

Договор № 00000
об оказании платных медицинских услуг

г. Видное, Московская область

"17" апреля 2017 г.

ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО, именуемая в дальнейшем "**Пациент**", дата рождения "00" месяца года г., ПАСПОРТ _____: серия 00 00 №000000, выдан: ОУФМС России _____, выдан _____, зарегистрирована по адресу: обл МОСКОВСКАЯ, р-н ЛЕНИНСКИЙ, г ВИДНОЕ, ул Улица, дом 00, кв 000, с одной стороны, и

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области "**Видновский перинатальный центр**" (ГБУЗ МО "ВПЦ"), именуемое в дальнейшем "**Исполнитель**", в лице главного врача Белоусовой Тамары Николаевны, действующего на основании Устава, лицензии на осуществление медицинской деятельности от 05.02.2015 г. №ЛО-50-01-006288, выданной Министерством здравоохранения Московской области (143407, Московская область, г. Красногорск, бульвар Строителей, д. 1 (498) 602-03-01), лицензии на осуществление медицинской деятельности от 11.03.2016 г. №ФС-50-01-002396, выданной территориальным органом Росздравнадзора по г. Москве и Московской области Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (127206, Россия, г. Москва, ул. Вучетича, д. 12 А, телефон: (495) 611-47-74, (495) 611-55-77), ОГРН 1025000661696, выдан Инспекцией МЧС России по г. Видное Московской области от 30.12.2002 г, с другой стороны, вместе также именуемые "**Стороны**", заключили настоящий договор (далее - "**Договор**") о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. На основании обращения Пациента Исполнитель обязуется оказать ему платные медицинские услуги (в соответствии с перечнем платных медицинских услуг, их прейскурантом, действующими у Исполнителя) (далее – "медицинские услуги"), а Пациент оплачивает Исполнителю стоимость медицинских услуг в соответствии с актами об оказании платных медицинских услуг за период действия Договора.

1.2. Платные медицинские услуги по Договору конкретизируются актами об оказанных услугах за расчетный период в течение срока действия настоящего Договора.

1.3. Медицинские услуги оказываются по месту нахождения Исполнителя: Московская область, г. Видное, ул. Заводская, д.17, в отделениях Исполнителя

1.3. Медицинские услуги предоставляются в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, в том числе, предъявляемым к качеству медицинских услуг.

1.4. Пациент также имеет право на получение дополнительных платных немедицинских услуг (бытовых, сервисных, транспортных и иных услуг), сопутствующих платным медицинским услугам, оказываемым Пациенту по настоящему Договору, при наличии такой возможности у Исполнителя.

1.5. В медицинской карте Пациента указывается № и дата настоящего Договора, указываются все его пожелания, жалобы, поставленный ему диагноз, предложенные варианты лечения. Выбранные Пациентом медицинские услуги перечисляются в акте об оказанных услугах.

1.6. Пациент в доступной форме получает от Исполнителя полную и достоверную информацию о возможности получения медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, о перечне медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, их стоимости и условий их предоставления. Подписание настоящего Договора Пациентом свидетельствует о его желании получить платную медицинскую услугу (единицу или в комплексе) и подтверждает ознакомление Пациента с вышеуказанной информацией.

1.7. Пациент подтверждает получение полной информации от Исполнителя о состоянии своего здоровья, наличии заболевания, диагнозе, методе лечения, связанных с ним рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, о результатах проведенного лечения, диагностики. Подписание настоящего Договора Пациентом свидетельствует о его желании получить платную медицинскую услугу (единицу или в комплексе) и подтверждает добровольное согласие на медицинское вмешательство.

1.8. Подписание настоящего Договора Пациентом свидетельствует о его желании получить платную медицинскую услугу (единицу или в комплексе) и подтверждает добровольное согласие на использование и обработку своих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактные телефоны, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС) (по необходимости), о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью.

1.9. Срок действия Договора: в течение календарного года со дня его подписания Сторонами.

