



Утверждаю:
Главный врач
ОГАЗ «Лоскутовская РП»

Бабанский С.А.
2023 г.

ДОГОВОР № _____

оказания платных медицинских и (или) стоматологических услуг

г. Томск, д. Лоскутово

Областное государственное автономное учреждение здравоохранения «Лоскутовская районная поликлиника», именуемое в дальнейшем «Медицинская организация», в лице _____, действующего на основании _____, именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, далее при совместном упоминании именуемые «Стороны», руководствуясь Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1 Медицинская организация обязуется оказать Пациенту платные медицинские и (или) стоматологические услуги (далее – услуги) надлежащего качества в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, и условиями настоящего договора, а Пациент обязуется принять и оплатить оказанные услуги в сроки и в порядке, определенные договором. Регистрационный номер лицензии № Л041-01043-70/00367836 от 18.12.2020, лицензирующий орган: Департамент лицензирования и регионального государственного контроля Томской области, находящимся по адресу: 634029, Томская область, г. Томск, ул. Белинского, 15А (3 этаж), Телефон: +7(3822) 533-411, срок действия – бессрочная.

1.2. Медицинская организация в соответствии с настоящим договором оказывает Пациенту следующие платные медицинские услуги: Перечень медицинских услуг: Согласно Приложению №1 в настоящему Договору.

1.3. Сроки предоставления услуг: _____ день (дней) с даты заключения настоящего договора.

1.4. Медицинские услуги в рамках настоящего договора оказываются после подписания Пациентом информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, амбулаторно.

2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

2.1. Услуги оплачиваются путем наличного расчета в кассу Медицинской организации в форме 100% предоплаты в соответствии с Прейскурантом цен, действующим в Медицинской организации на момент заключения настоящего договора.

2.2. По согласованию сторон может быть предусмотрен иной порядок оплаты, в том числе рассрочка платежа.

2.3. Общая стоимость услуг по настоящему договору составляет _____ руб. ____ коп.

(сумма прописью)

2.4. После оплаты Пациенту выдаются документы (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности), подтверждающие произведенную оплату оказанных услуг.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Пациент имеет право:

3.1.1. Получать информацию о состоянии своего здоровья, ходе обследования и лечения, стоимости медицинских и иных немедицинских услуг.

3.1.2. Получать услуги, предусмотренные прейскурантом и лицензией Медицинской организации.

3.1.3. Получать информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную услугу (его профессиональном образовании и квалификации).

3.1.4. Получать информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

3.1.5. В любое время отказаться от исполнения настоящего договора, оплатив Медицинской организации услуги, оказанные до получения извещения о расторжении настоящего договора, и возместив Медицинской организации расходы, произведенные ею до этого момента в целях исполнения настоящего договора.

3.2. Пациент обязан:

3.2.1. Оплатить медицинские услуги в полном объеме в сроки и в порядке, определенными условиями настоящего договора.

3.2.2. Представлять медицинской организации необходимую для оказания услуг информацию, информировать Медицинскую организацию до оказания медицинских услуг о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях. Нарушение указанной обязанности Пациентом является исключительно его риском.

3.2.3. Соблюдать режим лечения, являться на процедуры и диагностические исследования строго в назначенное время, выполнять все рекомендации медицинского персонала, в том числе указания Медицинской организации, предписанные на период после оказания услуг.

3.2.4. Соблюдать правила внутреннего распорядка и режим работы в Медицинской организации, правила санитарно-эпидемиологического режима.

3.2.5. Удостоверить личной подписью бланк информационного согласия на проведение лечения.

3.3. Медицинская организация имеет право:

3.3.1. Определять длительность лечения, объем лечебно-диагностических услуг.

3.3.2. Прервать лечение и/или обследование, немедленно уведомив об этом Пациента:

- при наличии медицинских противопоказаний либо при заведомой невозможности достичь результата лечения, обнаруженной в ходе лечения;

- при предоставлении пациентом неполных и/или недостоверных сведений, связанных со здоровьем;

- при нарушении Пациентом правил внутреннего распорядка, невыполнении пациентом медицинских предписаний.

3.3.3. Привлекать по согласованию с Пациентом к исполнению настоящего договора специалистов иных медицинских учреждений.

3.4. Медицинская организация обязана:

3.4.1. Оказывать медицинские услуги в соответствие с лицензией, законодательными и иными нормативными правовыми актами РФ, в том числе на основании порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи.

3.4.2. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах.

3.4.3. Информировать пациента о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях, ожидаемых результатах оказания медицинской помощи, используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях.

3.4.4. Оформлять медицинскую документацию, предусмотренную действующим законодательством РФ.

3.4.5. Информировать Пациента в доступной форме, в том числе с использованием сети Интернет, об осуществляемой медицинской деятельности и о медицинских работниках Медицинской организации, об уровне их образования и об их квалификации.

