

г. Оренбург

« ____ » _____ г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница № 2» города Оренбурга, ОГРН 2155658196384 выданное Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 10 по Оренбургской области, имеющее государственную лицензию на медицинскую деятельность № ЛО-56-01-00217 от 4 апреля 2018 года, выданную министерством здравоохранения Оренбургской области именуемая в дальнейшем Исполнитель, в лице главного врача Нефедова Дмитрия Вячеславовича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин(ка) _____, паспорт серии _____ номер _____, выдан _____, проживающий по адресу: _____, именуемый(ая) в дальнейшем Пациент, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказывать Пациенту, медицинские услуги по перечню в соответствии с приложением № 1 к настоящему договору (являющимся неотъемлемой частью настоящего договора) и в сроки, установленные договором, а также в соответствии лицензией (являющейся неотъемлемой частью настоящего договора), а Пациент обязуется оплатить медицинские услуги по цене, в сроки и на условиях, установленных настоящим договором.

1.2. При оказании медицинских услуг Исполнителем будут применяться федеральные стандарты(протоколы) медицинской помощи и порядки оказания медицинской помощи.

1.3. Оказание медицинских услуг будет осуществляться специалистами, указанными в приложении № 1 к настоящему договору. Информация о профессиональном образовании и квалификация данных специалистов доведена до сведения Пациента.

1.4. Подписывая настоящий договор Пациент подтверждает, что ему в доступной форме была разъяснена информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

1.5. Исполнитель оказывает свои услуги по месту своего нахождения. При необходимости выезда по другому адресу все расходы Исполнителя Пациент оплачивает согласно условиям настоящего договора.

2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

2.1. Пациент оплачивает медицинские услуги в кассу Исполнителя по тарифам, действующим у Исполнителя на дату заключения договора. В случае, если срок оказания услуг переносится по сравнению со сроками, указанными в договоре, услуги оплачиваются по ценам, действующим на момент оказания медицинских услуг.

2.2. Оплата медицинских(ой) услуг(и) производится наличными денежными средствами в кассу Исполнителя или по безналичному расчету через контрольно-кассовую технику на условиях предоплаты в размере 100% стоимости услуг. Срок оплаты: в любые сроки до непосредственного оказания медицинской услуги.

2.3. Датой оплаты считается дата поступления денежных средств в кассу Исполнителя.

2.4. Кассовый чек, выданный Исполнителем Пациенту является неотъемлемой частью настоящего договора. Сумма кассового чека (кассовых чеков) составляет сумму настоящего договора.

3. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

3.1. Исполнитель оказывает медицинские услуги в соответствии с утвержденным графиком работы и условиями, соответствующими установленным требованиям.

3.2. Исполнитель обязуется приступить к оказанию услуг с момента подписания Договора сторонами и внесения Пациентом 100% предоплаты предварительной стоимости медицинских услуг, и завершить их оказание не позднее 14 календарных дней.

4. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН

4.1. Права и обязанности Исполнителя:

Исполнитель обязан:

- 4.1.1. Обеспечить оказание качественной и безопасной медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 4.1.2. Обеспечить соблюдение порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи.
- 4.1.3. Выдать Пациенту направление для прохождения услуг(и) с указанием сроков оказания услуг, места их оказания (кабинет по месту нахождения Исполнителя) и необходимыми рекомендациями по подготовке Пациента.
- 4.1.4. Выдать Пациенту документ строгой отчетности (кассовый чек), подтверждающий прием денежных средств от Пациента.
- 4.1.5. Предоставить квалифицированную, качественную медицинскую услугу Пациенту, в соответствие с утвержденными требованиями медицинского технологического стандарта.
- 4.1.6. Выдать по окончании оказания медицинской услуги Пациенту документы, содержащие информацию о результатах оказанных услуг.
- 4.1.7. В случае возникновения неотложных состояний у Пациента, Исполнитель вправе осуществлять действия в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе принимать решение о медицинском вмешательстве в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.
- 4.1.8. Предоставить Пациенту бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемых услугах.
- 4.1.9. Предоставить Пациенту в доступной форме полную информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.
- 4.1.10. Предупредить Пациента в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором.
- 4.1.11. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя 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".

