

государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Верхнепышминская центральная городская больница имени П.Д. Бородина»

ПРИКАЗ

23.08.2023

№593

«Об утверждении форм договоров на оказание платных медицинских услуг»

С связи с введением в действие новых Правил предоставления платных медицинских услуг, утвержденные Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 г. №736

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить с 01.09.2023 г.:
 - 1.1. Форму договора на оказание платных медицинских услуг с физическими лицами, где Заказчик и Потребитель – одно и тоже лицо (Приложение №1)
 - 1.2. Форму договора на оказание платных медицинских услуг с физическими лицами, где Заказчик и Потребитель – разные лица (приложение №2)
 - 1.3. Форму договора на оказание платных медицинских услуг с анонимным пациентом (приложение №3)
 - 1.4. Форму договора на оказание платных медицинских услуг с физическими лицами, заключенный дистанционным способом (приложение №4)
2. Заведующей канцелярией Майоровой Н.В. ознакомить с приказом под роспись лиц согласно рассылке.
3. Контроль за исполнением приказа возложить на начальника отдела маркетинга Осокину Н.А.

Главный врач

В.Г. Денисов

**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**

Сертификат 00CA8D887E520424C9D713157628A1A90F
Владелец Денисов Вячеслав Геннадьевич
Действителен с 01.03.2023 по 24.05.2024

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № _____

г. Верхняя Пышма

« _____ » 20__ г.

государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Верхнепышминская центральная городская больница имени П.Д. Бородина» (ГАУЗ СО «Верхнепышминская ЦГБ им. П.Д. Бородина»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании доверенности от _____ года № _____, лицензии № ЛО41-01021-66/00347309 от 25.12.2020 года, с одной стороны и гражданин(ка) _____, именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА

1.1. Сведения об Исполнителе.

1.1.1. Наименование организации:

государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Верхнепышминская центральная городская больница имени П.Д. Бородина» (ГАУЗ СО «Верхнепышминская ЦГБ им. П.Д. Бородина»).

1.1.2. Адрес местонахождения: 624090 Свердловская область, г. Верхняя Пышма, ул. Чайковского, д. 32.

1.1.3. Адрес(а) мест(а) оказания медицинских услуг: Свердловская область, _____.

1.1.4. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ, с указанием органа, осуществляющего госрегистрацию:

ОГРН 1026600729792, дата регистрации – 21.07.1993 г., данные о регистрирующем органе – Администрация муниципального образования «Верхняя Пышма», 624097, Свердловская область, г. Верхняя Пышма, пр-кт Успенский, 115, ИНН 6606003441.

1.1.5. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации, наименование, адрес местонахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа: лицензия от 25.12.2020 г. № ЛО41-01021-66/00347309 выдана Министерством здравоохранения Свердловской области, находящимся по адресу: 620014, г. Екатеринбург, ул. Вайнера, 34б. Телефон: 8 (343) 312-00-03.

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, содержится в соответствующей лицензии Исполнителя, копия которой является частью настоящего договора (приложением к настоящему договору) и находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на официальном сайте Исполнителя <https://vpcgb.ru/>.

1.1.6. Иная информация об Исполнителе, предусмотренная п. 17 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023г. № 736, находится на официальном сайте Исполнителя <https://vpcgb.ru/>.

1.2. Сведения о Потребителе.

1.2.1. Фамилия, имя и отчество (при наличии) _____

1.2.2. Адрес места жительства, иные адреса, на которые (при их указании в договоре) исполнитель может направлять ответы на письменные обращения: _____.

1.2.3. Телефон: _____.

1.2.4. Данные документа, удостоверяющего личность: _____.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю медицинские услуги на условиях, определенных настоящим Договором, а Потребитель обязуется оплатить указанные услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

2.1.1. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором:

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Стоимость медицинской услуги
1.		
2.		
3.		

**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**

Сертификат 00CA8D887E520424C9D713157628A1A90F
Владелец Денисов Вячеслав Геннадьевич
Действителен с 01.03.2023 по 24.05.2024

4.		
	Всего к оплате:	–

- 2.2. Потребитель подтверждает, что согласен на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.
- 2.3. При необходимости Потребителю могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень и сроки оказания которых согласуются Сторонами в дополнительном соглашении к настоящему Договору.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, требованиям, предъявляемым к методикам диагностических исследований, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, в том числе положениями об организации оказания медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи.

3.1.2. Обеспечить Потребителя бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской помощи.

3.1.3. Уведомить Потребителя о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «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.

3.1.4. После исполнения Договора выдать Потребителю 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 в течение 3 (трех) рабочих дней.

3.1.5. Предоставлять платные медицинские услуги только при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан (Приложение № 1).

3.1.6. 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;

- копии медицинских документов (выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья Потребителя 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;

- копию договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения), справку об оплате медицинских услуг по установленной форме, рецептурный бланк с поставленным штампом «Для налоговых органов Российской Федерации, идентификационный номер налогоплательщика», заверенный подписью и личной печатью врача, печатью медицинской организации, документы установленного образца, подтверждающие оплату лекарственных препаратов (кассовый чек, бланк строгой отчетности или иной документ, подтверждающий факт осуществления расчета, в случаях, если в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации о применении контрольно-кассовой техники у медицинской организации отсутствует обязанность по применению контрольно-кассовой техники при осуществлении расчетов).

Запрашиваемые документы предоставляются Потребителю в течение 3 рабочих дней со дня поступления заявления Исполнителю о предоставлении указанных документов.

При поступлении заявления от Потребителя на предоставление копий медицинских документов (выписок из медицинских документов) в период нахождения Потребителя на стационарном лечении у Исполнителя, указанные документы предоставляются в течение 1 рабочего дня.

3.2. Потребитель обязуется:

3.2.1. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

3.2.2. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные

сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

3.2.3. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. Получать от Потребителя информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

3.3.2. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

3.4. Потребитель имеет право:

3.4.1. Получать от Исполнителя услуги, предусмотренные настоящим Договором.

