

**выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих
лицензированный вид деятельности**
(согласно прилагаемым лицензиям)
**государственное автономное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Кожно-
венерологический диспансер города Стерлитамак**
наименование юридического лица или ФИО
индивидуального предпринимателя

По адресам мест осуществления медицинской деятельности:
**453120, Российская Федерация Республика Башкортостан, г. Стерлитамак, ул. Коммунистическая,
дом 95**

(указываются для каждого территориально обособленного объекта отдельно)

№ п/п	перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензированный вид деятельности
	<p>2. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): 1) При оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике, медицинской статистике, организации сестринского дела, сестринскому делу, физиотерапии; 2) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; 4) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: дерматовенерологии, клинической лабораторной диагностике, организации здравоохранения и общественному здоровью; 5) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: дерматовенерологии, клинической лабораторной диагностике.</p> <p>3. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): 1) при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: дерматовенерологии, клинической лабораторной диагностике; 2) при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: дерматовенерологии, клинической лабораторной диагностике, медицинской статистике, организации здравоохранения и общественному здоровью, организации сестринского дела, сестринскому делу, физиотерапии.</p> <p>7. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): 3) при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности.</p>

Уведомляем Вас о том, что в случае несоблюдения указаний (рекомендаций) "Исполнителя" (медицинского работника, предоставившего платную медицинскую услугу), в том числе, назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья "Пациента".

Основание: раздел III п. 17 "Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг", утвержденных Постановлением правительства Российской Федерации №1006 от 04.10.2012 г.

(ф.и.о.)

(подпись)

**ДОГОВОР
на оказание платных медицинских услуг**

г. Стерлитамак

« _____ » _____ 201_ г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Кожно-венерологический диспансер города Стерлитамак, тел: 8(3473)24-08-88, действующее на основании Устава и лицензии № ЛО-02-01-005200 от 06.10.2016 г., выданной Министерством здравоохранения Республики Башкортостан, расположенным по адресу: г. Уфа, ул. Тукаева, 23, тел. 8-347-218-00-81, ОГРН 1020202083802, выданный МИФНС № 3 по РБ, в лице и. о. главного врача Имаевой Г.Ф., именуемое в дальнейшем "Исполнитель", с одной стороны, и гражданин(ка)

проживающий(ая) по адресу: _____,
именуемый(ая) в дальнейшем "Потребитель", с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. От лица "Исполнителя" _____ берет на себя обязательство оказать медицинскую услугу (помощь) надлежащего качества в следующем объеме:

Наименование услуги	Цена	Количество	Дата оказания

1.2. В соответствии с настоящим Договором "Исполнитель" обязуется оказывать "Потребителю" на возмездной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а "Потребитель" добровольно обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых медицинских услуг, а также выполнять требования "Исполнителя", обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.

1.3. Перечень и стоимость услуг, предоставляемых "Потребителю", оговариваются действующим прейскурантом ГАУЗ РБ КВД г. Стерлитамак. По медицинским показаниям и/или с согласия "Потребителя" ему могут быть оказаны и иные дополнительно оплачиваемые услуги.

1.4. При исполнении настоящего Договора стороны руководствуются действующими нормативными актами, регулирующими предоставление медицинских услуг населению медицинскими учреждениями.

**Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг.
Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств**

2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ
2.1. "Исполнитель" оказывает услуги по настоящему Договору в помещении ГАУЗ РБ КВД г. Стерлитамак по адресу:
Республика Башкортостан, г. Стерлитамак, ул. Коммунистическая, 95,
2.2. "Исполнитель" оказывает услуги по настоящему Договору в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией ГАУЗ РБ КВД г. Стерлитамак до сведения "Потребителя".