Исполнитель имеет право:

- 4.1.12. При оказании платных медицинских услуг Исполнитель пользуется правами в соответствии с действующим законодательством.

4.2. Права и обязанности Пациента:

Пациент обязан:

4.2.1. Предварительно в соответствии с настоящим договором оплатить стоимость медицинских услуг в кассу Исполнителя. В случае отсутствия оплаты после назначения услуг в регистратуре Исполнителя, Исполнитель вправе снять время оказания услуг в одностороннем порядке до момента повторного обращения Пациента и согласования новых сроков оказания услуг.

4.2.2. Выполнить требования, от которых зависит качественное предоставление медицинской помощи (подготовка в соответствии с требованиями и рекомендациями лечащего врача Исполнителя). В случае выявления Исполнителем ненадлежащей подготовки к оказанию

услуг или ее отсутствия Исполнитель вправе отказаться от оказания услуг в одностороннем порядке. В ходе оказания услуг выполнять все медицинские указания, рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения, своевременно информировать лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья (самочувствии).

4.2.3. Информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания услуг. В противном случае весь риск связанных с этим последствий несет Пациент.

4.2.4. Письменно подтвердить, что ознакомлен с информацией, касающейся особенностей данной медицинской услуги и условиями ее предоставления, то есть подтвердить свое «Добровольное информированное согласие» на оказание услуги. Добровольное информированное согласие Пациента является неотъемлемой частью настоящего договора. В случае отказа Пациента от подтверждения добровольного информированного согласия на оказание услуги Исполнитель вправе отказаться от оказания услуг в одностороннем порядке.

4.2.5. Соблюдать правила внутреннего распорядка и правила поведения пациента в медицинской организации в соответствии с лечебно-охранительным режимом.

Пациент имеет право:

4.2.6. На качественную и безопасную медицинскую помощь, а также соблюдение иных прав, предусмотренных действующим законодательством.

4.2.7. Пациент имеет право отказаться от оказания услуг до момента начала их оказания и потребовать возврата уплаченных денежных средств с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуг.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

5.1. За нарушение прав Пациента Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством, в том числе законодательством о защите прав потребителей.

5.2. В случае оказания Пациенту медицинской услуги ненадлежащего качества, подтвержденного результатами врачебной экспертизы, Пациент имеет право:

-по личному заявлению оформить возврат денежных средств в кассе Исполнителя;

-безвозмездно (за счет Исполнителя) устранить недостатки оказанной услуги (повторно осуществить повторное оказание услуги);

-привлечь Исполнителя к иным мерам ответственности в соответствии с действующим законодательством.

5.3. Пациент несет имущественную ответственность за причинение ущерба Исполнителю в размере действительной стоимости поврежденного (утраченного) имущества, если такое повреждение (утрата) явилось следствием действий пациента. В этом случае пациент также обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

5.4. За нарушение санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя, повлекшее за собой причинение ущерба Исполнителю, Пациент обязан возместить причиненные убытки.

5.5. За нарушение рекомендаций Исполнителя, отразившихся на ходе оказания услуги, либо делающее невозможным оказание услуги в установленные сторонами сроки, Пациент обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. При необходимости изменения в договор вносятся по соглашению сторон и оформляются отдельным соглашением.

6.2. В случае отказа Пациента после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается.

6.3. Исполнитель информирует Пациента о расторжении договора по инициативе Пациента, при этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7. ИНЫЕ УСЛОВИЯ, ОПРЕДЕЛЯЕМЫЕ ПО СОГЛАШЕНИЮ СТОРОН

7.1. Подписывая настоящий договор, Пациент подтверждает, что ему было разъяснено право на получение медицинских услуг Исполнителя, входящих в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Оренбургской области в текущем году, на безвозмездной основе. Также был разъяснен порядок оказания таких услуг, условия получения услуг Пациентом. Подписывая настоящий договор, Пациент подтверждает свое согласие на отказ от получения медицинской услуги (если она включена в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Оренбургской области в текущем году) на безвозмездной основе.