3.4.2. Получать информацию о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья.

3.5. Потребитель и Исполнитель обладают иными правами и несут иные обязанности, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

4. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

4.1. Стоимость услуг по настоящему договору определяется исходя из действующего у Исполнителя прейскуранта в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг и составляет _____ (_____) руб.

4.2. Оплата Потребителем стоимости услуг осуществляется в течение 15 календарных дней путем перечисления суммы денежных средств, указанных в пункте 4.1 настоящего Договора, на расчетный счет Исполнителя, указанный в настоящем договоре, или путем внесения в кассу Исполнителя наличными денежными средствами. При этом Потребителю выдается документ, подтверждающий произведенную оплату.

4.3. Потребитель ознакомлен с прейскурантом до подписания настоящего договора.

4.4. Срок (дата) оказания и время ожидания медицинских услуг:

4.4.1. Потребитель должен обратиться за оказанием услуги в течение 30 дней со дня подписания настоящего договора.

4.4.2. Исполнитель оказывает услугу в течение 30 дней со дня обращения Потребителя при условии оплаты в соответствии с п.4.2 настоящего договора.

5. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

5.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления потребителя (законного представителя потребителя) и согласия Потребителя приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Потребителя. Потребителю Исполнителем разъяснены возможность и порядок получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, Потребитель отказывается от получения бесплатной плановой помощи.

5.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензией на медицинскую деятельность, порядками, стандартами, на основе клинических рекомендаций, другими документами в соответствии с действующим законодательством России.

5.3. Потребитель предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

5.4. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством России.

5.5. Потребитель незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

5.6. До заключения настоящего Договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (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 здоровья Потребителя.

5.7. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя).

5.8. Потребитель дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Потребителя в объеме и способами, указанными в Федеральном законе от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

6.1. Исполнитель несет перед Потребителем ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации, за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора,

несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя.

6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента (потребителя) в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.3. Потребитель несет ответственность за нарушение условий договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством России.

6.4. Потребитель несет ответственность за нарушение условий договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.7. В случаях, предусмотренных пунктами 6.3, 6.4 Договора, Исполнитель вправе приостановить проведение лечебно-диагностических мероприятий, за исключением проведения лечения по жизненным показаниям (экстренной помощи).

6.8. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

7.1. Настоящий Договор может быть изменен и дополнен по соглашению Сторон.

7.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

7.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме.

7.4. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

8.1. Стороны обязуются все возникающие разногласия решать путем переговоров.

8.2. При неурегулировании Сторонами возникших разногласий спор разрешается в судебном порядке.

8.3. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством.

9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ

9.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного исполнения обязательств.

9.2. Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

10. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Потребитель:

Адрес _____ места _____ жительства: _____

Документ, _____ удостоверяющий _____
личность: _____

Телефон: _____

Исполнитель:

ГАУЗ СО «Верхнепышминская ЦГБ им. П.Д. Бородина»

624090, г. Верхняя Пышма, ул. Чайковского, 32

Телефон/факс: (343 68) 5-43-21/5-27-75

Адрес электронной почты : vphosp@mail.ru

Официальный сайт: vpcgb.ru

ИНН 6606003441 КПП 668601001 ОГРН 1026600729792

Получатель: Министерство финансов Свердловской области

(ГАУЗ СО «Верхнепышминская ЦГБ им. П.Д. Бородина») _____

в Уральском ГУ Банка России // УФК по Свердловской области г. Екатеринбург

БИК 016577551

Единый казначейский счет 40102810645370000054

Казначейский счет 03224643650000006200

Лицевой счет 33013009870

М.П.

Информированное добровольное согласие на предоставление платных медицинских услуг, обработку персональных данных, медицинское вмешательство

Я _____, зарегистрированный _____ по адресу: _____ в рамках договора об оказании государственным автономным учреждением здравоохранения Свердловской области «Верхнепышминская центральная городская больница имени П.Д. Бородина» (ГАУЗ СО «Верхнепышминская ЦГБ им. П.Д. Бородина») (далее по тексту – Учреждение) платных услуг, даю свое согласие на:

1. На оказание платных медицинских услуг

1.1. Я получил(а) от сотрудников Учреждения полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.

1.2. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(на) оплатить стоимость медицинских услуг, указанных в настоящем Договоре.

2. На обработку персональных данных

2.1. В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку Учреждением моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, 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.

2.2. Я даю согласие на использование моих персональных данных в целях выполнения обязательств по договору оказания платных медицинских услуг.

2.3. Настоящее согласие предоставляется на осуществление особых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных целей.

2.4. Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

3. На медицинское вмешательство

3.1. Мне разъяснены и понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Я понимаю необходимость проведения необходимых манипуляций (процедур), выполняемых в рамках заключенного настоящего договора.

3.2. Мне полностью понятно, что во время указанной манипуляции (процедуры) или после нее могут развиваться осложнения, что может потребовать дополнительного медицинского вмешательства.

3.3. Я уполномочиваю медицинских работников Учреждения выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

3.4. Я обязуюсь поставить(а) в известность врача до момента оказания мне платных медицинских услуг обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне заболеваниях, травмах, операциях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов, сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

3.5. Я согласен(а), что при несоблюдении назначений и рекомендаций, лечащий врач не несет ответственности за результаты моего лечения.

3.6. Я удостоверяю, что текст моего добровольного информированного согласия на оказание платных медицинских услуг, на обработку персональных данных, на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов платных медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Потребитель (Заказчик) _____

(подпись)

(Ф. И. О.)

Главному врачу
ГАУЗ СО «Верхнепышминская ЦГБ им. П.Д. Бородина»
Денисову В.Г.

от _____
(Ф.И.О. Потребителя)

УВЕДОМЛЕНИЕ

В соответствии с п. 24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736, настоящим подтверждаю, что до заключения договора о предоставлении мне платных медицинских услуг, уведомлен 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 моем состоянии здоровья.

