Договор

об оказании медицинских услуг

г. Курск «\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г.

Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Центр медицинской профилактики» комитета здравоохранения Курской области, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Уваровой Ларисы Фёдоровны, действующей на основании Устава с одной стороны и, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в лице директора\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующей на основании\_\_\_\_\_\_\_, далее по тексту «Заказчик» и, с другой стороны, при совместном упоминании - «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора
	1. «Заказчик» поручает, а «Исполнитель» обязуется оказать «Заказчику» медицинскую услугу по проведению ежегодного углубленного медицинского осмотра учащихся \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Приложения №1, № 2) **на безвозмездной основе.**
	2. Целью медицинского осмотра является экспертное определение состояния здоровья обучающихся (лиц, проходящих спортивную подготовку), оценка физического развития и функциональных возможностей. По результатам медицинского осмотра составляется медицинское заключение о допуске к занятиям физической культурой и спортом, спортивным соревнованиям (допуск).
	3. Заявка для допуска спортсмена к спортивным соревнованиям составляется на основании медицинского осмотра с отметкой «Допущен» напротив каждой фамилии спортсмена с подписью врача по спортивной медицине и заверенной личной печатью, при наличии подписи с расшифровкой ФИО врача в конце заявки, заверенной печатью медицинской организации.
2. Права и обязанности сторон
	1. «Заказчик» имеет право:
		1. Получать квалифицированную медицинскую услугу:
* экспертную оценку и определение состояния здоровья учащихся;
* оценку физического развития и функциональных возможностей.
	+ 1. В любой момент отказаться от медицинской услуги.
		2. Получать информацию об объеме оказанных услуг.
		3. Получать сведения о квалификации и сертификации специалистов.
	1. «Заказчик» обязуется:
		1. Организовать работу по своевременному прохождению медицинского осмотра обучающихся (лиц, проходящих спортивную подготовку), под руководством тренеров-преподавателей (тренеров), согласно графика (договоренности).
		2. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.
		3. Предоставить «Исполнителю» полную информацию и документы (копии документов), которыми он располагает на момент заключения настоящего Договора и в течение его действия, если эта информация и документы могут повлиять на качество услуг «Исполнителя».
1. В случае отказа от медицинских услуг «Исполнителя» известить последнего об этом в письменной форме.
	1. «Исполнитель» имеет право:
		1. Приостановить исполнение заказа, если Заказчик не выполняет либо ненадлежащим образом выполняет свои обязательства по настоящему Договору.
	2. «Исполнитель» обязан:
		1. Обеспечить проведение периодического углубленного медицинского осмотра.
		2. По результатам медицинского осмотра составляется медицинское заключение о допуске к занятиям физической культурой и спортом, спортивным соревнованиям.
		3. Результаты медицинского осмотра предоставляются медработнику спортивной школы или лицу, его заменяющему.
2. «Заказчику» предоставлена следующая информация
	1. Наличие лицензии на данный вид медицинской услуги № ЛО-46-01-001557 от 29.03.2016 г., выдана комитетом здравоохранения Курской области.
3. Ответственность сторон
	1. В случае невыполнения либо ненадлежащего выполнения медицинской услуги «Заказчик» вправе приостановить предоставление услуги.
	2. «Заказчик» обязан полностью возместить медицинскому учреждению понесенные убытки, в случае порчи имущества диспансера обучающихся (лиц, проходящих спортивную подготовку) «Заказчика».
	3. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора в соответствии с законодательством Российской Федерации.
	4. Стороны обязуются принимать к рассмотрению и давать письменные мотивированные ответы на претензии другой Стороны в течение 10 календарных дней с даты получения претензии, исправлять допущенные упущения и учитывать в последующей работе законные требования, содержащиеся в претензии.
4. Обстоятельства, освобождающие от ответственности
	1. Стороны освобождаются частично или полностью от ответственности за неисполнение обязательств по Договору, если неисполнение явилось следствием действия обстоятельств непреодолимой силы, возникших после подписания Договора в результате событий чрезвычайного характера, которые сторона не могла ни предвидеть, ни предотвратить разумными мерами, например, землетрясение, наводнение, пожар, забастовка, правительственные постановления или распоряжения органов государственной власти и управления, разрывы и повреждения телефонных кабелей.
	2. Сторона, ссылающаяся на обстоятельства, указанные в пункте 5.1. Договора, обязана немедленно информировать другую сторону Договора о наступлении подобных обстоятельств в письменной форме.

