**Договор №\_\_\_\_\_**

на оказание платных медицинских услуг

" " 201\_ г. г. Краснодар **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 26 города Краснодара» министерства здравоохранения Краснодарского края (далее – ГБУЗ «ГП № 26 г. Краснодара» М3 КК)**, именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**., действующего на основании **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , именуемый в дальнейшем Заказчик/Потребитель, с другой стороны, в дальнейшем при совместном упоминании именуемые Стороны/Сторона, заключили настоящий договор о нижеследующем: Настоящим Заказчик/Потребитель уведомлен 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, о том, что несоблюдение (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего 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.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Настоящий договор определяет условия оказания платных медицинских услуг. 1.2. Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется оказывать Потребителю платную медицинскую услугу(далее-услуга) в пределах разрешённого Лицензией, перечня работ(услуг), составляющие медицинскую деятельность Исполнителя:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование медицинских работ(услуг) | Количество | Цена услуги |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |

2. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

2.1.Стоимость услуги определяется в соответствии с утвержденными тарифами и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб. \_\_\_\_коп.

2.2. Оплата Заказчиком/Потребителем производится наличным платежом в кассу или по безналичному расчету на счет Исполнителя до предоставления медицинской услуги (предоплата). 2.3.При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ, непредусмотренных настоящим договором, они выполняются с письменного согласия Заказчика/Потребителя с оплатой согласно прейскуранту и оформляются дополнением к настоящему договору.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязан: - оказать Заказчику качественную медицинскую услугу в установленный Сторонами срок; -при предоставлении медицинских услуг соблюдать порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации; -заблаговременно предоставлять Заказчику доступную для его понимания достоверную информацию о предоставляемой услуге; - выдать Заказчику кассовый чек, подтверждающий прием наличных денег. 3.2. Исполнитель имеет право: -в случае возникновения неотложных ситуаций, действуя в условиях крайней необходимости, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной договором; - отказаться от исполнения обязательств при условии возврата Заказчику стоимости оплачен-ной услуги. 3.3 Заказчик/Потребитель обязан: - своевременно оплатить стоимость услуг; - сообщить исполнителю сведения, необходимые для качественного исполнения услуги (реакция на медикаменты, перенесенные заболевания и пр.); точно соблюдать привила и условия получения медицинской услуги, рекомендованной Исполнителем.3.4. Заказчик имеет право: - на предоставление ему Исполнителем полной, доступной для понимания, своевременной информации о получаемой медицинской услуге; - отказаться от получения услуги на любом этапе и получить оплаченную сумму с возмещением Исполнителем понесенных фактических затрат. 3.5. В связи с оказанием медицинской услуги, в предусмотренных нормативными актами МЗ РФ случаях, Заказчику по его требованию выдается листок нетрудоспособности..

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. В случае ненадлежащего оказания услуги Заказчик вправе потребовать: 4.1.1. Безвозмездного устранения недостатков услуги; 4.1.2.соответствующего уменьшения стоимости услуги; 4.1.3. возмещение понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги, если это необходимо, в других медицинских учреждениях осложнения, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, грубой

неосторожности или умысла Заказчика. 4.3. Заказчик возмещает Исполнителю фактические убытки, если последний не смог оказать услуги или был вынужден прекратить ее оказанию по вине Заказчика.

5.СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ЕГО РАСТОРЖЕНИЯ

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

5.2. Условия договора могут быть изменены по соглашению сторон, оформлены в письменной форме в виде дополнений.

5.3. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным законодательством.

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

6.1. Споры и разногласия решаются путем переговоров, привлечение экспертов, устраивающих обе стороны, а также в судебном порядке. 6.2. Настоящий договор составлен в 2/3 экземплярах по одному для каждой из Сторон-Исполнителю, Заказчику/Потребителю, которые имеют равную юридическую силу.

**РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

ИСПОЛНИТЕЛЬ ЗАКАЗЧИК/ПОТРЕБИТЕЛЬ

**ГБУЗ «ГП № 26 г. Краснодара» М3 КК**

350063, г. Краснодар, ул. Постовая, д.18, ФИО

Южное ГУ Банка России место жительства

БИК 040349001,ИНН 2309031671,

КПП 230901001,ОГРН 1032304930294

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

В соответствии с действующим законодательством РФ в области здравоохранения,

Я ФИО проживающий(ая) по адресу: Добровольно обратился за медицинскими услугами в **ГБУЗ «ГП № 26 г. Краснодара» М3 КК** и даю своё согласие на проведение мне необходимых медицинских вмешательств: осмотра врачей, лабораторных и инструментальных исследований, лечебных мероприятий в соответствии с назначениями врача. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно; Мне, согласно моей воли, даны в доступной форме разъяснения полные и всесторонние о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания; Я знакомлен(на) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать; Я информирован(на) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а так же о том, что предстоит мне делать во время их проведения; Я извещен(на) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств; Я предупрежден(на) и осознаю, что отказ от лечения, не соблюдение лечебного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование лекарственных средств и БАДов, медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья; Я поставил(ла) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною. И известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологоческой природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах; Я сообщил(ла) правдивые сведения о наследственности, а так же об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств; Я согласен(на) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны; Я ознакомлен(на) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объёме; Мне разъяснено, что я имею право отказаться от определённого вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случая, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ " Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам:

**Согласие на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся ( фамилия, имя, отчество, дата рождения)

в соответствии с требованием статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю своё согласие на обработку в **ГБУЗ «ГП № 26 г. Краснодара» М3 КК** адрес г. Краснодар, ул. Постовая, 18 (далее оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, телефон, реквизиты полиса ОМС(ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия(операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменения, использования, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор в праве обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договорам ДМС и пр.). Оператор имеет право во исполнении своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (приём и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использование машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их приём и обработка будут осуществляются лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать своё согласие по средством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручая лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчета по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Подпись (расшифровка подписи) | Подпись врача, должность, ФИО |
|  |  |  |