

1.3 Исполнитель оказывает услуги по адресу: 347360, Ростовская область, г. Волгодонск, пер. Первомайский 46/45

1.4 Стоимость медицинских услуг указана на официальном сайте Исполнителя email: <https://vgb-1.ru/>

1.5 Услуги предоставляются Исполнителем при наличии подписанного Потребителем информированного добровольного согласия на оказание платных медицинских услуг.

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

1.7. Платные медицинские услуги предоставляются на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, выданной в установленном порядке.

2. ПОРЯДОК, УСЛОВИЯ, СРОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. Платные медицинские услуги оказываются Исполнителем при неукоснительном соблюдении лицензионных требований и условий, требований Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей», Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, Федерального закона Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.2. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, а также в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации, утвержденными в установленном порядке.

2.3. Платные медицинские услуги оказываются Потребителю согласно перечню работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя, осуществление которых разрешено Исполнителю лицензией, в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи по письменному согласию Потребителя.

2.4. Потребитель подтверждает, что до подписания настоящего Договора Исполнитель уведомил его и предоставил для ознакомления в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

- местонахождение, режим работы Исполнителя, основной государственный регистрационный номер и идентификационный номер налогоплательщика Исполнителя;
- адрес сайта в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» Исполнителя (<https://vgb-1.ru/>);
- о лицензии на осуществление медицинской деятельности, ее номере, сроках действия, а также информация об органе, выдавшем указанную лицензию;
- информацию о медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, 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;
- информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- ознакомил с перечнем платных медицинских услуг и их стоимости;
- сроки ожидания предоставления платных услуг;
- уведомил 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;
- уведомил о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «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;
- уведомил 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;
- ознакомил с правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736);
- ознакомил с порядком осуществления видеонаблюдения в целях усиления мер по антитеррористической и пожарной безопасности, осуществления личной безопасности работников и пациентов, контроля качества оказания медицинской помощи.

2.5. Подписав настоящий Договор, Потребитель подтверждает, что он добровольно согласился на оказание Потребителю медицинских услуг на платной основе.

2.6. Предоставление медицинских услуг осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

2.7. Сроки ожидания предоставления медицинских услуг зависят от объема услуг, графика работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, и начинается с момента обращения Потребителя к Исполнителю и произведенной оплаты услуг. Срок оказания медицинских услуг не может превышать 14 рабочих дней со дня обращения Потребителя в медицинскую организацию, за исключением если Потребитель заявит об оказании услуги в более поздний срок.

2.8. В случае изменения срока оказания медицинских услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.9. Лечащий врач в соответствии с медицинскими показаниями и возможностями, после осмотра Потребителя устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты диагностики и лечения, последствия лечения, предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения, информирует об этом Потребителя и получает его письменное информированное добровольное согласие, Стороны договорились, что такое согласие является также подтверждением того, что Потребитель достаточно и в доступной форме информирован о состоянии своего здоровья, о предполагаемых результатах лечения, о возможности негативных последствий предлагаемых способов диагностики и лечения, о характере и степени тяжести этих последствий, о степени риска лечения, о существовании иных способов лечения и их эффективности, о последствиях отказа от предлагаемого лечения, об используемых при предоставлении услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, и является выражением добровольного информированного согласия пациента на предложенное медицинское вмешательство, составляет предварительный план лечения, после этого проводится комплекс диагностических, лечебных мероприятий в соответствии с диагнозом и предварительным планом лечения.

2.10. Если в процессе оказания услуг возникла необходимость оказания дополнительных услуг, то они оказываются только после получения письменного согласия Потребителя.

2.11. Если в процессе оказания услуг потребуются предоставление дополнительных услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя, то они оказываются без взимания платы в соответствии с ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан РФ".

3. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫДАЧИ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ

(копий медицинских документов, выписок из медицинских документов)

3.1. Исполнитель после исполнения настоящего Договора выдает Потребителю (законному представителю Потребителя) 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, без взимания дополнительной платы.