3.4.6. Предупредить Пациента в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором и получить согласие пациента на предоставление дополнительных медицинских услуг на возмездной основе.

3.4.7. Незамедлительно ставить в известность Пациента о возникновении условия невозможности оказать медицинскую услугу по объективным причинам (болезнь специалиста, поломка аппаратуры и т.п.), о возникновении обстоятельств, которые могут привести к сокращению оказываемых медицинских услуг, о выявлении у Пациента заболевания (состояния) не по профилю направления, а также противопоказания к предоставлению медицинской услуги.

3.4.8. После исполнения договора выдать Пациенту (законному представителю) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

3.5. Стороны обязуются согласовывать все непредвиденные случаи, возникающие в процессе оказания медицинских услуг.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. Медицинская организация несет ответственность за нарушение прав Пациента в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью

Пациента при оказании медицинской помощи, а также за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора в соответствии с действующим законодательством.

4.2. Медицинская организация освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору, если неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также вследствие нарушения Пациентом своих обязанностей, предусмотренных п. 3.2.1. – 3.2.5. настоящего договора.

4.3. Медицинская организация не несет ответственности перед Пациентом:

- за денежные средства, ценности, документы, имущество Пациента, не сданные на хранение;

- в случае наступления осложнений, возникших вследствие индивидуальных особенностей организма Пациента, если медицинская услуга оказана надлежащим образом;

- в случае возникновения у Пациента аллергических реакций и индивидуальной непереносимости препаратов и материалов, разрешенных к применению, о реакции на которые Пациентом не было заявлено и на которые не могло быть выявлено реакций в результате лечебных и диагностических мероприятий.

4.4. Вред, причиненный жизни, здоровью пациента в результате оказания некачественной платной медицинской услуги подлежит возмещению в полном объеме в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.5. Пациент во время лечения несет ответственность за нарушение правил внутреннего распорядка, режима работы учреждения, правил санитарно-эпидемиологического режима, за ущерб, который он причинит другому лицу или учреждению в полном объеме в соответствии с действующим законодательством и правилами внутреннего распорядка учреждения.

4.6. За нарушение условий договора виновная сторона возмещает другой стороне убытки в порядке и размере, предусмотренном действующим законодательством РФ.

5. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

5.1. Пациент в доступной форме информирован 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. Пациент подписью в договоре подтверждает свое желание на получение платных медицинских услуг в Медицинской организации.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязанностей.

6.2. Все изменения и дополнения к настоящему договору, требующие взаимного согласия Сторон, будут действительны только при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями Сторон (либо ими лично).

6.3. В случае отказа Пациента или Медицинской организации после заключения договора от получения или оказания услуг, договор расторгается по соглашению сторон либо в одностороннем порядке.

6.4. При одностороннем порядке расторжения договора, Стороны обязаны уведомить друг друга в письменной форме о намерении досрочного прекращения настоящего договора не менее чем за три дня до предполагаемой даты прекращения настоящего договора.

6.5. Договор считается расторгнутым с момента надлежащего уведомления второй стороны.

6.6. Медицинская организация информирует Пациента о расторжении договора по инициативе Пациента, при этом Пациент оплачивает Медицинской организации фактически понесенные Медицинской организацией расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

6.7. При оказании платной услуги не в полном объеме, пациенту выплачивается разница между полученной суммой и фактической стоимостью оказанной услуги.

7. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

7.1. В случае возникновения споров Стороны примут все меры для их разрешения путем переговоров.

7.2. Жалобы пациентов на качество полученных услуг рассматриваются администрацией учреждения в порядке, установленном действующим законодательством.

7.3. Все претензии по финансовым расчетам, качеству предоставления медицинских услуг и другим вопросам рассматриваются и разрешаются по согласованию Сторон. Исключительно при недостижении согласия споры подлежат рассмотрению в суде с обязательным досудебным урегулированием споров в претензионном порядке.

7.4. Претензия подается Стороной в письменной форме и должна быть рассмотрена противоположной Стороной в 10-дневный срок со дня ее получения, по итогам рассмотрения претензии Стороне, подавшей ее, в течение 10 дней направляется ответ. В случае неполучения ответа на претензию в течение 30 дней со дня ее получения Сторона, подавшая претензию, вправе обратиться в суд за защитой своих прав.

7.5. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

7.6. 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 или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом. Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

7.7. Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по Договору, обязана не позднее 5(пяти) дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

8.1. Конкретная информация, касающаяся предмета настоящего договора, хода его выполнения и полученных результатов, признается конфиденциальной. Стороны обязуются обеспечивать конфиденциальность и защиту полученной друг от друга информации и не допускать ее разглашения, за исключением установленных законодательством случаев.

8.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.

8.3. В случае изменения каких-либо реквизитов Сторон, Стороны обязаны письменно немедленно уведомить об этом друг друга.

