ДОГОВОР №\_\_\_\_\_\_\_

О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Город Бузулук «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Бузулукская больница скорой медицинской помощи имени академика Н.А. Семашко», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности №\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024г и лицензии на медицинскую деятельность от 14.01.2021г №Л041-01022-56/00350784 выданной Министерством здравоохранения Оренбургской области , на виды деятельности, перечисленные в Приложении №1, с одной стороны, и

ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО (ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ)

Потребителя

Адрес места жительства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Иные адреса, на которые (при их указании в договоре) исполнитель может направлять ответы на письменные обращения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель»,

ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО (ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ)

Законного представителя

Адрес места жительства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заказчик:

ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО (ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ)

Адрес места жительства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

наименование и адрес заказчика - юридического лица в пределах его места нахождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 с другой стороны, именуемый в дальнейшем Потребитель (Заказчик), в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесение изменений в некоторые Акты Правительства Российской Федерации и признание утратившими силу Постановления Правительства Российской Федерации от 04.10.2012г. №1006", заключили настоящий договор о нижеследующем:

|  |
| --- |
| *Потребитель (Заказчик) подтверждает, что до заключения настоящего договора он:* |
| *- уведомлен о наличии у него права получить медицинскую услугу в порядке, предусмотренном Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам РФ, проживающим в Свердловской области, бесплатной медицинской помощи в форме добровольного информированного согласия на получение платных медицинских услуг. Заключением настоящего договора фиксируется требование Потребителя (Заказчика) получать медицинские услуги сверх гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.* |
|  | *Подпись* |
| *- уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, 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* |
|  | *Подпись* |
| * *до меня доведена следующая информация: перечень платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, с указанием цен в рублях; сроки ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги, путем размещения на сайте исполнителя (при наличии у исполнителя такого сайта) ссылок на "Официальный интернет-портал правовой информации" (www.pravo.gov.ru) и официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации, на котором размещен рубрикатор клинических рекомендаций, а также путем размещения указанных ссылок на информационных стендах; сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг; сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации; график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг; образцы договоров; перечень категорий потребителей, имеющих право на получение льгот, а также перечень льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг, адреса и телефоны учредителя, исполнительного органа субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее - органы государственной власти и организации), порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи; информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации); другие сведения, относящиеся к предмету договора. Информация размещена на сайте медицинской организации в сети "Интернет" и на информационных стендах (стойках).*

***Подпись*** |

**1.Предмет договора**

1.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется по желанию Потребителя (Заказчика), без направления от медицинского учреждения, либо при наличии направления, но вне очереди, с учетом медицинских показаний, оказать платные медицинские услуги и сервисные услуги Потребителю, в соответствии с перечнем услуг Исполнителя по оказанию медицинской помощи, отвечающие юридическим, профессиональным и морально-этическим нормам, предъявляемым к осуществлению профессиональной медицинской деятельности.

1.2. Потребитель (Заказчик) обязуется оплатить медицинские услуги и сервисные услуги, согласно действующих на момент исполнения услуги прейскурантов Исполнителя, в сроки и в порядке определенные настоящим договором.

1.3. Перечень оказываемых платных медицинских и сервисных услуг, а также их стоимость указывается в Приложении №1, являющейся неотъемлемой частью настоящего договора.

1.4. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленным законодательством РФ об охране здоровья граждан.Неотъемлемой частью данного договора является Информированное добровольное согласие пациента на получение платной медицинской услуги (Приложение №2 к договору)

**2. Срок и условия предоставления платных медицинских услуг**

2.1.Срок оказания платной медицинской услуги не более 30 дней с момента заключения договора. Сроки оказания услуг могут быть скорректированы после консультации и осмотра врачом по согласованию с Потребителем (законным представителем или Заказчиком) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.2. Условия предоставления платных медицинских услуг:

 Исполнитель оказывает медицинские услуги Потребителю (Заказчику) в помещении Исполнителя, расположенному по адресу: Оренбургская область, г.Бузулук\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Медицинские услуги оказываются по утвержденным стандартам оказания медицинской помощи и соответствуют методам диагностики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

Медицинские услуги оказываются с использованием расходных материалов Исполнителя, изделий медицинского назначения Исполнителя, а так же с использованием медицинского оборудования Исполнителя, предусмотренных законодательством РФ.

**Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендации) исполнителя, 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 здоровье потребителя.**

**3. Права и обязанности сторон**

**Исполнитель обязан:**

3.1.1. Оказать Потребителю квалифицированную, качественную медицинскую помощь.

3.1.2. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг по медицинским показаниям, не предусмотренных договором, исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя (заказчика).

Без согласия Потребителя (заказчика) исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

3.1.3.В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

3.1.4.Исполнителем после исполнения договора выдаются Потребителю (Заказчику) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

3.1.5. Исполнитель предоставляет Потребителю (Заказчику) 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.

