

Договор на оказание платных медицинских услуг № _____

г.Ковылкино

« _____ » _____ 20 ____ г.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Мордовия
«Ковылкинская центральная районная больница»**

1. Адрес места нахождения: Республика Мордовия, г.Ковылкино, ул. Гагарина, 33.

2. Лист записи ЕГРЮЛ от 08.02.2016 г. № 2161323051019 выдан Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 5 по Республике Мордовия.

3. Лицензия № ЛО-13-01-000590 от 18.02.2015г., срок действия бессрочно, выдана Министерством здравоохранения Республика Мордовия, Республика Мордовия, г.Саранск, ул.Коммунистическая, д.33, тел.: 8 (8342) 23-42-37 на следующие виды работ (услуг):

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:

акушерскому делу; вакцинации (проведению профилактических прививок); гигиеническому воспитанию; гистологии; дезинфектологии; лабораторному делу; лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; лечебному делу; медицинской статистике; медицинскому массажу; наркологии; неотложной медицинской помощи; операционному делу; общей практике; организации сестринского дела; паразитологии; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; стоматологии; стоматологии ортопедической; стоматологии профилактической; физиотерапии; функциональной диагностике; эпидемиологии;

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; педиатрии; терапии; управлению сестринской деятельностью; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: клинической лабораторной диагностике; неотложной медицинской помощи; общей врачебной практике (семейной медицине); организации здравоохранения и общественному здоровью; педиатрии; терапии; управлению сестринской деятельностью;

при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); гигиеническому воспитанию; гистологии; дезинфектологии; дерматовенерологии; детской хирургии; детской эндокринологии; инфекционным болезням; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; клинической фармакологии; лечебной физкультуре и спортивной медицине; медицинской статистике; неврологии; нейрохирургии; неотложной медицинской помощи; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации); офтальмологии; паразитологии; профпатологии; психиатрии; психиатрии-наркологии; психотерапии; ревматологии; рентгенологии; стоматологии детской; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; управлению сестринской деятельностью; урологии; физиотерапии; фтизиатрии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; эндоскопии; эпидемиологии;

при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по:

акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по:

акушерскому делу; акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); анестезиологии и реаниматологии; бактериологии; вакцинации (проведению профилактических прививок); гистологии; дезинфектологии; детской хирургии; диетологии; инфекционным болезням; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; клинической фармакологии; лабораторной диагностике; лабораторному делу; лечебной физкультуре; лечебной физкультуре и спортивной медицине; медицинской статистике; медицинскому массажу; неврологии; неонатологии; общей практике; онкологии; операционному делу; организации здравоохранения и общественному здоровью; организации сестринского дела; оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации); паразитологии; патологической анатомии; педиатрии; психиатрии; психиатрии-наркологии; психотерапии; реаниматологии; ревматологии; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; терапии; торакальной хирургии; травматологии и ортопедии; трансфузиологии; ультразвуковой диагностике; управлению сестринской деятельностью; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; хирургии (абдоминальной); хирургии (комбустиологии); эндоскопии; эпидемиологии;

При оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации по:

организации здравоохранения и общественному здоровью; медицинской статистике; скорой медицинской помощи; управлению сестринской деятельностью; при оказании скорой медицинской помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью; медицинской статистике; скорой медицинской помощи; управлению сестринской деятельностью;

при оказании скорой специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях по:

акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); анестезиологии и реаниматологии; инфекционным болезням; кардиологии; неврологии; нейрохирургии; организации здравоохранения и общественному здоровью; педиатрии; психиатрии; психиатрии-наркологии; реаниматологии; терапии; токсикологии; травматологии и ортопедии; управлению сестринской деятельностью;

при оказании паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях по:

анестезиологии и реаниматологии; гематологии; гериатрии; детской кардиологии; детской онкологии; детской эндокринологии; диетологии; инфекционным болезням; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; колопроктологии; лечебной физкультуре; лечебной физкультуре и спортивной медицине; лабораторной диагностике; лабораторному делу; медико-социальной помощи; медицинской статистике; медицинской реабилитации; неврологии; нефрологии; общей практике; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; патологической анатомии; педиатрии; психиатрии; психиатрии-наркологии; психотерапии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; терапии; травматологии и ортопедии; трансфузиологии; управлению сестринской деятельностью; урологии; рентгенологии; физиотерапии; хирургии; эндокринологии.