3.2. Для получения впоследствии копий медицинских документов или выписок из них Потребитель либо его законный представитель вправе представить соответствующий запрос на бумажном носителе (при личном обращении или по почте), либо запрос, сформированный в форме электронного документа, подписанного Потребителем либо его законным представителем с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» (далее - Единый портал государственных и муниципальных услуг), единой системы идентификации и аутентификации, федеральных государственных информационных систем в сфере здравоохранения, государственных информационных систем в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, медицинских информационных систем медицинских организаций и иных информационных систем, предназначенных для сбора, хранения, обработки и предоставления информации, касающейся деятельности медицинских организаций и предоставляемых ими услуг.

Запрос составляется в свободной форме и содержит данные в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 789н (сведения о пациенте: фамилия, имя, отчество (при наличии); реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента; адрес места жительства (места пребывания); почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений и (в случае, если имеется) номер контактного телефона, адрес электронной почты (при наличии); сведения о законном представителе; наименования запрашиваемых документов; сведения о способе получения документов; дата подачи запроса и подпись заявителя.

При подаче запроса лично, а также при личном получении копии медицинских документов и выписок из них Потребитель либо его законный представитель предъявляет документ, удостоверяющий личность. Законный представитель потребителя дополнительно предъявляет документ, подтверждающий его статус.

В случае выбора способа получения Потребителем (его законным представителем) запрашиваемых документов по почте соответствующие документы направляются заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

В случае отсутствия в запросе необходимых вышеуказанных сведений и (или) документа, подтверждающего статус законного представителя, Исполнитель в письменной или электронной форме информирует об этом Потребителя либо его законного представителя в срок, не превышающий 14 календарных дней со дня регистрации в медицинской организации запроса.

Предоставление Потребителю либо его законному представителю копий медицинских документов и выписок из них на бумажном носителе осуществляется в количестве одного экземпляра в срок 30 рабочих дней с момента подачи заявления Потребителем.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1 *Исполнитель обязан:*

4.1.1. Обеспечить Потребителя бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения:

- а) о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи (при наличии), применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, а также информацию о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
- б) данных о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);
- в) другие сведения, относящиеся к предмету настоящего Договора.

4.1.2. Предоставить информацию, перечисленную в п. п. 12 - 17, 21 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 N 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006».

4.1.3. Оказывать Потребителю услуги, предусмотренные настоящим Договором, а при необходимости и дополнительные услуги. Дополнительные услуги оказываются только при условии оформления дополнительного соглашения к настоящему Договору, либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости.

4.1.4. Предоставить Потребителю список своих сотрудников, обладающих специальным образованием и профессиональными навыками, для ознакомления и закрепления за ним специалистов, которые будут оказывать медицинские услуги.

4.1.5. Не передавать и не показывать третьим лицам находящуюся у Исполнителя документацию о Потребителе.

4.1.6. Предоставлять Потребителю материалы и заключения об оказании услуги.

4.1.7. Предоставить в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

4.1.8. При предоставлении платных медицинских услуг организовывать и оказывать медицинскую помощь:

- а) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;
- б) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;
- в) на основе клинических рекомендаций;
- г) с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

4.1.9. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

4.1.10. Предоставлять Потребителю (законному представителю Потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- а) 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;
- б) 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.

4.1.11. Предоставить в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платных в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ростовской области, адрес: 347360, Ростовская область, г. Волгодонск ул. Ленинградская, д.10, контактный телефон: 8(8639) 25-86-20, 8(8639) 25-84-21, vmfrofoms@donpac.ru

4.1.12. В одностороннем порядке отказаться от исполнения Договора в соответствии со ст. 36 Закона РФ «О защите прав потребителей», если Потребитель после уведомления о необходимости устранить обстоятельства, снижающие качество оказываемой услуги, не устранит данные обстоятельства. Если нет угрозы для жизни.

