Руководителю

КГБУЗ «Владивостокская клиническая больница № 4»

от гр. (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

проживающего(ей) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

конт. тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление на получение платных медицинских услуг и заключение договора

Прошу заключить со мной договор на получение в КГБУЗ «Владивостокская клиническая больница № 4» платных медицинских услуг.

Врач, оказывающий услугу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. О продолжительности услуги я информирован(а) лечащим врачом.

Мне предоставлена в доступной форме информация 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. Я даю согласие на получение медицинских услуг на платной основе по ценам, утвержденным в прейскуранте КГБУЗ «Владивостокская клиническая больница № 4» на дату предоставления услуг, с которым я ознакомлен(а). Прошу заключить со мной договор на оказание платных медицинских услуг

Пациент (или его представитель):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г

 *(Подпись) (ФИО полностью) (дата)*

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

(реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента)

**Информирование о платных медицинских услугах**

**в соответствии с п.п. 14, 15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг**

Мне предоставлена в доступной форме информация о применяемых стандартах и порядках оказания медицинской помощи, о лечащем враче, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу, а также о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных осложнениях, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

Согласно ч. 4 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения, снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я проинформирован(а) о режиме работы исполнителя, последствиях его нарушения, а также о том, что исполнитель не несет ответственность за ценные вещи и документы, оставленные без присмотра пациента.

Пациент (или его представитель):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г

 *(Подпись) (ФИО полностью) (дата)*

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

(реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента

**ДОГОВОР №\_\_\_\_**

**НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

г. Владивосток «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ года

КГБУЗ «Владивостокская клиническая больница № 4», ИНН 2536010685, именуемое в дальнейшем, «Исполнитель», в лице уполномоченного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего(ей)

на основании доверенности от « » 20 год № , с одной стороны,

и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», дата рождения \_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_ года, паспорт серии \_\_\_\_\_номер \_\_\_\_\_\_\_\_, выдан (когда) \_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_ , (кем)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрированный(ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, фактически проживающий по адресу *(указать, если отличается от адреса регистрации):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **с другой стороны**,

и выступающий(ая) в интересах Пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 *(заполняется в случае, если сторона Пациента и Плательщика не совпадает в одном лице)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*наименование, ИНН, адрес, имя руководителя – для юридического лица, ФИО, адрес, телефон – для физического лица)*

именуемый(ая) в дальнейшем **«Плательщик»**, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **Данные об исполнителе медицинских услуг**
	1. Юридический адрес: 690034, г. Владивосток, ул. Воропаева, д. 5.
	2. Адрес оказания медицинских услуг: 690034, г. Владивосток, ул. Воропаева, д. 5.
	3. Дата постановки на налоговый учет: 03.10.1993. Дата создания: 16.02.1995. ОГРН 1022501304396 внесен в ЕГРЮЛ 17.12.2002, о чем ИФНС по Ленинскому району г. Владивостока выдано свидетельство серии 25 номер 02361189.
	4. Сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности: номер ЛО-25-01-003034 от 12.04.2016.
	5. Сведения об органе, выдавшем лицензию: департамент здравоохранения Приморского края, расположенный по адресу: 690007, г. Владивосток, ул. 1-я Морская, д. 2, тел. 8(423)2413514.
	6. Перечень услуг, составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией:

доврачебная медицинская помощь по: акушерскому делу, анестезиологии и реаниматологии, гистологии, диетологии, лабораторной диагностике, лабораторному делу, лечебной физкультуре и спортивной медицине, медицинской статистике, медицинскому массажу, операционному делу, организации сестринского дела, паразитологии, рентгенологии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, вакцинации (проведению профилактических прививок), неотложной медицинской помощи; неотложной медицинской помощи; стоматологии, физиотерапии, функциональной диагностике;

амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь, в том числе:

-первичная медико-санитарная помощь по: гериатрии, инфекционным болезням, кардиологии, контролю качества медицинской помощи, клинической лабораторной диагностике, лечебной физкультуре и спортивной медицине, медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым), неврологии, общественному здоровью и организации здравоохранения, оториноларингологии, офтальмологии, рентгенологии, ревматологии, терапии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, экспертизе временной нетрудоспособности, эндоскопии, эндокринологии;