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 выявление ВИЧ-инфекции; медицинскому освидетельствованию на наличие инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа иностранным гражданам и лицам без гражданства в выдаче либо аннулировании разрешения на временное проживание, или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации; 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 обращении донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях организуются и выполняются работы (услуги) по заготовке, хранению донорской крови и (или) ее компонентов.

в лице заместителя главного врача по медицинской части Кочегаровой Валентины Ивановны, действующего на основании Доверенности № _____ от _____ и Устава утвержденного Приказом Министерства здравоохранения Республики Мордовия № 71 от 26.01.2016г., именуемое в дальнейшем «**ИСПОЛНИТЕЛЬ**», с одной стороны, и

_____ (Ф.И.О. потребителя)

именуемый в дальнейшем «**ПОТРЕБИТЕЛЬ**», с другой стороны, в соответствии с Федеральным Законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29 ноября 2010 г. №326 и Федеральным Законом №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г., Постановлением Правительства РФ «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных услуг» от 4 октября 2012 года №1006, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ оказывает качественное (ую) Услугу (обследование, лечение, консультацию) (нужное подчеркнуть) медицинского характера в виде профилактической, лечебно-диагностической, реабилитационной помощи, включающую в себя:

№ п/п	Наименование медицинской услуги

2. Права и обязанности сторон.

2.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется осуществить качественное (ую) обследование, лечение, консультацию (нужное подчеркнуть) врачом-специалистом _____

в течении _____ суток со дня подписания договора, по общепринятым мировой медицинской практикой методикам.

2.4. При выявлении необходимости производства дополнительных медицинских услуг ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется уведомить об этом ПОТРЕБИТЕЛЯ в письменном виде.

2.5. При согласии на производство дополнительных услуг ПОТРЕБИТЕЛЬ обязуется оплатить стоимость дополнительных услуг в отдельном порядке согласно действующим тарифам.

2.6. ПОТРЕБИТЕЛЬ обязуется оплатить получаемую Услугу, внимательно ознакомиться с информацией, касающейся его лечения (приложение №1 к настоящему договору).

3. Стоимость услуг и порядок оплаты.

3.1. Стоимость предоставленной медицинской услуги, согласно п.1 договора составляет _____

_____ (сумма цифрами и прописью)

3.2. Оплата Услуги, осуществляется ПОТРЕБИТЕЛЕМ, согласно действующим тарифам, согласованным с Министерством Здравоохранения Республики Мордовия.

3.3. ПОТРЕБИТЕЛЬ оплачивает оказываемые ИСПОЛНИТЕЛЕМ услуги перед их оказанием в соответствии с настоящим договором в кассу ИСПОЛНИТЕЛЯ.

3.4. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязан выдать ПОТРЕБИТЕЛЮ документ, подтверждающий произведенную оплату представленных медицинских услуг.

3.5. ИСПОЛНИТЕЛЬ после исполнения договора выдает ПОТРЕБИТЕЛЮ (законному представителю ПОТРЕБИТЕЛЯ) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

4. Ответственность сторон.

4.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Сторонами своих обязанностей по настоящему договору, стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ не несет ответственности (за результаты оказания Услуги) в случаях несоблюдения ПОТРЕБИТЕЛЕМ рекомендаций по лечению и иных неправомерных действий.

4.3. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим Договором или в связи с ним, Стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров. В случае невозможности их разрешения таким путем они будут рассмотрены в соответствии с порядком, установленным законодательством.

5. Срок действия договора. Порядок изменения и расторжения договора.

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до получения ПОТРЕБИТЕЛЕМ Услуги. Настоящий договор без подписанного ПОТРЕБИТЕЛЕМ приложения №1 к настоящему договору юридической силы не имеет.

5.2. Договор будет считаться прекращенным после выполнения всех взаимных обязательств и урегулирования всех расчетов между сторонами.

5.3. Любые изменения и дополнения к настоящему договору должны быть составлены в письменной форме и подписаны Сторонами либо их уполномоченными представителями.

5.4. Договор на оказание платных медицинских услуг составлен в трех экземплярах, по одному для каждой стороны. Каждый из них имеет одинаковую юридическую силу.