4.1.13. Исполнитель гарантирует право Потребителя на сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской услугой, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, составляющих врачебную тайну, и обеспечивает ее конфиденциальность.

4.1.14. Ставить в известность Потребителя о предполагаемой сумме дополнительных расходов.

4.1.15. Без согласия Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

4.1.16. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема Исполнитель вправе направить Потребителя к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации или увеличить сроки оказания услуг.

4.1.17. Изменить дату и время приема Потребителя при нарушении графика приема, если это нарушение вызвано объективными причинами, т.е. не подлежавшими прогнозу осложнениями, возникшими при лечении других пациентов, с целью окончания лечения текущему Пациенту.

4.1.13. Требовать оплаты оказанных услуг.

4.2. Исполнитель имеет право:

4.2.1 Отказать в оказании платной услуги при наличии медицинских противопоказаний со стороны здоровья Потребителя.

4.2.2 Отказать в оказании платной медицинской услуги при отсутствии медицинских показаний, а также при риске нанесения вреда здоровью Потребителя.

4.2.3 Отказать в оказании платной медицинской услуги при состояниях наркотического или алкогольного опьянения у Потребителя.

4.3 Потребитель обязан:

4.3.1 Оплатить оказание медицинской помощи на условиях, указанных в настоящем Договоре.

4.3.2 Выполнять, все назначения лечащего врача и медицинского персонала, а также соблюдать правила внутреннего распорядка Исполнителя.

4.3.3 Подписывать своевременно Акт об оказании платных медицинских услуг (Приложение № 6 к Договору).

4.3.4 Сообщить медицинскому персоналу все необходимые сведения о себе для успешного проведения лечебно-диагностического процесса.

4.3.5 Явиться для получения медицинских услуг в назначенное время.

4.3.6 Своевременно уведомить Исполнителя о наличии уважительной причины (болезни) для переноса сроков выполнения медицинских услуг с последующим предоставлением подтверждающих документов.

4.3.7 Кроме того, Потребитель, либо законный представитель обязан:

- информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;

- соблюдать правила поведения в медицинской организации, режим работы медицинской организации;

- соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период его временной нетрудоспособности.

4.3.8 Явиться в медицинское учреждение за 15 минут до назначенного времени приема к врачу и уведомить Исполнителя за 24 часа об отмене предварительной записи визита к врачу.

4.4 Потребитель имеет право:

4.4.1 На охрану здоровья и медицинскую помощь.

4.4.2 На уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала.

4.4.3 Требовать предоставления услуг надлежащего качества, получать информацию о состоянии своего здоровья, о результатах оказания услуг, исчерпывающую информацию о предоставляемых услугах, не вмешиваясь в деятельность Исполнителя.

4.4.4 Выбирать лечащего врача с учетом специализации врача и его согласия.

4.4.5 Выбирать время приема у врача из имеющегося свободного.

4.4.6 На добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии с законодательством.

4.4.7 Получить документы для социального вычета.

5. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТА

5.1. Стоимость медицинских услуг определяется по Прейскуранту цен (тарифов) платных медицинских услуг, действующему на момент заключения настоящего Договора, и остается неизменной в течение всего срока действия настоящего Договора.

5.2. Услуги, оказанные Исполнителем, оплачиваются Пациентом в соответствии с настоящим договором в кассу учреждения в соответствии с калькуляцией услуг по прейскуранту цен на услуги, действующему на момент заключения настоящего договора. Стоимость оказанных услуг по настоящему договору указана в п. 1.1. договора.

5.3. Оплата медицинских услуг осуществляется в полном объеме Потребителем до начала их оказания в кассе медицинской организации, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

После оплаты Пациенту выдается контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности, подтверждающий произведенную оплату оказанных ему медицинских или иных услуг. По требованию Пациента, оплатившего услуги, Исполнитель обязан выдать ему справку об оплате медицинских услуг установленной формы РФ.