8.4. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются приложения: Приложение № 1; Приложение № 2; Приложение № 3; Акт сдачи-приемки оказанных Услуг.

9. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Медицинская организация:

Областное государственное автономное учреждение здравоохранения
«Лоскутовская районная поликлиника»

Юридический адрес:

634570, Томская область, Томский район, село Богашево, ул. Новостройка, д.42б

ИНН 7014014863 КПП 701401001

ОГРН 1027000768838 Свидетельством о внесении записи в ЕГРЮЛ от 02.12.2002 г., выдано ИМНС России по Томскому району Томской области

Банковские реквизиты:

Департамент финансов Томской области

(ОГАУЗ «Лоскутовская РП» л/с 8104000631; 9104000631; М104000631)

КС 03224643690000006500

БИК 016902004

ОТДЕЛЕНИЕ ТОМСК БАНКА РОССИИ

Единый казначейский счет: 40102810245370000058

Тел: 8 (3822) 999-350

Пациент:

Дата рождения:

Адрес места жительства:

Тел:

Паспорт:

Серия:

Номер:

Дата выдачи:

Выдан:

Телефон:

М.П.

Подпись

Перечень услуг:

№ п/п	Код услуги	Услуга	Количество услуг	Стоимость услуги, руб.	Сумма, руб.
1					
2					
...					
ИТОГО:					

Стоимость услуг по договору _____ руб. (_____)
(сумма прописью)

Срок выполнения работ: _____ день (дней) с даты заключения договора.

Оплата: в размере 100% предоплаты.

Медицинская организация:

Пациент (законный представитель):

_____/_____/____/

_____/_____/____/

М.П.

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)

проживающий (-ая) по адресу: _____
паспорт: серия _____ номер _____, дата выдачи _____,
выдан _____
_____ года рождения,

Раздел бланка для заполнения только на несовершеннолетних, либо недееспособных лиц, получающих платную медицинскую услугу

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)

проживающий (-ая) по адресу: _____
паспорт:
серия _____ номер _____, дата выдачи _____,
выдан _____
_____ года рождения, являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель, иное – нужное подчеркнуть) ребенка или лица, признанного недееспособным

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного лица полностью, дата рождения)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие на обработку ОГАУЗ «Лоскутовская РП» (далее — Оператор) моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактн(ый) телефон(ы), Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими (лица, законным представителем которого я являюсь) персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе самостоятельно обрабатывать либо передавать на обработку уполномоченным на то должностным лицам, заключившим соглашение о неразглашении персональных данных, мои (лица, законным представителем которого я являюсь) персональные данные посредством внесения их в информационные системы здравоохранения Томской области, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами,

Срок хранения моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты). Передача моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных иным лицам или иное их разглашение, кроме случаев, прямо предусмотренных настоящим согласием, может осуществляться только с моего письменного разрешения.

Настоящее согласие дано мной _____ (указывается дата заключения договора) и действует бессрочно.

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.

Субъект персональных данных
(законный представитель)

(подпись)

Расписался в моем присутствии:

(подпись, расшифровка подписи сотрудника медицинской организации)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ
МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Я, нижеподписавшийся (-аяся),

_____ дата рождения

_____, проживающий (-ая) по адресу:

(Ф.И.О. пациента или законного представителя, дата рождения, адрес)

получив в доступной форме от сотрудников ОГАУЗ «Лоскутовская РП» информацию о состоянии здоровья, наличии заболевания, моем диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, а также о результатах проведенного лечения, находясь в здравом уме и твердой памяти, действуя своей волей и в своем интересе, настоящим даю добровольное согласие на медицинское вмешательство.

О возможных побочных явлениях и осложнениях, а также о том, что 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, предупрежден.

С условиями оказания бесплатной помощи ознакомлен (-а), добровольно согласен (-на) получить услугу платно.

подпись пациента (законного представителя)

/ _____ /
расшифровка подписи

дата составления

подпись медицинского сотрудника

Акт № _____
сдачи-приемки оказанных медицинских и (или) стоматологических услуг

от « _____ » _____ г.

Мы, ОГАУЗ «Лоскутовская РП», именуемое в дальнейшем «Медицинская организация» в лице _____ действующего на основании _____, с одной стороны, и гражданин (-ка) _____ именуемый (-ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, составили настоящий акт о том, что Медицинской организацией были выполнены работы (оказаны следующие услуги) по договору № _____ от _____ г.

Перечень услуг:

№ п/п	Код услуги	Услуга	Количество услуг	Стоимость услуги, руб.	Сумма, руб.
1					
2					
...					
				ИТОГО:	

Услуги выполнены полностью и в срок. Пациент по объему, качеству и срокам оказания услуг претензий не имеет.

Медицинская организация:

Пациент (законный представитель):

_____ / _____ /

_____ / _____ /

М.П.