Подписывая настоящий договор, Пациент подтверждает, что перед оказанием услуг ему была предоставлена исчерпывающая информация о его заболевании (диагнозе), современных методах лечения, даны ответы на все интересующие вопросы.

7.2. Пациент дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

7.3. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств сторонами.

7.4. Споры и разногласия решаются в претензионном порядке, а в случае невозможности разрешения в — судебном порядке в суде общей юрисдикции в соответствии с действующим законодательством.

7.5. Исполнитель и Пациент признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимильной подписи в настоящем договоре.

7.6. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу: по одному для каждой из сторон.

Исполнитель:

Наименование: Государственное автономное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница № 2» города Оренбурга

Место нахождения: 460006, г. Оренбург, пр. Коммунаров, 19

Телефон/факс: (3532) 77-69-20

ОГРН: 1025601807593

ИНН/КПП: 5612020130/561201001

Р/с: 40601810700003000001

БИК: 045354001

Банк: отделение по Оренбургской области Уральского главного управления Центрального банка РФ Министерство финансов Оренбургской области (ГАУЗ «Городская клиническая больница № 2» г. Оренбурга, л/сч. 039090770)

Электронный адрес: mgkb2@esoo.ru

Главный врач

М. П.

Пациент:

_____ (Ф.И.О.)

Подпись _____

/Д.В. Нефедов/

Смета на оказание платных медицинских услуг

№	Наименование услуги	Код услуги	Кол-во	Цена	Сумма
ИТОГО					

Итого: _____ (сумма прописью)

Сведения о специалистах, оказывающих платные медицинские услуги

Наименование услуги	ФИО, должность специалиста, оказывающего услугу	Сведения о квалификации и образовании специалиста

Исполнитель:
 ГАУЗ «ГКБ №2» г. Оренбурга
 Главный врач
 М.П.

Пациент: _____
 (Ф.И.О.)
 Подпись _____

Согласие пациента на обработку персональных данных

Я, _____ даю согласие ГАУЗ "ГКБ 2" г. Оренбурга на обработку и использование нижеследующих персональных данных, с целью организации оказания медицинской помощи: Ф.И.О., дата рождения; пол; документ, удостоверяющий личность; адрес регистрации по месту жительства; адрес фактического проживания; контактный номер телефона, место работы, должность, серия, № полиса обязательного медицинского страхования, наименование страховой медицинской организации, осуществляющей деятельность в сфере обязательного медицинского страхования; страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), контактные данные доверенного лица.

_____ (Ф.И.О.) _____ (дата) _____ (подпись)

Уведомление о несоблюдении назначений (рекомендаций) врача при оказании платных медицинских услуг

Настоящим государственное автономное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница № 2» города Оренбурга, ОГРН 2155658196384 выданное Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 10 по Оренбургской области, имеющее государственную лицензию на медицинскую деятельность № ЛО-56-01-00217 от 4 апреля 2018 года, выданную министерством здравоохранения Оренбургской области именуемая в дальнейшем Исполнитель, в лице главного врача Нефедова Дмитрия Вячеславовича, действующего на основании Устава уведомляет пациента _____ о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника при оказании платных медицинских услуг, в том числе назначенного режима лечения, кратности, дозировок, сроков приема лекарственных препаратов, могут снизить качество оказываемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента.

Подпись мед. работника _____ / _____ / Подпись пациента _____ / _____ / дата: _____

Информированное добровольное согласие пациента на получение платных медицинских услуг

Я, гражданин(ка) _____ ознакомился(ась) с «Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи в Оренбургской области», об условиях и сроках получения бесплатной медицинской помощи информирован(а). Мне разъяснен порядок оказания бесплатной медицинской помощи.

Я ознакомлен с тем, что могу получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях на других условиях.

Своей подписью я подтверждаю свое желание на получение платных медицинских услуг в Государственном автономном учреждении здравоохранения «Городская клиническая больница № 2» города Оренбурга, ОГРН 2155658196384 выданное Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 10 по Оренбургской области, имеющее государственную лицензию на медицинскую деятельность № ЛО-56-01-00217 от 4 апреля 2018 года, выданную министерством здравоохранения Оренбургской области.

Дата _____ Подпись _____ / _____ /