3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ
3.1. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору производится "Потребителем" в полном объеме в день оказания услуги, если иной порядок не предусмотрен дополнительным соглашением сторон. Оплата производится безналичным расчетом с использованием карт или наличным расчетом в соответствии законодательства Российской Федерации.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН
4.1. "Исполнитель" обязуется:
4.1.1. Своевременно и качественно оказывать услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.
4.1.2. В своей деятельности по оказанию медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.
4.1.3. Обеспечить "Потребителя" в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.
4.1.4. Обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию медицинских услуг силами собственных специалистов и/или сотрудников медицинских учреждений, имеющих с ГАУЗ РБ КВД г. Стерлитамак договорные отношения.
4.1.5. Обеспечить "Потребителю" непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по требованию "Потребителя" необходимые медицинские документы, отражающие текущее состояние здоровья "Потребителя".
4.2. **Права и обязанности "Потребителя":**
4.2.1. "Потребитель" имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о текущем состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.
4.2.3. "Потребитель" имеет право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.
4.2.4. "Потребитель" обязан надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора.
4.2.5. "Потребитель" обязан предоставлять достоверную информацию при заполнении необходимой документации.
4.2.6. "Потребитель" обязан произвести оплату по прейскуранту ГАУЗ РБ КВД г. Стерлитамак за бланки документации, в которые внесена недостоверная информация либо исправления по вине "Потребителя" (испорченные бланки "Потребителю" не выдаются).

4.2.7. В соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных" "Пациент" дает согласие на обработку своих персональных данных - Фамилия, Имя, Отчество, пол; число, месяц, год рождения; вид и реквизиты документа, удостоверяющего личность, реквизиты полиса ДМС; адрес регистрации по месту жительства; номер контактного телефона или сведения о других способах связи; сведения о состоянии здоровья, а также состоянии здоровья ближайших родственников; факты предыдущих обращений за медицинской помощью и их результаты - в документальной и электронной форме, с возможностью осуществления сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), извлечения, использования, передачи (распространение, предоставление, доступа), обезличивания, блокирования, удаления, уничтожения персональных данных, автоматизированным и неавтоматизированным способом. Персональные данные обрабатываются в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг в течение срока, необходимого для достижения цели. Обработки персональных данных, регламентированных нормативными актами, регулируемыми сроки хранения медицинской документации.

5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ Подпись _____ (Ф.И.О.)
5.1. "Исполнитель" обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения "Потребителя" за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).
5.2. С согласия "Потребителя" или его представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения "Потребителя".

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН
6.1. "Исполнитель" несет ответственность в размере реального ущерба, причиненного "Потребителю" неисполнением или ненадлежащим исполнением условий настоящего Договора, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни "Потребителю" в соответствии с законодательством РФ.
6.2. "Исполнитель" освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение "Потребителем" условий настоящего Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

7. РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ
7.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, разрешаются сторонами путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ
8.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами.
8.2. Срок действия настоящего Договора: с момента подписания до момента окончания предоставления услуги в полном объеме.
8.3. Настоящий договор может быть расторгнут по инициативе любой из сторон с обязательным предварительным уведомлением друг друга.

"ИСПОЛНИТЕЛЬ" _____ С условиями договора согласен: "ПОТРЕБИТЕЛЬ"
Услуги произведены в полном объеме. Документы получены. Претензий нет.
" _____ 20__ г. "Потребитель" _____ (подпись)

Я, _____
зарегистрированный по адресу: _____
год. рождения _____

в рамках договора на оказание платных медицинских услуг, желаю получить услуги в ГАУЗ РБ КВД г. Стерлитамак, расположенное по адресу: Республика Башкортостан, г. Стерлитамак, ул. Коммунистическая, 95, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

- Я могу получить соответствующие виды медицинской помощи бесплатно в рамках Программы госгарантии бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
- Я ознакомлен с действующим Перечнем и прейскурантом медицинских услуг и согласен оплатить стоимость указанной медицинской услуги и прочие платные услуги в соответствии с ним.
- Я даю согласие на оказание платных медицинских услуг и прочих платных услуг.
- Настоящее согласие мною прочитано, я даю согласие на применение выбранных мною видов медицинских услуг (вмешательств).
- Даю согласие на обработку моих персональных данных.
- Даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, которое граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.04.2012 г. № 390н, для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ГАУЗ РБ КВД г. Стерлитамак

Медицинским работником _____
(должность, ФИО медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предлагаемые 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 ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан РФ" (собрание законодательства РФ, 2011, № 48, ст. 6724, 2012, № 26 ст. 3442, 3446). Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п. 5 ч. 3 ст. 19 Федерального закона от 21.11.11 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(ФИО гражданина, контактный телефон)

(подпись) _____ (ФИО гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) _____ (ФИО медицинского работника)

« _____ » _____ 201__ г.
(дата оформления)

Услуги получены. Претензий нет "Пациент" _____ (подпись)

« _____ » _____ 201__ г.