1.10. Периоды оказания конкретных платных медицинских услуг определяются по мере обращения Пациента, с указанием в актах об оказании таких услуг в период действия Договора.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

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

а) порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при

предоставлении платных медицинских услуг;

б) о конкретном медицинском работнике, предоставляющем медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

в) о методах оказания медицинской услуги, связанных с ней рисками, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах медицинской услуги

2.1.2. Оказывать Пациенту медицинскую услугу по Договору, а при необходимости и дополнительные услуги в соответствии с требованиями и стандартами, установленными на территории Российской Федерации, дополнительные немедицинские услуги (по желанию Пациента и возможности Исполнителя по письменному соглашению Сторон).

2.1.3. Не передавать и не показывать третьим лицам, находящуюся у Исполнителя, документацию о Пациенте, за исключением случаев прямо предусмотренных законодательством Российской Федерации.

2.1.4. При оказании медицинских услуг по Договору взаимодействовать с иными медицинскими учреждениями и специалистами, специализированными организациями, непосредственно участвующими в обеспечении Исполнителя необходимым оборудованием, материалами, программными продуктами, транспортными со специализированной бригадой/врачом или без такового и иными услугами для качественного оказания медицинской услуги по Договору, ее документообеспечению, архивированию.

2.1.5. 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.

2.1.6. Представлять для ознакомления Пациенту:

а) копию учредительного документа Исполнителя, положение о его филиале (отделении, другом территориально обособленном структурном подразделении), участвующем в предоставлении платных медицинских услуг;

б) копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с данной лицензией.

Указанная информация размещается в удобном общедоступном месте на территории Исполнителя, размещается на информационных носителях любого вида.

2.1.7. Соблюдать порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.2. Пациент обязуется:

2.2.1. Соблюдать Правила оказания медицинской услуги, с которой Пациент предварительно ознакомился.

2.2.2. По письменному запросу Исполнителя предоставить ему документы и материалы, необходимые для своевременного и качественного оказания медицинской услуги.

2.2.3. Оплачивать услуги Исполнителя по Договору в порядке, сроки и на условиях, установленные Договором. С подписанием настоящего Договора Пациент подтверждает свое желание и согласие на порядок оплаты, установленный настоящим Договором, и обязуется следовать ему.

2.2.4. Подписывать своевременно отчеты (акты) об оказании услуг Исполнителем.

2.2.5. Кроме того Пациент обязан:

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

- соблюдать правила поведения пациентов в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения;

- выполнять все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих ему по Договору медицинские услуги, по лечению, в том числе соблюдать указания медицинского учреждения, предписанные на период после оказания медицинских услуг.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. Получать от Пациента любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по Договору. В случае не предоставления либо неполного или неверного предоставления Пациентом информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по Договору до представления необходимой информации.

2.3.2. Требовать от Пациента соблюдения правил оказания медицинских услуг.

2.3.3. Получать оплату за оказание медицинских услуг по настоящему Договору.

2.3.4. Самостоятельно устанавливать форму расчетов по платежам, место их осуществления.

2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. Получать от Исполнителя медицинские услуги по Договору.

2.4.2. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.

2.5. Предоставление Исполнителем дополнительных услуг оформляется дополнительным соглашением Сторон и оплачивается дополнительно.

2.6. С подписанием настоящего Договора Исполнитель подтверждает об уведомлении Пациента, а Пациент подтверждает об информировании от Исполнителя, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента, на качестве медицинских услуг.

2.7. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении Договора.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость медицинских услуг по Договору определяется на основании Прейскуранта, действующего у Исполнителя, в зависимости от наименования и объема оказанных услуг в соответствии с актами об оказании услуг за расчетный период в рамках срока действия настоящего Договора.

3.2. Оплата по настоящему Договору осуществляется внесением денежной суммы, обозначенной в акте об оказанных услугах, в порядке 100 % предоплаты через платежный терминал, установленный на территории Исполнителя.