«__» _____ 20__ г. _____
(подпись) (Ф. И. О.)

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № _

г. Верхняя Пышма

« » _____ 20__ г.

государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Верхнепышминская центральная городская больница имени П.Д. Бородина» (ГАУЗ СО «Верхнепышминская ЦГБ им. П.Д. Бородина»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании доверенности от _____ года № _____, лицензии № ЛО41-01021-66/00347309 от 25.12.2020 года, с одной стороны и именуемый в дальнейшем «Заказчик», действующий в интересах _____ (Ф.И.О.), именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА

1.1. Сведения об Исполнителе.

1.1.1. Наименование организации:

государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Верхнепышминская центральная городская больница имени П.Д. Бородина» (ГАУЗ СО «Верхнепышминская ЦГБ им. П.Д. Бородина»).

1.1.2. Адрес местонахождения: 624090 Свердловская область, г. Верхняя Пышма, ул. Чайковского, д. 32.

1.1.3. Адрес(а) мест(а) оказания медицинских услуг: Свердловская область, _____

1.1.4. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ, с указанием органа, осуществляющего госрегистрацию:

ОГРН 1026600729792, дата регистрации – 21.07.1993 г., данные о регистрирующем органе – Администрация муниципального образования «Верхняя Пышма», 624097, Свердловская область, г. Верхняя Пышма, пр-кт Успенский, 115, ИНН 6606003441.

1.1.5. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации, наименование, адрес местонахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа: лицензия от 25.12.2020 г. № ЛО41-01021-66/00347309 выдана Министерством здравоохранения Свердловской области, находящимся по адресу: 620014, г. Екатеринбург, ул. Вайнера, 34б. Телефон: 8 (343) 312-00-03.

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, содержится в соответствующей лицензии Исполнителя, копия которой является частью настоящего договора (приложением к настоящему договору) и находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на официальном сайте Исполнителя <https://vpcgb.ru/>.

1.1.6. Иная информация об Исполнителе, предусмотренная п. 17 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023г. № 736, находится на официальном сайте Исполнителя <https://vpcgb.ru/>.

1.2. Сведения о Заказчике:

1.2.1. Фамилия, имя и отчество (при наличии) _____

1.2.2. Адрес места жительства, иные адреса, на которые (при их указании в договоре) исполнитель может направлять ответы на письменные обращения: _____

1.2.3. Телефон: _____

1.2.4. _____ Данные документа, удостоверяющего личность: _____

1.3 Сведения о Потребителе:

1.3.1. Фамилия, имя и отчество (при наличии) _____

1.3.2. Адрес места жительства, иные адреса, на которые (при их указании в договоре) исполнитель может направлять ответы на письменные обращения: _____

1.3.3. Телефон: _____

1.3.4. _____ Данные документа, удостоверяющего личность: _____

**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**

Сертификат 00CA8D887E520424C9D713157628A1A90F
Владелец **Денисов Вячеслав Геннадьевич**
Действителен с 01.03.2023 по 24.05.2024

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю медицинские услуги на условиях, определенных настоящим Договором, а Заказчик обязуется оплатить указанные услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

2.1.1. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором:

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Стоимость медицинской услуги
1.		
2.		
3.		
4.		
	Всего к оплате:	—

2.2. Потребитель подтверждает, что согласен на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.3. При необходимости Потребителю могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень и сроки оказания которых согласуются Сторонами в дополнительном соглашении к настоящему Договору.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, требованиям, предъявляемым к методикам диагностических исследований, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, в том числе положениями об организации оказания медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи.

3.1.2. Обеспечить Потребителя бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской помощи.

3.1.3. Уведомить Потребителя о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «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.

3.1.4. После исполнения Договора выдать Потребителю 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 в течение 3 (трех) рабочих дней.

3.1.5. Предоставлять платные медицинские услуги только при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан (Приложение № 1).

3.1.6. 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;

– копии медицинских документов (выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья Потребителя 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;

– копию договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения), справку об оплате медицинских услуг по установленной форме, рецептурный бланк с поставленным штампом «Для налоговых органов Российской Федерации, идентификационный номер налогоплательщика», заверенный

подписью и личной печатью врача, печатью медицинской организации, документы установленного образца, подтверждающие оплату лекарственных препаратов (кассовый чек, бланк строгой отчетности или иной документ, подтверждающий факт осуществления расчета, в случаях, если в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации о применении контрольно-кассовой техники у медицинской организации отсутствует обязанность по применению контрольно-кассовой техники при осуществлении расчетов).

Запрашиваемые документы предоставляются Потребителю в течение 3 рабочих дней со дня поступления заявления Исполнителю о предоставлении указанных документов.

При поступлении заявления от Потребителя на предоставление копий медицинских документов (выписок из медицинских документов) в период нахождения Потребителя на стационарном лечении у Исполнителя, указанные документы предоставляются в течение 1 рабочего дня.

3.2. Потребитель обязуется:

3.2.1. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

3.2.2. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

3.2.3. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. Получать от Потребителя информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

3.3.2. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

3.4. Потребитель имеет право:

3.4.1. Получать от Исполнителя услуги, предусмотренные настоящим Договором.

3.4.2. Получать информацию о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья.

3.5. Потребитель и Исполнитель обладают иными правами и несут иные обязанности, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

4. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

4.1. Стоимость услуг по настоящему договору определяется исходя из действующего у Исполнителя прейскуранта в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг и составляет _____ (_____) руб.

4.2. Оплата Потребителем стоимости услуг осуществляется в течение 15 календарных дней путем перечисления суммы денежных средств, указанных в пункте 4.1 настоящего Договора, на расчетный счет Исполнителя, указанный в настоящем договоре, или путем внесения в кассу Исполнителя наличными денежными средствами. При этом Потребителю выдается документ, подтверждающий произведенную оплату.