5.4. При возникновении необходимости (по результатам обследования и лечения) оказания на возмездной основе дополнительных услуг не предусмотренных договором, стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Потребителя с учетом уточненного диагноза, путем подписания дополнительного соглашения, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора. Без согласия Потребителя, Исполнитель не имеет права предоставлять дополнительные платные медицинские услуги по настоящему Договору.

5.5. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю услуг, предусмотренных настоящим Договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего Договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора, при этом с Потребителя удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Потребителем по настоящему Договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

5.6. В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

5.7. Подписываемый Сторонами Акт об оказании платных медицинских услуг (Приложение № 5 к Договору) является подтверждением оказания медицинских услуг Исполнителем Потребителю.

5.9. К отношениям, связанным с исполнением настоящего Договора, применяются положения Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».

6. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до момента полного оказания услуг.

6.2. Настоящий договор может быть прекращен досрочно в соответствии с п. 4.3.2 договора, по соглашению Сторон либо в случаях, предусмотренных законодательством РФ. О намерении досрочного прекращения настоящего договора Стороны обязаны уведомить друг друга не менее чем 10 дней до предполагаемой даты его прекращения.

6.3. При утрате одной из Сторон прав юридического лица вследствие реорганизации права и обязанности, предусмотренные настоящим договором, переходят к соответствующему правопреемнику.

7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

7.1. В случае неисполнения или частичного исполнения услуг по настоящему Договору Исполнитель обязуется вернуть Потребителю ранее внесенную сумму предоплаты за вычетом стоимости уже выполнимых услуг.

В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом Потребитель оплачивает фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

7.2. При разглашении одной из Сторон сведений, относящихся к категории конфиденциальной информации, виновная Сторона несет ответственность и обязана возместить другой Стороне понесенные ей, в связи с этим убытки.

7.3. Исполнитель не несет ответственности перед Потребителем в случаях:

- сообщения Потребителем Исполнителю неполных и/или неточных сведений, необходимых для диагностики и лечения (об истории жизни и заболевания, других перенесенных заболеваниях, наследственных болезнях, аллергических и иных реакциях и пр.);
- невыполнения назначений и рекомендаций лечащего врача;
- несоблюдения Потребителем, рекомендованного лечащим врачом лечебно-охранительного режима, лечебного питания, употребление во время лечения алкоголя, наркомания, других токсических средств или лекарств, которые не назначались;
- несоблюдения во время лечения установленного внутреннего распорядка и режима работы Исполнителя.

8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

8.1. В случае возникновения разногласий по вопросу качества оказанных услуг, споры могут быть разрешены на врачебной комиссии Исполнителя.

8.2. Все претензии оформляются в письменном виде. Срок рассмотрения претензии - 10 дней. При недостижении согласия Сторон в досудебном порядке или пропуская до судебное решение споров, споры разрешаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

8.3. Потребитель может направить обращение (жалобу) в письменном виде на бумажном носителе по почте, электронном виде с использованием информационно телекоммуникационной сети "Интернет", в том числе официального сайта органа государственного надзора, иных уполномоченных федеральных органов исполнительной власти, а также может быть принято при личном приеме заявителя.

Территориальный отдел Управления Роспотребнадзора по Ростовской области в г. Волгодонске, Дубовском, Ремонтненском, Заветинском, Зимовниковском районах:
Адрес: 347380, Ростовская область, г. Волгодонск, ул. Маршала Кошевого, д.5
Телефон: 8(8639) 25-64-29 факс: (88639) 25-64-29, email: rpn45@donpac.ru

9. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

9.1 Договор вступает в силу с момента его подписания уполномоченными представителями обеих Сторон.

Договор храниться в порядке, определенном законодательством Российской Федерации об архивном деле в Российской Федерации.

9.2 Любые изменения и дополнения к настоящему Договору действительны лишь при условии, если они совершены по согласованию Сторон в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями Сторон.

9.3 Настоящий Договор составлен в двух экземплярах на русском языке. Оба экземпляра идентичны и имеют одинаковую силу. У каждой из Сторон находится по одному экземпляру настоящего Договора.