Внесение денежных средств третьим лицом за Пациента допускается.

За не соблюдение порядка оплаты и (или) правильности заполнения реквизитов в платежном терминале Исполнитель ответственности не несет.

Пациенту или лицу, внесшему за Пациента денежные средства, выдается подтверждающий документ (кассовый чек, квитанция, иные документы, выдаваемые через платежный терминал).

3.3. Датой оплаты по настоящему Договору считается день внесения денежных средств на счет Исполнителя через платежный терминал, установленный на территории Исполнителя.

3.4. В случае неоказания медицинской услуги, оказания медицинской услуги ненадлежащего качества по вине Исполнителя, отказа от не оказанной медицинской услуги, денежные средства возвращаются Пациенту или лицу, внесшему денежные средства за Пациента, в объеме не оказанных, не качественно оказанных медицинских услуг, в порядке, установленном банком, через терминал которого производилась оплата медицинских услуг.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. К отношениям, связанным с исполнением настоящего Договора, применяются положения Закона Российской Федерации "О защите прав потребителей".

4.2. Исполнитель несет ответственность перед Пациентом 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 Пациента в установленном законом РФ порядке.

4.3. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение другой Стороной своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия, аварийные ситуации или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора.

5. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

5.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

5.2. При не урегулировании в процессе переговоров спорных вопросов в течение десяти рабочих дней с даты получения претензии/требования любым доступным видом связи, споры подлежат рассмотрению по выбору истца в суде по месту: нахождения организации; жительства или пребывания истца; заключения или исполнения договора.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

6.1. Настоящий Договор является рамочным для обращения Пациента и составлен на период с даты его подписания Сторонами в течение одного календарного года, а для исполнения договорных обязательств - до полного их исполнения.

6.2. Сроки оказания медицинских услуг определяются периодами, указанными в актах об оказании услуг в течение действия Договора.

6.3. Настоящий Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию Сторон. В случае отказа Пациента после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при условии оплаты Пациентом фактически оказанных услуг и понесенных при этом расходов.

6.4. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными представителями обеих Сторон.

7. ИНЫЕ УСЛОВИЯ

7.1. С подписанием настоящего Договора Пациент подтверждает о том, что он ознакомлен с порядком оказания платных медицинских услуг, другими нормативно-правовыми актами и локальными актами, регулирующими предмет настоящего Договора.

7.2. Настоящий Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

7.3. Подписание настоящего Договора от лица и в интересах Исполнителя может быть делегировано ответственному специалисту Исполнителя по направлению в соответствии с приказом, распоряжением главного врача ГБУЗ МО "ВПЦ", иной не запрещенной законом форме.

7.4. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются:

7.4.1. Акт об оказанных услугах.

7.4.2. Информированное добровольное согласие пациента на предоставление медицинских услуг на платной основе (Приложение №1).

7.4.3. Согласие на обработку персональных данных, в трех экземплярах, третий – в медицинскую документацию (Приложение №2).

7.4.4. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, (Приложение №3).

7.4.5. Соглашение о расторжении Договора (образец - приложение №4).

7.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

8. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ

Пациент: ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО дата рождения «00» месяца года г.
Место регистрации: обл МОСКОВСКАЯ, р-н ЛЕНИНСКИЙ, г ВИДНОЕ, ул Улица, дом 00, кв 000
Телефон: , 8-916-000-00-00 (моб.)
Эл.почта:

Исполнитель: ГБУЗ МО "ВПЦ"
Адрес: 142700, обл МОСКОВСКАЯ, р-н ЛЕНИНСКИЙ, г ВИДНОЕ, ул ЗАВОДСКАЯ, дом 17
ИНН 5003042382/КПП 500301001
р/с 40601810945253000001
МЭФ Московской области (л/с 20825219340 ГБУЗ МО "ВПЦ")
ГУ Банка России по ЦФО Г.МОСКВА 35
БИК 044525000 КБК 8250000000000000130
Телефон: (495) 204-23-67
Эл. почта: vidroddom@mail.ru

9. ПОДПИСИ СТОРОН

Пациент:
/Законный представитель/доверенное лицо

_____/Фамилия И.О.

Исполнитель:

(должность)

(подпись)

/ _____ /
(ФИО)

М.П.