-специализированная медицинская помощь по: акушерству и гинекологии, гематологии, дерматовенерологии, диабетологии, клинической фармакологии, колопроктологии, контролю качества медицинской помощи, мануальной терапии, медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам профилактическим, паразитологии, профпатологии, рефлексотерапии, трансфузиологии, транспортировке донорской крови и ее компонентов, экспертизе временной нетрудоспособности, экспертизе на право владения оружием, экспертизе профпригодности, вакцинации (проведению профилактических прививок), неотложной медицинской помощи, управлению сестринской деятельностью, стоматологии терапевтической;

стационарная медицинская помощь, в том числе:

-первичная медико-санитарная помощь по: анестезиологии и реаниматологии, гериатрии, инфекционным болезням, кардиологии, контролю качества медицинской помощи, клинической лабораторной диагностике, лечебной физкультуре и спортивной медицине, неврологии, общественному здоровью и организации здравоохранения, педиатрии, рентгенологии, терапии, ультразвуковой диагностике, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, экспертизе временной нетрудоспособности, эндокринологии, эндоскопии, неотложной медицинской помощи;

-специализированная медицинская помощь по: акушерству и гинекологии, бактериологии, клинической фармакологии, колопроктологии, мануальной терапии, патологической анатомии, пульмонологии, рефлексотерапии, трансфузиологии, экспертизе временной нетрудоспособности.