6. Особые условия.

6.1. ПОТРЕБИТЕЛЬ обязан строго выполнять все рекомендации, сделанные ИСПОЛНИТЕЛЕМ, которые отражены в утвержденной медицинской документации (ф. №003/у, ф. №025/у-04). При несоблюдении данных рекомендаций ИСПОЛНИТЕЛЬ не несет ответственность за неблагоприятный исход лечения.

6.2. При самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, ПОТРЕБИТЕЛЬ

информирован, о том, что медицинские услуги он может получить бесплатно по месту жительства в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, но изъявляет желание получить данные медицинские услуги на платной основе у ИСПОЛНИТЕЛЯ.

6.3. ПОТРЕБИТЕЛЬ с порядком, условиями и оплатой указанной медицинской услуги ознакомлен и согласен.

7. Юридические адреса и подписи сторон

«ИСПОЛНИТЕЛЬ»	«ПОТРЕБИТЕЛЬ»
ГБУЗ Республики Мордовия «Ковылкинская ЦРБ» Юридический адрес: 431354, Республика Мордовия, г.Ковылкино, ул.Гагарина, д.33, тел. 2-14-40 ОГРН 1021300887300, Выдан МИФНС России №5 по РМ, ИНН 1323119608 Вышестоящая организация: Министерство здравоохранения Республики Мордовия Адрес: 430002, Республика Мордовия, г.Саранск, ул.Советская, д. 35, тел. (8-834-2) 47-68-11	ФИО _____ Проживающий по адресу: _____ _____
	паспорт серии _____ N _____, выдан _____ _____
	Телефон _____
Заместитель главного врача по медицинской части _____ В.И. Кочегарова	_____ (подпись)

Приложение №1 к договору

№ _____ от « _____ » _____ 20__ г.

Добровольное информационное согласие

об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг

г. Ковылкино

« _____ » _____ 20__ г.

Я, ПОТРЕБИТЕЛЬ _____,

В рамках договора на оказание платных медицинских услуг, желаю получить **платные медицинские услуги** в ГБУЗ РМ «Ковылкинская МБ», при этом мне разъяснено, что при предоставлении платных медицинских услуг соблюдаются порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации, и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников ГБУЗ РМ «Ковылкинская МБ» полную информацию о возможности и условиях 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, **даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.**

2. Мне разъяснено и я осознал (а), что проводимое лечение мне **не гарантирует 100 % результат** и что при проведении медицинской услуги и после нее, как в ближайшем, так и в отделенном периоде, возможны различные осложнения.

3. Мне разъяснено и я осознал (а), 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.

4. Я согласен (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 РМ «Ковылкинская МБ» не несет ответственности за их возникновение.

5. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие медицинские услуги, которые я хочу получить в ГБУЗ РМ «Ковылкинская МБ» и согласен (на) их оплатить.

№ п/п	Наименование медицинской услуги

6. Я ознакомлен (на) с действующим прейскурантом платных медицинских услуг и согласен (на) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.

7. Я проинформирован (а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других медицинских организациях, и **подтверждаю свое согласие** на получение указанной медицинской услуги в ГБУЗ РМ «Ковылкинская ЦРБ»

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

ПОТРЕБИТЕЛЬ:

(фамилия, имя, отчество, и подпись пациента)

Настоящее соглашение подписано пациентом на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

(должность, фамилия, отчество ответственного лица, подпись)

Главному врачу
Государственного бюджетного учреждения здравоохранения
Республики Мордовия
«Ковылкинская центральная районная больница»
Шукшину В.И.

ЗАЯВЛЕНИЕ

о согласии на обработку персональных данных

Я,

_____ (фамилия, имя, отчество полностью)

проживающий(ая) по адресу

_____ (по месту регистрации)

паспорт _____, выдан « ____ » _____ года

_____ (название выдавшего органа и дата выдачи)

_____, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку Государственным учреждением здравоохранения Республики Мордовия «Ковылкинская центральная районная больница», Республика Мордовия, г.Ковылкино, ул. Гагарина, 33 (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, 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).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией _____

_____ (название страховой медицинской организацией)

и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, 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 (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной « ____ » _____ 201__ года 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.

Контактный телефон(ы) _____

Почтовый адрес _____

Подпись субъекта персональных данных _____