4.3. Потребитель ознакомлен с прейскурантом до подписания настоящего договора.

4.4. Срок (дата) оказания и время ожидания медицинских услуг:

4.4.1. Потребитель должен обратиться за оказанием услуги в течение 30 дней со дня подписания настоящего договора.

4.4.2. Исполнитель оказывает услугу в течение 30 дней со дня обращения Потребителя при условии оплаты в соответствии с п.4.2 настоящего договора.

5. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

5.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления потребителя (законного представителя потребителя) и согласия Потребителя приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Потребителя. Потребителю Исполнителем разъяснены возможность и порядок получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, Потребитель отказывается от получения бесплатной плановой помощи.

5.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензией на медицинскую деятельность, порядками, стандартами, на основе клинических рекомендаций, другими документами в соответствии с действующим законодательством России.

5.3. Потребитель предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

5.4. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством России.

5.5. Потребитель незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

5.6. До заключения настоящего Договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (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 здоровья Потребителя.

5.7. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя).

5.8. Потребитель дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Потребителя в объеме и способами, указанными в Федеральном законе от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

6.1. Исполнитель несет перед Потребителем ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации, за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя.

6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента (потребителя) в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.3. Потребитель несет ответственность за нарушение условий договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством России.

6.4. Потребитель несет ответственность за нарушение условий договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.7. В случаях, предусмотренных пунктами 6.3, 6.4 Договора, Исполнитель вправе приостановить проведение лечебно-диагностических мероприятий, за исключением проведения лечения по жизненным показаниям (экстренной помощи).

6.8. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

7.1. Настоящий Договор может быть изменен и дополнен по соглашению Сторон.

7.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

7.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме.

7.4. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

8.1. Стороны обязуются все возникающие разногласия решать путем переговоров.

8.2. При неурегулировании Сторонами возникших разногласий спор разрешается в судебном порядке.

8.3. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством.

9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ

9.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного исполнения обязательств.

9.2. Договор составлен в трех экземплярах, по одному для каждой из Сторон, а также Заказчику.

10. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Потребитель:

Исполнитель:

ГАУЗ СО «Верхнепышминская ЦГБ
им. П.Д. Бородина»
624090, г. Верхняя Пышма, ул. Чайковского, 32

Сертификат 00CA8D887E520424C9D713157628A1A90F

Адрес _____ места _____ жительства: _____
Документ, _____ удостоверяющий _____
личность: _____

Телефон: _____

Телефон/факс: (343 68) 5-43-21/5-27-75
Адрес электронной почты : vphosp@mail.ru
Официальный сайт: vrcgb.ru
ИНН 6606003441 КПП 668601001
ОГРН 1026600729792
Получатель: Министерство финансов Свердловской
области (ГАУЗ СО «Верхнепышминская ЦГБ им.
П.Д. Бородина»)
в Уральском ГУ Банка России // УФК по
Свердловской области г. Екатеринбург
БИК 016577551
Единый казначейский счет 40102810645370000054
Казначейский счет 03224643650000006200
Лицевой счет 33013009870

М.П.

Информированное добровольное согласие на предоставление платных медицинских услуг, обработку персональных данных, медицинское вмешательство

Я _____, зарегистрированный _____ по адресу: _____ в рамках договора об оказании государственным автономным учреждением здравоохранения Свердловской области «Верхнепышминская центральная городская больница имени П.Д. Бородина» (ГАУЗ СО «Верхнепышминская ЦГБ им. П.Д. Бородина») (далее по тексту – Учреждение) платных услуг, даю свое согласие на:

1. На оказание платных медицинских услуг

1.1. Я получил(а) от сотрудников Учреждения полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.

1.2. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(на) оплатить стоимость медицинских услуг, указанных в настоящем Договоре.

2. На обработку персональных данных

2.1. В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку Учреждением моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, 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.

2.2. Я даю согласие на использование моих персональных данных в целях выполнения обязательств по договору оказания платных медицинских услуг.

2.3. Настоящее согласие предоставляется на осуществление особых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных целей.

2.4. Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

3. На медицинское вмешательство

3.1. Мне разъяснены и понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Я понимаю необходимость проведения необходимых манипуляций (процедур), выполняемых в рамках заключенного настоящего договора.

3.2. Мне полностью понятно, что во время указанной манипуляции (процедуры) или после нее могут развиваться осложнения, что может потребовать дополнительного медицинского вмешательства.

3.3. Я уполномочиваю медицинских работников Учреждения выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

3.4. Я обязуюсь поставить(а) в известность врача до момента оказания мне платных медицинских услуг обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне заболеваниях, травмах, операциях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов, сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

3.5. Я согласен(а), что при несоблюдении назначений и рекомендаций, лечащий врач не несет ответственности за результаты моего лечения.

3.6. Я удостоверяю, что текст моего добровольного информированного согласия на оказание платных медицинских услуг, на обработку персональных данных, на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов платных медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Потребитель (Заказчик) _____

(подпись)

(Ф. И. О.)

Главному врачу
ГАУЗ СО «Верхнепышминская ЦГБ им. П.Д. Бородина»
Денисову В.Г.

от _____
(Ф.И.О. Потребителя)

УВЕДОМЛЕНИЕ

В соответствии с п. 24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736, настоящим подтверждаю, что до заключения договора о предоставлении мне платных медицинских услуг, уведомлен 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 моем состоянии здоровья.

«__» _____ 20__ г. _____
(подпись) (Ф. И. О.)

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № _

г. Верхняя Пышма

« » _____ 20__ г.

государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Верхнепышминская центральная городская больница имени П.Д. Бородина» (ГАУЗ СО «Верхнепышминская ЦГБ им. П.Д. Бородина»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании доверенности от _____ года № _____, лицензии № ЛО41-01021-66/00347309 от 25.12.2020 года, с одной стороны и Неизвестный, назвавший себя _____ (заполняется со слов Потребителя), с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА

1.1. Сведения об Исполнителе.