1. **Предмет договора**
	1. Исполнитель принимает на себя обязательства по заданию Пациента оказать квалифицированную медицинскую помощь (медицинские услуги) в форме платных медицинских услуг по своему профилю деятельности в соответствии с выданной лицензией на осуществление медицинской деятельности, а Пациент (или Плательщик в том случае, если настоящий договор является трехсторонним) обязуется оплатить услуги Исполнителя в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим договором.
	2. Исполнитель оказывает медицинские услуги по месту осуществления лицензированного вида деятельности (стационарно, амбулаторно, на дому) в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, порядками и стандартами предоставления медицинской помощи, иными требованиями действующего законодательства Российской Федерации, в том числе предъявляемыми к качеству медицинских услуг.
	3. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором, их стоимость устанавливается в соответствии с Прейскурантом, действующим на момент оказания медицинской услуги, с которым Пациент ознакомлен к моменту подписания настоящего договора. Перечень услуг, непосредственно оказанных Пациенту, содержится в Приложении № 1 к настоящему договору и является его неотъемлемой частью.
2. **Порядок предоставления платных медицинских услуг**
	1. Пациент уведомлен 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. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.
	3. Предоставление медицинских услуг по настоящему договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Пациента (его законного представителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. При заключении настоящего договора Пациент ознакомлен с Перечнем определенных видов медицинских вмешательств, утвержденным приказом Минздрава России от 23.04.2012 № 390н, Пациенту в доступной форме даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, возможных осложнениях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.
	4. Пациент подтверждает, что до заключения договора Исполнитель уведомил Пациента 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 Пациента.
	5. При заключении настоящего договора Пациент предоставляет Исполнителю письменное согласие на обработку персональных данных.
	6. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Пациента. Исполнитель вправе без согласования с Пациентом вносить в план лечения изменения в исключительных случаях, когда Пациент в силу болезненного или бессознательного состояния, действия анестезии, лекарственных средств или иных медицинских препаратов не имеет возможности выразить свою волю относительно вопросов лечения, а также при обстоятельствах, угрожающих жизни и здоровью Пациента.
	7. 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 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
	8. Исполнителем после исполнения договора выдаются Пациенту (или его представителю) выписки, справки, заключения, отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг. Исполнитель приостанавливает выдачу названных медицинских документов в случае задержки оплаты оказываемых услуг на период неисполнения Пациентом (или Плательщиком в том случае, если настоящий договор является трехсторонним) такого обязательства. План лечения, история болезни и другие медицинские документы, составляемые при оказании медицинских услуг, являются собственностью Исполнителя и Пациенту не выдаются.
3. **Сроки оказания услуг, их стоимость и порядок расчетов**
	1. Сроки (период) оказания услуг по настоящему договору - с «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. по «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г.
	2. Общая стоимость медицинских услуг по договору определяется на основании прейскуранта, утвержденного Исполнителем и действующего на день оказания услуг, что составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб., НДС не облагается.
	3. Оплата услуг производится Пациентом (или Плательщиком в том случае, если настоящий договор является трехсторонним) путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или путем перечисления суммы на лицевой счет Исполнителя в порядке предварительной оплаты за оказываемые услуги в день заключения настоящего договора. В случае непроведения оплаты в день заключения договора указанная обязанность сохраняется на будущее время и подлежит немедленному исполнению на следующий день после заключения договора. Датой оплаты денежных средств считается день зачисления денежных средств на лицевой счет Исполнителя или день внесения денежных средств в кассу Исполнителя.
	4. Пациенту или Плательщику в случае осуществления оплаты за Пациента в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности). На основании письменного запроса Исполнитель выдает документы, необходимые для получения социального налогового вычета по налогу на доходы физических лиц, в течение 5 рабочих дней с момента поступления соответствующего запроса Пациента (или Плательщиком в том случае, если настоящий договор является трехсторонним.
	5. При уменьшении объема медицинских услуг в процессе их предоставления или при отказе одной из сторон от исполнения договора производится перерасчет стоимости медицинской услуги на основании дополнительного соглашения сторон, заключенного в письменной форме и подписанного уполномоченными представителя сторон. Возврат Пациенту или Плательщику в случае осуществления оплаты за Пациента излишне внесенных сумм производится не позднее 14 календарных дней с момента заключения дополнительного соглашения.
4. **Права и обязанности Сторон**
	1. **Исполнитель обязан:**
		1. Сохранять в тайне информацию, относящуюся к лечению Пациента, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.
		2. Ознакомить Пациента с режимом работы и правилами поведения в КГБУЗ «Владивостокская клиническая больница № 4» либо информировать о месте, где он может с ними ознакомиться.
		3. По требованию Пациента (его законного представителя) в доступной для него форме предоставлять информацию о состоянии здоровья Пациента, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности, показаниях (противопоказаниях) к применению.