Информация должна содержать данные о характере обстоятельств, а также по возможности оценку их влияния на исполнение стороной обязательств по Договору и на срок исполнения обязательств.

* 1. При прекращении действия указанных обстоятельств Сторона должна без промедления известить об этом другую Сторону в письменной форме.
	2. В случае возникновения обстоятельств непреодолимой силы срок выполнения обязательств по Договору отодвигается соразмерно времени, в течение которого действуют такие обстоятельства и их последствия.
1. Прочие условия
	1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует в течение одного года. Договор, может быть расторгнут по соглашению сторон.
	2. Все споры по настоящему договору регулируются сторонами путем переговоров. В случае невозможности такого урегулирования, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ в суде по месту нахождения «Исполнителя».
	3. До обращения в суд по поводу качества оказанных услуг стороны договорились о проведении независимой экспертизы.
	4. Настоящий договор может быть изменен или дополнен только по обоюдному согласию сторон, оформленному в письменном виде. Все дополнения и изменения к настоящему договору являются неотъемлемой его частью.
	5. Для обращения в суд по поводу расторжения или изменения условий договора обязательно предъявление претензии, которая рассматривается другой стороной в течение 15 дней.
	6. Все уведомления и сообщения, направляемые в соответствии с настоящим Договором или в связи с ним, должны быть сделаны в письменной форме и будут считаться поданными надлежащим образом, если они посланы заказным письмом, по телеграфу, телефаксу, или доставлены лично по указанным в настоящем договоре адресам Сторон.
	7. Стороны обязуются оперативно извещать друг друга об изменении адресов, телефонов диспетчерских служб, ответственных и уполномоченных лиц по Договору и документов, подтверждающих их полномочия. До момента получения письменного уведомления об изменениях, письма, заявления и иная корреспонденция, направленная по прежнему адресу считается надлежаще отправленной.
	8. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой стороны.

7. Реквизиты сторон

|  |  |
| --- | --- |
| ИСПОЛНИТЕЛЬ:Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Центр медицинской профилактики» комитета здравоохранения Курской области305000, г. Курск, ул. Радищева,42Получатель: комитет финансов Курской области (ОБУЗ «ЦМП», л/с 20804000140)ИНН4629027999 КПП 463201001р/с № 40601810338073000001БИК банка: 043807001Банк: Отделение Курск. г. КурскГлавный врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Уварова Л.Ф. | ЗАКАЗЧИК: |

Приложение № 1 к договору об оказании медицинских услуг от «\_\_»\_\_\_\_\_\_ 201\_ г. №\_\_\_\_\_\_\_\_

Требования для прохождения медосмотра в ОБУЗ «Центр медицинской

профилактики»

1. Дети до 18 лет должны приходить на медосмотр с согласием, заполненным одним из родителей или лицом его заменяющим (законным представителем). (Образец «Информированное добровольное Согласия на виды медицинских вмешательств при проведении углубленного медицинского осмотра» и «Согласие на обработку персональных данных» см. Приложение № 3)
2. Для прохождения медосмотра необходимо заранее предоставить списки тренеров и количество закрепленных за ними учащихся с разбивкой на этапы занятия спортом (спортивно-оздоровительный, начальной подготовки, спортивной специализации, совершенствования спортивного мастерства, высшего спортивного мастерства)
3. Спортсмены с простудными заболеваниями к медосмотру не допускаются.
4. При прохождении медосмотра необходимо присутствие тренера.
5. Спортсмены, имеющие право на внеочередное обслуживание (МС, МСМК, ЗМС, ветераны спорта), должны иметь при себе квалификационные книжки.
6. Дети первого года обучения - занятия в спортивной школе посещают на основании справки, выданной участковым врачом.
7. Для прохождения ЭКГ необходимо иметь при себе пеленку (полотенце, простынку или др.)
8. При посещении диспансера необходимо иметь бахилы или вторую обувь.

|  |  |
| --- | --- |
| ИСПОЛНИТЕЛЬ:Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Центр медицинской профилактики» комитета здравоохранения Курской области305000, г. Курск, ул. Радищева,42Получатель: комитет финансов Курской области (ОБУЗ «ЦМП», л/с 20804000140)ИНН4629027999 КПП 463201001р/с № 40601810338073000001БИК банка: 043807001Банк: Отделение Курск. г. КурскГлавный врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Уварова Л.Ф. | ЗАКАЗЧИК: |

Приложение № 2 к договору об оказании медицинских услуг от «\_\_»\_\_\_\_\_\_ 201\_ г. №\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения, предоставляемые в обязательном порядке «Заказчиком» «Исполнителю» перед прохождением углубленного медосмотра.