3.1.6. Исполнитель обязан при оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

3.1.7. Обеспечить Потребителя (Заказчика) бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о месте нахождения Исполнителя, режиме работы, о квалификации и сертификации специалистов путем размещения на информационных стендах или официальном сайте.

 3.1.8. Обеспечить выполнение прав Потребителя (Заказчика), предусмотренных законодательством о защите прав потребителей.

3.1.9. При предоставлении платных медицинских услуг гражданам иностранных государств (нерезидентам) исполнитель обеспечивает передачу сведений об осуществлении медицинской деятельности в отношении нерезидентов в соответствии с указаниями Центрального банка РФ.

3.2. Потребитель (заказчик) обязан:

3.2.1. Информировать врача до оказания медицинских услуг о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

3.2.2. Своевременно оплатить стоимость услуг.

3.2.3.Соблюдать предписанный лечебно-охранительный режим, правила внутреннего распорядка лечебного учреждения

3.3. Потребитель имеет право:

- на предоставление ему достоверной, доступной информации о медицинской услуге;

- на возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания услуги;

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

- заявить о недостатках оказанных услуг не позднее трех дней со дня их обнаружения.

3.4. Исполнитель вправе:

- Отказаться от исполнения обязанностей по настоящему договору в одностороннем порядке при объективной невозможности обеспечить предоставление требуемой услуги.

**4. Стоимость услуг и порядок расчетов**

4.1. Стоимость предоставляемых медицинских услуг определяется в соответствии с утвержденным на момент оказания услуг прейскурантом и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

4.2. Расчеты за медицинские услуги производятся потребителем (Заказчиком) в день оказания услуги в порядке предварительной оплаты путем внесения наличных денежных средств Исполнителю через контрольно-кассовую машину, с обязательной выдачей кассового чека или иного документа, подтверждающий прием наличных денег, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет исполнителя.

 С данным порядком оплаты согласен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подтверждением платежа является кассовый чек и заказ-наряд. В случае оплаты услуг Исполнителя через учреждение банка подтверждением платежа является квитанция или платежное поручение с отметкой банка об оплате.

1При оказании первичной, в т.ч. доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу, анестезиологии и реаниматологии, вакцинации (проведению профилактических прививок), гистологии, дезинфектологии, лабораторному делу, лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, лечебному делу, медицинской статистике, медицинскому массажу, неотложной медицинской помощи, операционному делу, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, физиотерапии, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), неотложной медицинской помощи, общей врачебной практике (семейной медицине), организации здравоохранения и общественному здоровью, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и геникологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), анестезиологии и реаниматологии, гериатрии, дерматовенерологии, инфекционным болезням, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, клинической фармакологии, колопроктологии, лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, неврологии, нейрохирургии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, профпатологии, психиатрии-нарколгогии, рентгенологии, рефлексотерапии, стоматологии хирургической, травмотологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, фтизиатрии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии, эндоскопии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и геникологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности). При оказании специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по : акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологии и искусственного прерывания беременности), акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности), анестезиологии и реаниматологии, дезинфектологии, диетологии, клинической лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, медицинской реабилитации, медицинскому массажу, операционному делу, педиатрии, сестринскому делу, терапии, травмотологии и ортопедии, хирургии; при оказании специализиронной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерскому делу, акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности), анестезиологии и реаниматологии, бактериологии, вакцинации (проведению профилактических прививок), гистологии, дезинфектологии, дерматовенерологии, детской хирургии, детской эндокринологии, диетологии, инфекционным болезням, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, клинической фармакологии, колопроктологии, лабораторному делу, лечебной физкультуре и спортивной медицине, медицинской реабилитации, медицинской статистике, медицинскому массажу, неврологии, неонатологии, операционному делу, организации здравоохранения и общественному здоровью, организации сестринского дела, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, патологической анатомии, педиатрии, пластической хирургии, рентгенологии, рефлексотерапии, сестринскому делу, терапии травматологии и ортопедии, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, хирургии (абдоминальной), челюстно-лицевой хирургии, эндокринологии, эндоскопии, эпидемиологии; при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по: травмотологии и ортопедии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым), медицинским осмотрам профилактическим; при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приемные родители, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием, медицинскому освидетельствованию на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического), психиатрическому освидетельствованию; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе профессиональной пригодности, экспертизе временной нетрудоспособности. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии ортопедической, физиотерапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: ортодонтии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности.

4.3. В случае одностороннего отказа сторон от выполнения обязательств по настоящему договору, отказавшаяся сторона возвращает фактически понесенные расходы.

4.4. При возникновении необходимости выполнения дополнительных услуг, не предусмотренных настоящим договором, они выполняются с письменного согласия Потребителя с оплатой по утвержденному прейскуранту после подписания договора.