1.1.1. Наименование организации:

государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Верхнепышминская центральная городская больница имени П.Д. Бородина» (ГАУЗ СО «Верхнепышминская ЦГБ им. П.Д. Бородина»).

1.1.2. Адрес местонахождения: 624090 Свердловская область, г. Верхняя Пышма, ул. Чайковского, д. 32.

1.1.3. Адрес(а) мест(а) оказания медицинских услуг: Свердловская область, _____

1.1.4. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ, с указанием органа, осуществляющего госрегистрацию:

ОГРН 1026600729792, дата регистрации – 21.07.1993 г., данные о регистрирующем органе – Администрация муниципального образования «Верхняя Пышма», 624097, Свердловская область, г. Верхняя Пышма, пр-кт Успенский, 115, ИНН 6606003441.

1.1.5. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации, наименование, адрес местонахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа: лицензия от 25.12.2020 г. № ЛО41-01021-66/00347309 выдана Министерством здравоохранения Свердловской области, находящимся по адресу: 620014, г. Екатеринбург, ул. Вайнера, 34б. Телефон: 8 (343) 312-00-03.

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, содержится в соответствующей лицензии Исполнителя, находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на официальном сайте Исполнителя <https://vpcgb.ru/>.

1.1.6. Иная информация об Исполнителе, предусмотренная п. 17 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023г. № 736, находится на официальном сайте Исполнителя <https://vpcgb.ru/>.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю медицинские услуги на условиях, определенных настоящим Договором, а Потребитель обязуется оплатить указанные услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

2.1.1. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором:

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Стоимость медицинской услуги
1.		
2.		
3.		
4.		
	Всего к оплате:	—

2.2. Потребитель подтверждает, что согласен на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.3. При необходимости Потребителю могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень и сроки оказания которых согласуются Сторонами в дополнительном соглашении к настоящему Договору.

Документ подписан
электронной подписью
Сертификат 00CA8D887E520424C9D713157628A1A90F
Владелец Денисов Вячеслав Геннадьевич
Действителен с 01.03.2023 по 24.05.2024

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, требованиям, предъявляемым к методикам диагностических исследований, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, в том числе положениями об организации оказания медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи.

3.1.2. Обеспечить Потребителя бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской помощи.

3.1.3. Уведомить Потребителя о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «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.

3.1.4. После исполнения Договора выдать Потребителю 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 в течение 3 (трех) рабочих дней.

3.1.5. Предоставлять платные медицинские услуги только при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан (Приложение № 1).

3.1.6. 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;

- копии медицинских документов (выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья Потребителя 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;

- копию договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения), справку об оплате медицинских услуг по установленной форме, рецептурный бланк с поставленным штампом «Для налоговых органов Российской Федерации, идентификационный номер налогоплательщика», заверенный подписью и личной печатью врача, печатью медицинской организации, документы установленного образца, подтверждающие оплату лекарственных препаратов (кассовый чек, бланк строгой отчетности или иной документ, подтверждающий факт осуществления расчета, в случаях, если в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации о применении контрольно-кассовой техники у медицинской организации отсутствует обязанность по применению контрольно-кассовой техники при осуществлении расчетов).

Запрашиваемые документы предоставляются Потребителю в течение 3 рабочих дней со дня поступления заявления Исполнителю о предоставлении указанных документов.

При поступлении заявления от Потребителя на предоставление копий медицинских документов (выписок из медицинских документов) в период нахождения Потребителя на стационарном лечении у Исполнителя, указанные документы предоставляются в течение 1 рабочего дня.

В медицинской документации, которая оформляется в период оказания платных медицинских услуг Потребителю, содержится информация о том, что оказываемые платные медицинские услуги предоставляются на условиях анонимности со стороны Потребителя.

3.2. Потребитель обязуется:

3.2.1. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

3.2.2. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

3.2.3. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. Получать от Потребителя информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

3.3.2. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

3.4. Потребитель имеет право:

3.4.1. Получать от Исполнителя услуги, предусмотренные настоящим Договором.

3.4.2. Получать информацию о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья.

3.5. Потребитель и Исполнитель обладают иными правами и несут иные обязанности, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

4. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

4.1. Стоимость услуг по настоящему договору определяется исходя из действующего у Исполнителя прейскуранта в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг и составляет _____ (_____) руб.

4.2. Оплата Потребителем стоимости услуг осуществляется в течение 15 календарных дней путем перечисления суммы денежных средств, указанных в пункте 4.1 настоящего Договора, на расчетный счет Исполнителя, указанный в настоящем договоре, или путем внесения в кассу Исполнителя наличными денежными средствами. При этом Потребителю выдается документ, подтверждающий произведенную оплату.

4.3. Потребитель ознакомлен с прейскурантом до подписания настоящего договора.

4.4. Срок (дата) оказания и время ожидания медицинских услуг:

4.4.1. Потребитель должен обратиться за оказанием услуги в течение 30 дней со дня подписания настоящего договора.

4.4.2. Исполнитель оказывает услугу в течение 30 дней со дня обращения Потребителя при условии оплаты в соответствии с п.4.2 настоящего договора.

5. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

5.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления потребителя (законного представителя потребителя) и согласия Потребителя приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Потребителя. Потребителю Исполнителем разъяснены возможность и порядок получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, Потребитель отказывается от получения бесплатной плановой помощи.

5.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензией на медицинскую деятельность, порядками, стандартами, на основе клинических рекомендаций, другими документами в соответствии с действующим законодательством России.

5.3. Потребитель предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

5.4. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством России.

5.5. Потребитель незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

5.6. До заключения настоящего Договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (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 здоровья Потребителя.

5.7. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя).

5.8. Потребитель дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Потребителя в объеме и способами, указанными в Федеральном законе от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

6.1. Исполнитель несет перед Потребителем ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации, за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения,

разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя.