Списки тренеров и количество закрепленных за ними учащихся с разбивкой на этапы занятия спортом:

|  |
| --- |
| Ф.И.О тренера: |
| спортивно-оздоровительный этап (кол-во спортсменов) | начальной подготовки(кол-во спортсменов) | спортивной специализации(кол-во спортсменов) | совершенствования спортивного мастерства(кол-во спортсменов) | высшего спортивного мастерства(кол-во спортсменов) |
|  |  |  |  |  |
| Ф.И.О тренера: |
|  |  |  |  |  |
| Ф.И.О тренера:  |
|  |  |  |  |  |
| И т.д……. |
| Итого кол-во занимающихся: |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ИСПОЛНИТЕЛЬ:Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Центр медицинской профилактики» комитета здравоохранения Курской области305000, г. Курск, ул. Радищева,42Получатель: комитет финансов Курской области (ОБУЗ «ЦМП», л/с 20804000140)ИНН4629027999 КПП 463201001р/с № 40601810338073000001БИК банка: 043807001Банк: Отделение Курск. г. КурскГлавный врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Уварова Л.Ф. | ЗАКАЗЧИК: |

Приложение № 3 к договору об оказании медицинских услуг от «\_\_»\_\_\_\_\_\_ 201\_ г. №\_\_\_\_\_\_\_\_

**Информационное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я, нижеподписавший(ая) ся\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Проживающий(ая) по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт серия\_\_\_\_номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Название выдавшего органа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствии с требованиями п.6 ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации № 323-ФЗ или получения первичной медико-санитарной помощи в Областном бюджетном учреждении здравоохранения «Центр медицинской профилактики» комитета здравоохранения Курской области (далее-ОБУЗ «ЦМП») подтверждаю свое согласие на следующие виды медицинского вмешательства.

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнезов.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Функциональные методы обследования, в том числе эхокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневматахометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография.
10. Медицинский массаж.
11. Лечебная физкультура.

Я понимаю, что перечисленные вмешательства будут применены ко мне только в случае необходимости, с целью оказания амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, включающей в себя комплекс лечебно-профилактических мероприятий по лечению и предупреждению развития заболеваний (в том числе инфекционных заболеваний) мероприятий по

сохранению и восстановлению моего здоровья, при условии соблюдении представления мне полных и всесторонних разъяснений, данных мне по моей воле, о характере и возможных последствиях медицинского вмешательства. Мне разъяснены все возможные исходы и альтернативы предложенным медицинским вмешательствам.

Я информирован, что все медицинские вмешательства проводятся только с соблюдением требований законодательства Российской Федерации.

Я сознаю, что любое медицинское вмешательство связано с риском для здоровья. Понимаю, что во время медицинского вмешательства или после него могут появиться непредвиденные ранее неблагоприятные обстоятельства, а также возникнуть осложнения.

До моего сведения доведено, что указанные медицинские вмешательства не связаны с устранением непосредственной угрозы моей жизни, поэтому потребность в них является абсолютной. С другой стороны, мне понятно, что откладывание или отказ от медицинского вмешательства могут привести к нарушению со стороны работы органов и систем моего организма, что в итоге может неблагоприятно повлиять на мое здоровье и может ухудшить качество моей жизни.

Я знаю, что имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, кроме случаев, предусмотренных федеральным законодательством. Прекращение медицинского вмешательства возможно только после оформления отказа от медицинского вмешательства в письменной форме.

Я согласен на осмотр медицинскими работниками ОБУЗ «ЦМП», медицинскими работниками иных лечебно-профилактических учреждений, осуществляющих свою деятельность по договорам с ОБУЗ «ЦМП», а также на осмотр студентами ГБОУ ВРО «Курский государственный медицинский университет» и ОБОУ СПО «Курский базовый медицинский колледж» с учетом сохранения врачебной тайны.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю согласие на обследование и лечение в ОБУЗ «ЦМП».

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА на обработку персональных данных в ОБУЗ «Центр медицинской профилактики»**

**Я,** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*Ф.И.О. полностью*),

**проживающий по адресу**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(по месту регистрации),

**паспорт серия и номер*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,* выдан\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата, название выдавшего органа),

в соответствии с требованиями Ст. 9 ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в ОБУЗ «Центр медицинской профилактики» комитета здравоохранения Курской области (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, 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 [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 и составляет двадцать пять лет (для стационара, пять лет – для поликлиники). Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

**Настоящее согласие дано мной «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г. 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.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(должность, ФИО)