Информированное добровольное согласие пациента на предоставление медицинских услуг на платной основе

Главному врачу ГБУЗ МО "ВПЦ"

На основании ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», от 21.11.2011 № 323-ФЗ и в соответствии с требованиями «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. №1006, я, ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО, дата рождения "00" месяца года г., в рамках Договора №00000 от "17" апреля 2017 г., **желаю получить платные медицинские услуги в ГБУЗ МО "ВПЦ"**, адрес местонахождения: 142700, обл МОСКОВСКАЯ, р-н ЛЕНИНСКИЙ, г ВИДНОЕ, ул ЗАВОДСКАЯ, дом 17, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я ознакомилась с «Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи на территории Московской области», об условиях и сроках получения бесплатной медицинской помощи информирован(а). Мне разъяснен порядок оказания бесплатной медицинской помощи. Я ознакомлен(а) с тем, что могу получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях на других условиях. **Получив от сотрудников ГБУЗ МО "ВПЦ" полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в учреждении, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов (а) их оплатить в полном объеме.**

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и одновременно несколько видов медицинских 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 согласна 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, ГБУЗ МО "ВПЦ" 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 ГБУЗ МО "ВПЦ". Несоблюдение указаний (рекомендаций) 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 моего здоровья.

6. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги именно в ГБУЗ МО "ВПЦ".

7. Я проинформирован(а), что платные медицинские услуги не гарантируют внеочередного получения услуги.

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

Пациент:

ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО, дата рождения "00" месяца года г., ПАСПОРТ ГРАЖДАНИНА РФ: серия 00 00 №000000, выдан: ОУФМС России _____ "00" ноября 2007 г. к.-п.000-001

Дата: "17" апреля 2017 г.

Подпись: _____ /Фамилия И.О./

Настоящее соглашение подписано Пациентом после проведения разъяснительной беседы и является приложением к Договору об оказании платных медицинских услуг.

Подпись: _____ Фамилия И.О./

Согласие на обработку персональных данных

Я, ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО, дата рождения "00" месяца года г., учитывая Федеральный закон «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку в ГБУЗ МО "ВПЦ" (далее — Исполнитель) моих персональных данных, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, внесение в электронную базу данных, в списки (реестры), отчетные формы, которые могут содержаться в платежных документах, передаваемых в кредитную организацию, через которую производятся платежи, при условии обеспечения конфиденциальности и безопасности персональных данных при их обработке.

В процессе оказания Исполнителем мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим специалистам Исполнителя, в интересах моего обследования и лечения.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, за исключением, предусмотренных российским законодательством, случаях .

Настоящее согласие дано мной с даты подписания данного Договора и действует бессрочно либо до моего письменного отзыва.

Я ознакомлен и согласен с обработкой моих персональных данных, передаваемых мной лично для осуществления оплаты через платежный терминал.

Телефон: , 8-916-000-00-00 (моб.)

Эл.почта:

Место регистрации: обл МОСКОВСКАЯ, р-н ЛЕНИНСКИЙ, г ВИДНОЕ, ул Улица, дом 00, кв 000

Дата: "17" апреля 2017 г.

Подпись: _____ /Фамилия И.О./

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

Я, ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО, дата рождения "00" месяца года г., зарегистрированная по адресу: обл МОСКОВСКАЯ, р-н ЛЕНИНСКИЙ, г ВИДНОЕ, ул Улица, дом 00, кв 000, даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи в ГБУЗ МО "ВПЦ" медицинским работником

ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО, ВРАЧ-.....

(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”

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 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)

ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО

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

(подпись)

ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата: "17" апреля 2017 г.