		4. По письменному запросу Пациента предоставлять копии медицинских документов о состоянии его здоровья в течение 10 рабочих дней с момента получения запроса Пациента или его представителя при условии предоставления документов, подтверждающих полномочия представителя на получения таких сведений.
	2. **Исполнитель имеет право:**
		1. Получать от Пациента любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему договору. В случае непредоставления либо неполного или неверного предоставления Пациентом информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.
		2. Определять длительность лечения, объем услуг, необходимость перевода в отделение другого профиля в соответствии с состоянием здоровья Пациента.
		3. С согласия Пациента (его законного представителя) и по рекомендации врачей привлекать для осмотров и консультаций высококвалифицированных специалистов из других медицинских организаций, а также направлять Пациента в другие медицинские организации на необходимые обследования, которые не производятся Исполнителем, с дополнительной оплатой Пациентом оказанных медицинских услуг.
		4. В случае возникновения неотложных состояний, угрожающих жизни Пациента, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для диагностики, обследования и оказания медицинской помощи.
		5. При выявлении у Пациента противопоказаний к оказанию медицинских услуг или при неисполнении Пациентом Правил внутреннего распорядка, назначений лечащего врача и медицинского персонала, нарушении режима работы Исполнителя отказывать Пациенту в оказании помощи, предусмотренной договором, расторгнуть в одностороннем порядке настоящий договор и возвратить денежные средства, уплаченные по договору за вычетом стоимости услуг, которые были фактически оказаны Пациенту на момент расторжения договора.
		6. Приостановить оказание услуг по настоящему договору в случае возникновения задолженности по оплате оказанных медицинских услуг по настоящему договору на срок, превышающий 1 (один) календарный день.
		7. На всех основных этапах оказания услуг, предусмотренных настоящим договором, использовать полученные медицинские данные (в т.ч. снимки КТ, МРТ, УЗИ) для научно-исследовательских работ, публикаций в научных изданиях. При этом Исполнитель обязуется полностью исключить из этих данных любую личную информацию, такую как ФИО, адрес места жительства, место работы Пациента, и т.п.
	3. **Пациент обязан:**
		1. Предоставлять всю имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, требуемую для оказания медицинской помощи, в том числе, но не ограничиваясь, о перенесенных хирургических вмешательствах, травмах, операциях, хронических и наследственных заболеваниях, о наличии ВИЧ-инфекции, парентеральных гепатитов, известных аллергических реакциях на какие-либо лекарственные препараты и другие агенты, об индивидуальной непереносимости лекарств, о склонности к образованию келоидных рубцов, а также об употреблении алкоголя, наркотических или психотропных средств.
		2. Выполнять все рекомендации лечащего врача, сделанные в соответствии с намеченным планом и программой лечения, а также на период реабилитации, регулярно принимать назначенные препараты и применять другие назначенные методы лечения, согласовывать с лечащим врачом прием любых не назначенных им лекарств.
		3. Своевременно информировать Исполнителя об изменении состояния своего здоровья, возникающих сложностях, побочных эффектах и т.п. в процессе оказания медицинской помощи и после ее завершения.
		4. Соблюдать правила поведения пациентов в медицинском учреждении, режим работы учреждения.
		5. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.
		6. Бережно относиться к имуществу Исполнителя и своевременно возмещать убытки в случае причинения ущерба имуществу Исполнителя.
	4. **Пациент имеет право на:**
		1. Получение качественных медицинских услуг в соответствии с условиями настоящего договора.
		2. Защиту персональных данных, защиту сведений, составляющих врачебную тайну.
		3. Отказ от получения услуги и расторжение договора в одностороннем порядке с учетом оплаты Исполнителю фактически понесенных расходов, связанных с исполнением обязательств по договору.
		4. Достоверную информацию о результатах исследований, проводимых Исполнителем, о состоянии здоровья, о методах лечения и связанных с ними рисках, об используемых при оказании платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях.
		5. Получение по его требованию сведений о конкретном медицинском работнике, предоставившем медицинскую услугу, в объеме, определенном Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
5. **Персональные данные**
	1. Заключая настоящий договор, Пациент соглашается на:
		1. обработку Исполнителем персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, место рождения, адрес проживания, адрес регистрации, дату регистрации, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, контактный телефон, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), сведения об образовании, данные о состоянии здоровья, диагнозе, имеющихся заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществления иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны;
		2. передачу медицинскими работниками Исполнителя персональных данных, содержащих сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Исполнителя в интересах обследования и лечения Пациента;
		3. осуществление всех действий (операций) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение;
		4. обработку персональных данных посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам ДМС, договору оказания платных медицинских услуг;
		5. обработку персональных данных с использованием машинных, бумажных носителей информации 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;
		6. хранение персональных данных согласно сроку хранения первичных медицинских документов (25 лет для стационара, 5 лет для поликлиники),