4.5. Оплата медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором ДМС, осуществляется в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации и Законом Российской Федерации "Об организации страхового дела в Российской Федерации".

**5. Порядок разрешения споров**

5.1. Все споры и разногласия, возникшие между сторонами в связи с исполнением обязательств по договору, решаются путем переговоров на основе действующего законодательства Российской Федерации, а при невозможности достижения согласия-в Арбитражном суде Оренбургской области.

5.2. Стороны договорились о претензионном характере разрешения споров, с возможным привлечением независимых экспертов.

 **6. Ответственность сторон**

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

6.2. Вред, причиненный жизни и здоровью пациента в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством РФ.

6.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения Потребителем (Заказчиком) своих обязанностей или по другим основаниям, предусмотренным законодательством.

6.4. Потребитель (Заказчик) обязан полностью возместить Исполнителю понесенные убытки, если Исполнитель не смог оказать услугу или был вынужден прекратить ее оказание по вине Потребителя (Заказчика).

**7. Порядок изменения и расторжения**

7.1. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами.

7.2. Срок действия настоящего договора с момента подписания и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств..

7.2. Настоящий договор может быть расторгнут по соглашению сторон, а так же по инициативе одной из сторон в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

7.3. В случае отказа Потребителя (Заказчика) после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя (заказчика) о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору

7.4. Изменения и дополнения в настоящий договор могут быть внесены в форме дополнительного соглашения по письменной договоренности сторон.

 7.5. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу - по одному для каждой из сторон.

7.6 . Потребитель (Заказчик) с условиями данного договора ознакомлен и полностью их принимает.

**8. Адреса и реквизиты сторон:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   **«Исполнитель» ГАУЗ «ББСМП имени академика Н.А. Семашко»**461040, Оренбургская область, г. Бузулук, ул. 1 Мая/улица Куйбышева, № 1тел. регистратура 5-64-41, 2-27-74ИНН 5603044938 КПП 560301001 ОГРН 1175658003366Свидетельство от 15.02.2017 г.Учредитель и лицензирующий орган: Министерство здравоохранения Оренбургской областиАдрес: г. Оренбург, ул. Терешковой, д.33Тел.: 8(3532) 77-45-19 |  |  **« Потребитель»**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(фамилия)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(имя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (отчество)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес проживания)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(паспортные данные: серия, №, кем выдан, дата выдачи)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Кассир ГАУЗ «ББСМП имени академика Н.А. Семашкопо доверенности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |

Приложение N1

к Договору о предоставлении

платных медицинских услуг

от «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ г.

 Перечень платных медицинских и сервисных услуг

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N позиции по прейскуранту | Наименование медицинской услуги  | Код медицинской услуги | Количество услуг | Цена за 1 услугу | Стоимость медицинской услуги |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

ИТОГО:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ГАУЗ «ББСМП имени академика Н.А. Семашко»** «Потребитель (Заказчик)»

Ответственное лицо\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Приложение N 2

к Договору о предоставлении

платных медицинских услуг

от "\_\_"\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ г.

Информированное добровольное согласие пациента

об объеме и условиях оказываемых

платных медицинских услуг

г. Бузулук "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ г.

Я, пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, карта пациента N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в рамках договора об оказании платных медицинских услуг желаю получить платные медицинские услуги в ГАУЗ «ББСМП имени академика Н.А. Семашко», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Настоящим заявлением я, подтверждаю свое желание получить платную медицинскую услугу (услуги) и даю согласие на заключение договора об оказании платных медицинских услуг (услуги)

Я подтверждаю, что также получил(а) информацию о возможности получения мною (моим родственникам) данных услуг (услуги) бесплатно в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания населению Оренбургской

 области бесплатной медицинской помощи.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись заказчика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

3. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат и что при проведении операции и после нее, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.

4. Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, не несет ответственности за их возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.

6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды дополнительных медицинских услуг\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, которые я хочу получить в ГАУЗ «ББСМП имени академика Н.А. Семашко» и согласен(на) оплатить лечение.

7. Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.

8. Я проинформирован, что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в ГАУЗ «ББСМП имени академика Н.А. Семашко»

9. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

 Пациент: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_, N \_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ г.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.П.

 (фамилия, имя, отчество ответственного лица)

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

 Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)

Дата рождения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ удостоверяющий личность:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование, серия и номер документа) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Адрес регистрации по месту жительства:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю своё согласие на обработку ГАУЗ «ББСМП имени академика Н.А. Семашко», расположенному по адресу: 461040, Оренбургская область, г. Бузулук, ул. 1 Мая/улица Куйбышева, № 1 (далее Оператор) моих персональных данных включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства и регистрации, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, 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, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС) и другие. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной и действует с момента подписания до дня отзыва в письменной форме.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный(е) телефон(ы) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 расшифровка подписи

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_