие сведения о состоянии здоровья Пациента, которые могут повлиять на качество оказания медицинской услуги;

3.3.2. Точно выполнять все рекомендации и назначения врача, касающиеся наблюдения и лечения Пациента;

3.3.3. Оплатить стоимость предоставляемой медицинской услуги в соответствии с п. 1.1. и 2.2. настоящего договора.

3.4. Заказчик имеет право:

3.4.1. На предоставление информации об оказываемых Пациенту медицинских услугах, связанных с их оказанием рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской услуги; 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.

3.4.2. Обследовать «Пациента» анонимно, за исключением случаев предусмотренных законодательством РФ;

3.4.3. На возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания медицинской услуги Пациенту, с учетом требований пункта 6.3. настоящего договора;

3.4.4. Отказаться или дать согласие на медицинское вмешательство. В случае отказа от медицинского вмешательства Заказчик предупреждается о последствиях такого отказа;

3.4.5. Отказаться от получения медицинской услуги и получить обратно оплаченную сумму с возмещением Исполнителю фактически понесенных расходов, связанных с исполнением обязательств по договору.

4. Информация о предоставляемой медицинской услуге

4.1. Исполнитель - ГБУЗ ЧОДКБ имеет лицензию на осуществление медицинской деятельности ЛО-74-01-005714 от 11.12.2020, выданную министерством здравоохранения Челябинской области, срок действия – бессрочная. Перечень оказываемых услуг Исполнителем, согласно выданной лицензии, указан в Приложении 1 к настоящему договору.

4.2. Заказчик в доступной для него форме проинформирован:

4.2.1. о режиме работы Исполнителя, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, сведения о квалификации и сертификации специалистов.

4.2.2. о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

4.3. Подписывая настоящий договор Заказчик подтверждает, что до него в наглядной и доступной форме доведены правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.

4.4. Перед оказанием медицинской услуги врач устанавливает отсутствие у Пациента противопоказаний.

5. Ответственность сторон

Согласие На обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся , серия_номер , являюсь законным представителем , зарегистрированный(-ая) по адресу , серия номер , выданное

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 №152-ФЗ, и статьи 61 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22.07.1993 №5487-1, подтверждаю свое согласие на обработку с использованием средств автоматизации или без использования таких средств Государственному бюджетному учреждению здравоохранения "Челябинская областная детская клиническая больница" , адрес: 454076, г.Челябинск,ул.Блюхера,42а (далее Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса обязательного медицинского страхования (ОМС), реквизиты полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, обработку специальных категорий персональных данных. 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 порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации, а также договором на оказание медицинской помощи по программе ОМС, ДМС между Оператором и страховой медицинской компанией.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской компанией, Министерством здравоохранения, Фондом социального страхования, Фондом обязательного медицинского страхования, органом статистической отчетности с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты). Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, за исключением случаев, предусмотренных Федеральными законами.

Настоящее согласие дано мной 19 июля 2021 (дата) 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:

а) прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи;

б) по истечении указанного выше срока хранения моих персональных данных (двадцать пять лет) уничтожить (стереть) все мои персональные данные из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

— _____

АКТ

сдачи-приемки работ к договору от

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Челябинская областная детская клиническая больница", именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Киреевой Галины Николаевны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин _именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, составили настоящий акт о нижеследующем:

Согласно договора № от . **Заказчику были оказаны следующие услуги:**

Наименование	ФИО врача	Кол-во	Цена	Сумма
				Итого:

Настоящим Заказчик подтверждает, что услуги оказаны Исполнителем качественно в срок

Исполнитель

Специалист,
принимающий непосредственное участие
в обследовании и лечении

_____ / _____ /

Заказчик

_____ / _____ /

МП

АКТ

сдачи-приемки работ к договору от

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Челябинская областная детская клиническая больница", именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Киреевой Галины Николаевны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин _именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, составили настоящий акт о нижеследующем:

Согласно договора № от . **Заказчику были оказаны следующие услуги:**

Наименование	ФИО врача	Кол-во	Цена	Сумма
				Итого:

Настоящим Заказчик подтверждает, что услуги оказаны Исполнителем качественно в срок

Исполнитель

Специалист,
принимающий непосредственное участие
в обследовании и лечении

_____ / _____ /

Заказчик

_____ / _____ /