6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента (потребителя) в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.3. Потребитель несет ответственность за нарушение условий договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством России.

6.4. Потребитель несет ответственность за нарушение условий договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.7. В случаях, предусмотренных пунктами 6.3, 6.4 Договора, Исполнитель вправе приостановить проведение лечебно-диагностических мероприятий, за исключением проведения лечения по жизненным показаниям (экстренной помощи).

6.8. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

7.1. Настоящий Договор может быть изменен и дополнен по соглашению Сторон.

7.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

7.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме.

7.4. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

8.1. Стороны обязуются все возникающие разногласия решать путем переговоров.

8.2. При неурегулировании Сторонами возникших разногласий спор разрешается в судебном порядке.

8.3. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством.

9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ

9.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного исполнения обязательств.

9.2. Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

10. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Потребитель:

Неизвестный, назвавший себя

Адрес места жительства (указывается по желанию Потребителя с его слов):

Контактный телефон (указывается по желанию Потребителя с его слов):

Исполнитель:

ГАУЗ СО «Верхнепышминская ЦГБ им. П.Д. Бородина»

624090, г. Верхняя Пышма, ул. Чайковского, 32

Телефон/факс: (343 68) 5-43-21/5-27-75

Адрес электронной почты: vphosp@mail.ru

Официальный сайт: vpcgb.ru

ИНН 6606003441 КПП 668601001 ОГРН 1026600729792

Получатель: Министерство финансов Свердловской области (ГАУЗ СО «Верхнепышминская ЦГБ им. П.Д. Бородина»)

в Уральском ГУ Банка России // УФК по Свердловской области г. Екатеринбург

БИК 016577551

Единый казначейский счет 40102810645370000054

Казначейский счет 03224643650000006200

Лицевой счет 33013009870

М.П.

Информированное добровольное согласие на предоставление платных медицинских услуг, обработку персональных данных, медицинское вмешательство

Я _____, зарегистрированный _____ по адресу: _____ в рамках договора об оказании государственным автономным учреждением здравоохранения Свердловской области «Верхнепышминская центральная городская больница имени П.Д. Бородина» (ГАУЗ СО «Верхнепышминская ЦГБ им. П.Д. Бородина») (далее по тексту – Учреждение) платных услуг, даю свое согласие на:

1. На оказание платных медицинских услуг

1.1. Я получил(а) от сотрудников Учреждения полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.

1.2. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(на) оплатить стоимость медицинских услуг, указанных в настоящем Договоре.

2. На обработку персональных данных

2.1. В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку Учреждением моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, 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.

2.2. Я даю согласие на использование моих персональных данных в целях выполнения обязательств по договору оказания платных медицинских услуг.

2.3. Настоящее согласие предоставляется на осуществление особых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных целей.

2.4. Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

3. На медицинское вмешательство

3.1. Мне разъяснены и понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Я понимаю необходимость проведения необходимых манипуляций (процедур), выполняемых в рамках заключенного настоящего договора.

3.2. Мне полностью понятно, что во время указанной манипуляции (процедуры) или после нее могут развиваться осложнения, что может потребовать дополнительного медицинского вмешательства.

3.3. Я уполномочиваю медицинских работников Учреждения выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

3.4. Я обязуюсь поставить(а) в известность врача до момента оказания мне платных медицинских услуг обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне заболеваниях, травмах, операциях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов, сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

3.5. Я согласен(а), что при несоблюдении назначений и рекомендаций, лечащий врач не несет ответственности за результаты моего лечения.

3.6. Я удостоверяю, что текст моего добровольного информированного согласия на оказание платных медицинских услуг, на обработку персональных данных, на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов платных медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Потребитель (Заказчик) _____
(подпись) (Ф. И. О.)

Главному врачу
ГАУЗ СО «Верхнепышминская ЦГБ им. П.Д. Бородина»
Денисову В.Г.

от _____

УВЕДОМЛЕНИЕ

В соответствии с п. 24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736, настоящим подтверждаю, что до заключения договора о предоставлении мне платных медицинских услуг, уведомлен 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 моем состоянии здоровья.

«__» _____ 20__ г. _____
(подпись) (Ф. И. О.)

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № _

г. Верхняя Пышма

« » _____ 20__ г.

государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Верхнепышминская центральная городская больница имени П.Д. Бородина» (ГАУЗ СО «Верхнепышминская ЦГБ им. П.Д. Бородина»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании доверенности от _____ года № _____, лицензии № ЛО41-01021-66/00347309 от 25.12.2020 года, с одной стороны и гражданин(ка) _____, именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА

1.1. Сведения об Исполнителе.

1.1.1. Наименование организации:

государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Верхнепышминская центральная городская больница имени П.Д. Бородина» (ГАУЗ СО «Верхнепышминская ЦГБ им. П.Д. Бородина»).

1.1.2. Адрес местонахождения: 624090 Свердловская область, г. Верхняя Пышма, ул. Чайковского, д. 32.

1.1.3. Адрес(а) мест(а) оказания медицинских услуг: Свердловская область, _____

1.1.4. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ, с указанием органа, осуществляющего госрегистрацию:

ОГРН 1026600729792, дата регистрации – 21.07.1993 г., данные о регистрирующем органе – Администрация муниципального образования «Верхняя Пышма», 624097, Свердловская область, г. Верхняя Пышма, пр-кт Успенский, 115, ИНН 6606003441.

1.1.5. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации, наименование, адрес местонахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа: лицензия от 25.12.2020 г. № ЛО41-01021-66/00347309 выдана Министерством здравоохранения Свердловской области, находящимся по адресу: 620014, г. Екатеринбург, ул. Вайнера, 34б. Телефон: 8 (343) 312-00-03.

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, содержится в соответствующей лицензии Исполнителя, копия которой является частью настоящего договора (приложением к настоящему договору) и находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на официальном сайте Исполнителя.