9.4 Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, по решению суда и в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.

10. ИНЫЕ УСЛОВИЯ

10.1 Приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

10.2 Неотъемлемой частью настоящего Договора являются:

10.2.1. Информированное добровольное согласие на оказание платных медицинских услуг (Приложение № 1 к Договору);

10.2.2. Согласие на обработку персональных данных (Приложение № 2 к Договору);

10.2.3. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств (Приложение № 3 к Договору);

10.2.4. Отказ от медицинского вмешательства (Приложение № 4 к Договору);

10.2.5. Акт об оказанных платных медицинских услугах (Приложение № 5 к Договору).

11. АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН:

Исполнитель: государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Городская больница № 1 имени Виктора Александровича Жукова» в г. Волгодонске (ГБУ РО «ГБ № 1» в г. Волгодонске)

347360, Ростовская область, г. Волгодонск, пер. Первомайский, д.46/45, министерство финансов (ГБУ РО «ГБ № 1» в г. Волгодонске л/с 20806007470), БИК 016015102, Банк получателя: ОТДЕЛЕНИЕ РОСТОВ-НА-ДОНУ БАНКА РОССИИ//УФК по Ростовской области г. Ростов-на-Дону, к/сч (единый казначейский счет) 40102810845370000050

р/сч (казначейский счет) 03224643600000005800, л/с 20806007470 в министерстве финансов Ростовской области.

ИНН 6143012044, КПП 614301001, ОКТМО 60712000, ОГРН 1026101926157, ОКПО 12151520, ОКДП 86.10

Паспорт	серия _____	Выдан _____
Дата выдачи	_____	
Адрес:	_____	
Телефон	_____	
Документ, удостоверяющий личность, не предоставлен. Данные записи со слов Потребителя. Достоверность сведений подтверждаю: Потребитель _____		

ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель

Пациент

И.о.главного врача _____ В.М. Иванов
(подпись)

(подпись) Ф.И.О.

Лечащий врач _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Я проинформирован(а) о порядке оказания амбулаторных и стационарных бесплатных и платных медицинских услуг в ГБУ РО «ГБ № 1» в г. Волгодонске, согласно Территориальной программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи. Я получил (а) полную и понятную мне информацию об оказываемых медицинских услугах. Подтверждаю, что мое желание получить платные медицинские услуги является добровольным.

С полным текстом настоящего договора, перечнем, ценами на платные медицинские услуги, утвержденными приказами ГБУ РО «ГБ № 1» в г. Волгодонске, ознакомлен, выражаю свое согласие об оплате услуги при заключении договора в полном размере (100% предоплата), в соответствии с п.1.1 настоящего договора. Замечаний и возражений не имею. Внутренний распорядок ГБУ РО «ГБ № 1» в г. Волгодонске до моего сведения доведен. Экземпляр договора получен.

Пациент

(подпись) (Ф.И.О.)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**
государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Городская больница № 1 имени Виктора
Александровича Жукова» в г. Волгодонске
(ГБУ РО «ГБ № 1» в г. Волгодонске)

Я, _____
контактный телефон: _____

дата рождения: _____ зарегистрированный(ая) по адресу:

обратившись в ГБУ РО «ГБ № 1» в г. Волгодонске (адрес: 347360, Ростовская область, г. Волгодонск, пер. Первомайский д.46/45) за медицинской помощью на платной основе даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации (поставить галочку):

для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее-перечень);

для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь.

Работник _____
(должность, Ф.И.О. работника)

в доступной для меня форме разъяснил цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Я проинформирован(а) о возможности получения аналогичной медицинской помощи (соответствующих видов и объемов медицинской помощи) в других лечебных учреждениях бесплатно в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками и условиями предоставления платных медицинских услуг, а также с порядком оплаты медицинских услуг в соответствии с договором.