о чем выражает свое согласие/несогласие в письменной форме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 *(нужное подчеркнуть) (подпись / ФИО пациента)*

* 1. Пациент предоставляет согласие на сообщение сведений о персональных данных, о фактах обращения за медицинской помощью и состоянии здоровья, диагнозе, в т.ч. через регистратуру, а также в случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания следующим лицам:

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

*(ФИО полностью, телефон)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО полностью, телефон)*

6.3. Согласие на обработку персональных данных действует бессрочно. При этом пациент вправе отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного уведомления, которое направляется Исполнителю заказным письмом с уведомлением или вручается под роспись и является основанием для прекращения обработки персональных данных по истечении периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате медицинских услуг, оказанных Исполнителем до получения такого уведомления.

1. **Конфиденциальность**
	1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении условий настоящего Договора. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по настоящему Договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой Стороны, в ином случае разглашение информации допускается в рамках Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровьях граждан в РФ».
	2. Конфиденциальной по настоящему Договору признается информация, полученная при исполнении настоящего Договора:

-о заболеваниях Пациента, кроме случаев, предусмотренных законодательством;

-о персональных данных Пациента;

-о ценах на медицинские услуги Исполнителя.

* 1. Исполнитель обязуется обрабатывать персональные данные Пациента в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и других нормативных правовых актов, действующих в указанной сфере, а также обязуется обеспечивать защиту и безопасность персональных данных при их обработке.
1. **Ответственность Сторон**
	1. 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.
	2. Пациент несет ответственность за вред, причиненный имуществу Исполнителя, в соответствие с требования действующего законодательством Российской Федерации.
	3. При разглашении одной из сторон сведений, относящихся к категории конфиденциальной информации, виновная сторона несет ответственность в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.
	4. Исполнитель не несет ответственности в случаях:

- возникновения осложнений по вине Пациента (невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших отклонениях и нарушениях, о состоянии здоровья и прочее);

- возникновения осложнений вследствие биологических особенностей организма (поскольку используемая технология оказания медицинской помощи не может полностью исключить их вероятность), если медицинская услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований;

- не верной интерпретации результатов исследований Пациентом.

* 1. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение и другие стихийные бедствия, забастовки, распорядительные акты органов государственной власти, 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.
	2. 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.
1. **Порядок разрешения споров**
	1. Стороны принимают все меры к разрешению всех споров и разногласий, которые могут возникнуть из настоящего договора или в связи с ним, мирным путем. Любая из Сторон вправе направить другой Стороне претензию, которая должна быть рассмотрена в течение 30 календарных дней с момента ее получения.
	2. В случае если Стороны не могут прийти к соглашению в ходе претензионного порядка урегулирования спора, такой спор передается на рассмотрение суда.
2. **Заключительные положения**
	1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания уполномоченными представителя сторон и действует до окончания оказания медицинских услуг, а в части расчетов - до исполнения сторонами своих обязательств.
	2. Настоящий договор составлен в 3 экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Плательщика, третий - у Пациента. В случае если договор заключается Пациентом и Исполнителем, он составляется в 2 экземплярах.
	3. Настоящий договор может быть изменен или расторгнут по соглашению сторон.
	4. Настоящий договор может быть расторгнут в одностороннем порядке в соответствии с п.п. 5.2.5, 5.4.3 договора.
	5. Любые изменения и дополнения к настоящему договору, не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации, оформляются дополнительными соглашениями сторон в письменной форме.
	6. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.
	7. Неотъемлемой частью настоящего договора являются заявление на получение платных медицинских услуг и заключение договора на оказание платных медицинских услуг; информирование о платных медицинских услугах; перечень платных медицинских услуг.
3. **Юридические адреса, подписи сторон**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Исполнитель** |  | **Пациент** |  | **Плательщик** |
| **КГБУЗ «ВКБ №4»** | **Фамилия**  |  |
| 690034, г. Владивосток, ул. Воропаева, д. 5 | **Имя**  |  |
| Тел. 8(423)263-95-89 | **Отчество**  |  |
| лицевой счет 20206Ц04470 |  |  |
| в Дальневосточном ГУ Банка России, БИК 040507001 |  |  |
| р/с 40601810505071000001 |  |  |
| УФК по Приморскому краю (КГБУЗ «Владивостокская клиническая больница № 4») |  |  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **(ФИО) (подпись) (М.П.)**  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **(ФИО) (подпись)**  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **(ФИО) (подпись)**  |

**Примечание 1: При плохом самочувствии пациента заявление, информирование о платных услугах, перечень платных медицинских услуг и договор могут быть подписаны его ближайшим родственником с указанием родства и паспортных данных**.

**Примечание 2: От предоставления паспортных данных при подписании договора пациент отказывается, соглашаясь с возможными негативными последствиями, связанными с таким отказом**

*(подпись / ФИО Пациента)*

Приложение № 1

к договору на предоставление платных медицинских услуг

**«Перечень платных медицинских услуг»**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Код услуги** | **Наименование медицинской услуги** | **Цена услуги** | **Количество услуг** | **Общая стоимость услуги** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Итого:** |  |

Пациент (или его представитель): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 *(подпись) (ФИО)*

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

*(реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента при подписании представителем)*

Лечащий врач: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 *(подпись) (ФИО)*

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г.