1.1.6. Иная информация об Исполнителе, предусмотренная п. 17 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023г. № 736, находится на официальном сайте Исполнителя <https://vpcgb.ru/>.

1.2. Сведения о Потребителе.

1.2.1. Фамилия, имя и отчество (при наличии) _____

1.2.2. Адрес места жительства, иные адреса, на которые (при их указании в договоре) исполнитель может направлять ответы на письменные обращения: _____

1.2.3. Телефон: _____

1.2.4. _____ Данные документа, удостоверяющего личность: _____

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю медицинские услуги на условиях, определенных настоящим Договором, а Потребитель обязуется оплатить указанные услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

2.1.1. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором:

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Стоимость медицинской услуги
1.		
2.		
3.		

**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**
Сертификат 00CA8D887E520424C9D713157628A1A90F
Владелец **Денисов Вячеслав Геннадьевич**
Действителен с 01.03.2023 по 24.05.2024

4.		
	Всего к оплате:	—

- 2.2. Потребитель подтверждает, что согласен на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.
- 2.3. При необходимости Потребителю могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень и сроки оказания которых согласуются Сторонами в дополнительном соглашении к настоящему Договору.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, требованиям, предъявляемым к методикам диагностических исследований, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, в том числе положениями об организации оказания медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи.

3.1.2. Обеспечить Потребителя бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской помощи.

3.1.3. Уведомить Потребителя о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «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.

3.1.4. После исполнения Договора выдать Потребителю 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 в течение 3 (трех) рабочих дней.

3.1.5. Предоставлять платные медицинские услуги только при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан (Приложение № 1).

3.1.6. 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;
- копии медицинских документов (выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья Потребителя 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;
- копию договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения), справку об оплате медицинских услуг по установленной форме, рецептурный бланк с поставленным штампом «Для налоговых органов Российской Федерации, идентификационный номер налогоплательщика», заверенный подписью и личной печатью врача, печатью медицинской организации, документы установленного образца, подтверждающие оплату лекарственных препаратов (кассовый чек, бланк строгой отчетности или иной документ, подтверждающий факт осуществления расчета, в случаях, если в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации о применении контрольно-кассовой техники у медицинской организации отсутствует обязанность по применению контрольно-кассовой техники при осуществлении расчетов).

Запрашиваемые документы предоставляются Потребителю в течение 3 рабочих дней со дня поступления заявления Исполнителю о предоставлении указанных документов.

При поступлении заявления от Потребителя на предоставление копий медицинских документов (выписок из медицинских документов) в период нахождения Потребителя на стационарном лечении у Исполнителя, указанные документы предоставляются в течение 1 рабочего дня.

3.2. Потребитель обязуется:

3.2.1. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

3.2.2. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

3.2.3. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. Получать от Потребителя информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

3.3.2. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

3.4. Потребитель имеет право:

3.4.1. Получать от Исполнителя услуги, предусмотренные настоящим Договором.

3.4.2. Получать информацию о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья.

3.5. Потребитель и Исполнитель обладают иными правами и несут иные обязанности, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

4. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

4.1. Стоимость услуг по настоящему договору определяется исходя из действующего у Исполнителя прейскуранта в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг и составляет _____ (_____) руб.

4.2. Оплата Потребителем стоимости услуг осуществляется в течение 15 календарных дней путем перечисления суммы денежных средств, указанных в пункте 4.1 настоящего Договора, на расчетный счет Исполнителя, указанный в настоящем договоре, или путем внесения в кассу Исполнителя наличными денежными средствами. При этом Потребителю выдается документ, подтверждающий произведенную оплату.

4.3. Потребитель ознакомлен с прейскурантом до подписания настоящего договора.

4.4. Срок (дата) оказания и время ожидания медицинских услуг:

4.4.1 Потребитель должен обратиться за оказанием услуги в течение 30 дней со дня подписания настоящего договора.

4.4.2 Исполнитель оказывает услугу в течение 30 дней со дня обращения Потребителя при условии оплаты в соответствии с п.4.2 настоящего договора.

5. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

5.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления потребителя (законного представителя потребителя) и согласия Потребителя приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Потребителя. Потребителю Исполнителем разъяснены возможность и порядок получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, Потребитель отказывается от получения бесплатной плановой помощи.

5.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензией на медицинскую деятельность, порядками, стандартами, на основе клинических рекомендаций, другими документами в соответствии с действующим законодательством России.

5.3. Потребитель предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

5.4. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством России.

5.5. Потребитель незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

5.6. До заключения настоящего Договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (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 здоровья Потребителя.

5.7. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя).

5.8. Потребитель дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Потребителя в объеме и способами, указанными в Федеральном законе от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

6.1. Исполнитель несет перед Потребителем ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации, за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя.

- 6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента (потребителя) в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
- 6.3. Потребитель несет ответственность за нарушение условий договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством России.
- 6.4. Потребитель несет ответственность за нарушение условий договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
- 6.7. В случаях, предусмотренных пунктами 6.3, 6.4 Договора, Исполнитель вправе приостановить проведение лечебно-диагностических мероприятий, за исключением проведения лечения по жизненным показаниям (экстренной помощи).
- 6.8. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

- 7.1. Настоящий Договор может быть изменен и дополнен по соглашению Сторон.
- 7.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством.
- 7.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме.
- 7.4. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

- 8.1. Стороны обязуются все возникающие разногласия решать путем переговоров.
- 8.2. При неурегулировании Сторонами возникших разногласий спор разрешается в судебном порядке.
- 8.3. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством.

9. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 9.1. Настоящий Договор заключен посредством использования сети «Интернет» через официальный сайт Исполнителя на основании ознакомления потребителя и (или) заказчика с предложенным исполнителем описанием медицинской услуги (дистанционный способ заключения договора).
- 9.2 При заключении договора дистанционным способом потребитель самостоятельно знакомится на официальном сайте исполнителя в сети «Интернет» vrsgb.ru со следующей информацией:
- наименование (фирменное наименование) Исполнителя;
 - основной государственный регистрационный номер исполнителя;
 - идентификационный номер налогоплательщика (исполнителя);
 - информация об оказываемой услуге (выполняемой работе), предусмотренная статьей 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей»;
 - способы оплаты услуги (работы);
 - сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности (номер лицензии, сроки ее действия, а также информация об органе, выдавшем указанную лицензию);
 - адреса, в том числе адреса электронной почты, по которым принимаются обращения (жалобы) и требования потребителей и (или) заказчиков: _____.
- 9.3. Подписанием настоящего договора электронной подписью потребителя и (или) заказчика, потребитель и (или) заказчик подтверждает факт ознакомления с данной информацией.
- 9.4. Договор с потребителем и (или) заказчиком считается заключенным со дня оформления потребителем и (или) заказчиком соответствующего согласия (акцепта), в том числе путем совершения действий по выполнению условий договора, включая внесение частично или полностью оплаты по договору с учетом положений статей 16.1. и 37 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».
- Со дня получения согласия (акцепта) и осуществления потребителем и (или) заказчиком частичной или полной оплаты по нему все условия договора остаются неизменными и не должны корректироваться исполнителем без согласия потребителя и (или) заказчика.
- 9.5. При заключении договора исполнитель представляет потребителю и (или) заказчику подтверждение заключения такого договора. Указанное подтверждение должно содержать номер договора или иной способ идентификации договора, который позволяет потребителю и (или) заказчику получить информацию о заключенном договоре и его условиях.
- 9.6. По требованию потребителя и (или) заказчика в целях заключения и (или) исполнения договора, заключенного дистанционным способом, может осуществляться в том числе с помощью ФГИС «Единая система идентификации и аутентификации в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие

информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронной форме» («Госуслуги»).

9.7. Согласие (акцепт) должно быть подписано электронной подписью потребителя и (или) заказчика (простой, усиленной неквалифицированной или усиленной квалифицированной) и усиленной квалифицированной электронной подписью лица исполнителя.

9.8. Потребитель и (или) заказчик обязаны оплатить оказанную исполнителем медицинскую услугу в порядке и сроки, которые установлены договором, заключенным с исполнителем в дистанционной форме, с учетом положений статей 16.1 и 37 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».

9.9. При заключении договора дистанционным способом отказ потребителя и (или) заказчика от исполнения договора может быть совершен способом, используемым при его заключении.

9.10. Потребитель и (или) заказчик могут направить исполнителю в любой форме и любым, включая дистанционный, способом требования, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной платной медицинской услуги), а исполнитель обязан принять эти требования, в том числе дистанционным способом.

9.11. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного исполнения обязательств.

10. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Потребитель:

_____ места жительства:

Документ, удостоверяющий личность: _____

Телефон: _____

Исполнитель:

ГАУЗ СО «Верхнепышминская ЦГБ
им. П.Д. Бородина»
624090, г. Верхняя Пышма, ул. Чайковского, 32

Телефон/факс: (343 68) 5-43-21/5-27-75
Адрес электронной почты : vphosp@mail.ru

Официальный сайт: vpcgb.ru
ИНН 6606003441 КПП 668601001
ОГРН 1026600729792

Получатель: Министерство финансов Свердловской области (ГАУЗ СО «Верхнепышминская ЦГБ им. П.Д. Бородина»)

в Уральском ГУ Банка России // УФК по Свердловской области г. Екатеринбург
БИК 016577551

Единый казначейский счет 40102810645370000054
Казначейский счет 03224643650000006200
Лицевой счет 33013009870

М.П.

Информированное добровольное согласие на предоставление платных медицинских услуг, обработку персональных данных, медицинское вмешательство

Я _____, зарегистрированный _____ по адресу: _____ в рамках договора об оказании государственным автономным учреждением здравоохранения Свердловской области «Верхнепышминская центральная городская больница имени П.Д. Бородина» (ГАУЗ СО «Верхнепышминская ЦГБ им. П.Д. Бородина») (далее по тексту – Учреждение) платных услуг, даю свое согласие на:

1. На оказание платных медицинских услуг

1.1. Я получил(а) от сотрудников Учреждения полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.

1.2. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(на) оплатить стоимость медицинских услуг, указанных в настоящем Договоре.

2. На обработку персональных данных

2.1. В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку Учреждением моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, 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.

2.2. Я даю согласие на использование моих персональных данных в целях выполнения обязательств по договору оказания платных медицинских услуг.

2.3. Настоящее согласие предоставляется на осуществление особых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных целей.

2.4. Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

3. На медицинское вмешательство

3.1. Мне разъяснены и понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Я понимаю необходимость проведения необходимых манипуляций (процедур), выполняемых в рамках заключенного настоящего договора.

3.2. Мне полностью понятно, что во время указанной манипуляции (процедуры) или после нее могут развиваться осложнения, что может потребовать дополнительного медицинского вмешательства.

3.3. Я уполномочиваю медицинских работников Учреждения выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

3.4. Я обязуюсь поставить(а) в известность врача до момента оказания мне платных медицинских услуг обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне заболеваниях, травмах, операциях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов, сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

3.5. Я согласен(а), что при несоблюдении назначений и рекомендаций, лечащий врач не несет ответственности за результаты моего лечения.

3.6. Я удостоверяю, что текст моего добровольного информированного согласия на оказание платных медицинских услуг, на обработку персональных данных, на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов платных медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Потребитель (Заказчик) _____
(подпись) (Ф. И. О.)

от _____
(Ф.И.О. Потребителя)

УВЕДОМЛЕНИЕ

В соответствии с п. 24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736, настоящим подтверждаю, что до заключения договора о предоставлении мне платных медицинских услуг, уведомлен 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 моем состоянии здоровья.

«__» _____ 20__ г. _____
(подпись) (Ф. И. О.)