Я не имею и не буду иметь претензий по компенсации затраченных мною финансовых средств на оплату медицинских услуг в ГБУ РО «ГБ № 1» в г. Волгодонске.

Я проинформирован(а) о том, что несоблюдение назначений или рекомендаций исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платные медицинские услуги), в том числе несоблюдение назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемых медицинских услуг, повлечь за собой невозможность их завершения в срок, привести к увеличению продолжительности лечения и невозможности достижения желаемого результата, а также может привести к негативным последствиям и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (на состоянии здоровья лица, интересы которого я представляю).

Я согласен(на) со всеми условиями и порядками предоставления платных медицинских услуг.

Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами данного информированного добровольного согласия, положения которого мне разъяснены, мною прочитаны и мне абсолютно понятны.

Я изъявляю желание заключить с ГБУ РО «ГБ № 1» в г. Волгодонске Договор на оказание платных медицинских услуг и прошу оказывать мне (лицу, интересы которого я представляю) медицинскую помощь (медицинские услуги) на платной основе.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 частью 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись) (Ф.И.О. потребителя, контактный телефон)

(дата оформления)

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Городская больница № 1 имени Виктора
Александровича Жукова» в г. Волгодонске
(ГБУ РО «ГБ № 1» в г. Волгодонске)

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

зарегистрированный(ая) по адресу: _____
(адрес места жительства/пребывания)

Документ, удостоверяющий личность: Паспорт гражданина Российской Федерации

Паспорт	серия _____	Выдан _____
Дата выдачи (кем выдан)	_____	

в соответствии п. 4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку ГБУ РО «ГБ № 1» в г. Волгодонске моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество; пол, год, месяц, дату рождения; номер и серию основного документа, удостоверяющего личность; сведения о регистрации по месту жительства или пребывания; контактный телефон; данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, группе инвалидности 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 мне ГБУ РО «ГБ № 1» в г. Волгодонске медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю право ГБУ РО «ГБ № 1» в г. Волгодонске осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. ГБУ РО «ГБ № 1» в г. Волгодонске 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).

ГБУ РО «ГБ № 1» в г. Волгодонске имеет право во исполнение своих обязательств по договору на оказание платных медицинских услуг, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара). Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ГБУ РО «ГБ № 1» в г. Волгодонске по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю ГБУ РО «ГБ № 1» в г. Волгодонске. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, ГБУ РО «ГБ № 1» в г. Волгодонске обязано прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись субъекта персональных данных _____

Расписался в моем присутствии: _____

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских
вмешательств, включенные в Перечень определенных видов
медицинских вмешательств, на которые граждане дают
информированное добровольное согласие при выборе
врача и медицинской организации для получения первичной
медико-санитарной помощи
государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Городская больница № 1 имени Виктора
Александровича Жукова» в г. Волгодонске
(ГБУ РО «ГБ № 1» в г. Волгодонске)**

Я,

_____ (фамилия, имя, отчество)

г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее — Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в

государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Городская больница №1 имени Виктора Александровича Жукова» в г. Волгодонске

_____ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником

_____ (должность, Ф. И. О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть),

_____ (Ф. И. О. гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись)

_____ (Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись)

_____ (Ф. И. О. медицинского работника)

_____ (дата оформления)

Отказ от медицинского вмешательства

государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Городская больница № 1 имени Виктора
Александровича Жукова» в г. Волгодонске
(ГБУ РО «ГБ № 1» в г. Волгодонске)

Я, _____

(фамилия, имя, отчество)

г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения при подписании отказа законным представителем)

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в
государственном бюджетном учреждении Ростовской области «Городская больница №1 имени Виктора
Александровича Жукова» в г. Волгодонске
(полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в р_1201р_1201Перечень определенных
видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе
врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом
Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н¹:

_____ (наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских
вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния)

_____ (указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных) вида (видов)

медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния))

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов
медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить
информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

_____ (подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

_____ (дата оформления)

