Форма договора на предоставление платных медицинских услуг с гражданами

ДО ЗАКЛЮЧЕНИЯ НАСТОЯЩЕГО ДОГОВОРА я, как Потребитель/законный представитель Потребителя ознакомлен в наглядной и доступной форме со следующей информацией и мне разъяснены сведения:

- о возможности получения медицинской услуги бесплатно по Программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи и Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Ростовской области;
- 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 Потребителя.

Потребитель уведомлен о возможности, формах и способах направления обращений (жалоб) в следующие инстанции:

- Министерство здравоохранения Ростовской области, адрес: г. Ростов-на-Дону, ул.1-й Конной Армии, 33, тел.: (863) 242-30-96, minzdrav@donland.ru.
- Управление Росздравнадзора по Ростовской области, адрес: г. Ростов-на-Дону, ул. Ченцова, 71/63б, тел.: (863) 286-98-11, info@reg61.roszdravnadzor.gov.ru
- Управление Роспотребнадзора по Ростовской области, адрес: г. Ростов-на-Дону, ул.18 линия, 17, тел. (863) 251-05-92, master@rpndon.ru.
- ТФОМС Ростовской области, адрес: г. Ростов-на-Дону, ул. Варфоломеева, 261/81, тел.: 8 (800) 100-98-78, general@tfoms-rnd.ru.

До подписания настоящего Договора Потребитель подтверждает, что согласовал осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Потребитель/законный представитель Потребителя_____/_____.

ДОГОВОР №

г. Ростов-на-Дону **на оказание платных медицинских услуг в подразделении по адресу: _____ 20 ___ г.**

_____

Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Городская поликлиника № 10» в г. Ростове-на-Дону (далее ГБУ РО «ГП № 10» в г. Ростове-на-Дону), ИНН 6152000729, КПП 616301001, ОГРН 1026103162348, лицензия ЛО41-01050-61/00574498 от 16.01.2020, срок действия: бессрочная, выданная Министерством здравоохранения Ростовской области, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице заместителя главного врача по ОМР Змияк Натальи Витальевны, действующего на основании приказа № 208 от 30.12.2022, с одной стороны, и гражданин(ка)_____

Паспорт серия_____номер_____, выдан _____, проживающий(ая) по адресу:_____ , тел.: _____,

именуемый(ая) в дальнейшем "Потребитель"(заполняются сведения о законном представителе Потребителя, если законным представителем Потребителя заключается договор от имени Потребителя), "Заказчик"_____(заполняется только в случае, если оплату за оказание услуг Потребителю производит другое лицо), с другой стороны, совместно именуемые "Стороны", заключили настоящий Договор о нижеследующем:

I. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1.На условиях настоящего Договора Исполнитель обязуется оказать Потребителю на возмездной основе медицинские услуги согласно Приложению № 1, с соблюдением требований действующего законодательства РФ, порядков оказания медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации, а Потребитель/Заказчик обязуется принять и оплатить медицинские услуги, оказанные Исполнителем, в порядке и в сроки, установленные в Договоре.

1.2.Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, содержатся в действующем на момент заключения настоящего Договора Прейскуранте. Потребитель/Заказчик ознакомлен с Прейскурантом и Правилами оказания платных медицинских услуг.

1.3.Объем медицинских услуг на момент заключения Договора устанавливается на основании предварительного диагноза и пожеланий Потребителя, в случае, если они не противоречат общепринятой лечебной практике и действующему законодательству РФ. В ходе проведения лечения объем и характер медицинских услуг может быть скорректирован специалистами Исполнителя по согласованию с Потребителем, при этом оформляется Приложение № 1 к договору, составленное на соответствующую дату.

1.4.Сроки ожидания платных медицинских услуг Потребителем не должны превышать 7 рабочих дней с момента обращения Потребителя в ГБУ РО «ГП № 10» в г. Ростове-на-Дону (с учетом графика работы медицинских работников Исполнителя).

1.5. Исполнитель без согласования с Потребителем вправе привлечь третьих лиц для оказания медицинских услуг, предусмотренных настоящим Договором. В случае привлечения Исполнителем для оказания услуг по настоящему Договору третьих лиц, Исполнитель несет ответственность перед Потребителем за качество и своевременность оказанных услуг как за свои собственные.

1.6. Исполнитель осуществляет информирование Потребителя в доступной форме, в том числе в сети интернет на сайте Исполнителя www.poli10.ru, а также на информационных стендах в помещениях Исполнителя о возможности получения соответствующих видов услуг 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.

II. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с требованиями законодательства, соблюдать врачебную тайну, обеспечить защиту персональных данных, используемых в медицинских информационных системах, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

2.1.2. Предупредить Потребителя в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных в Договоре. В случае предоставления дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя (при внезапных ситуациях) оказывать дополнительные услуги без взимания платы.

2.1.3.При оказании услуг использовать только разрешенные к применению в Российской Федерации лекарственные препараты, медицинские изделия, дезинфекционные средства, расходные материалы, изделия медицинского назначения.

2.1.4. Обеспечить Потребителя в установленном порядке информацией, в том числе в сети "Интернет", включающей в себя сведения о перечне платных медицинских услуг и их стоимости, порядке их оплаты, месте, порядке и условиях оказания услуг, сведениями о медицинских работниках (их квалификации, уровне образования), режиме работы (графике работы) медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, клинических рекомендациях, применяемых при оказании платных медицинских услуг, утверждаемых Министерством здравоохранения РФ.

2.1.5.Вести медицинскую документацию с соблюдением установленных законодательством Российской Федерации требований к оформлению и ведению медицинской документации, статистических форм.

2.1.6. По требованию Потребителя в течение 30 рабочих дней с момента обращения после исполнения Договора бесплатно выдавать ему медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1.Оказывать платные медицинские услуги 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.

2.2.2. Отказать в оказании платных медицинских услуг при выявлении противопоказаний у Потребителя.

2.2.3. Отказать Потребителю в оказании медицинской помощи в случае нарушения им условий п. 2.3 настоящего Договора.

2.2.4. Отказать в оказании платных медицинских услуг Потребителю, находящемуся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

2.3. Потребитель обязуется:

2.3.1.Своевременно и в полном объеме оплачивать предоставленные Исполнителем медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.3.2. До оказания медицинской помощи информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, особенностях организма, противопоказаниях, точно выполнять назначения врача по лечению, а также указания, предписанные на период после оказания услуг. Незамедлительно сообщать обо всех имеющихся неблагоприятных симптомах в состоянии своего здоровья.

2.3.3. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения в медицинской организации Исполнителя, выполнять требования и предписания медицинского персонала.

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1.На выбор врача-специалиста.

2.4.2. На получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, на выбор лиц, которым в интересах Потребителя может быть передана информация о состоянии его здоровья.

2.4.3. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

2.4.4. На возмещение вреда, причиненного здоровью Потребителя при оказании ему медицинской помощи, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

III. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость медицинских услуг определяется в Приложении №1 к настоящему Договору. При каждом последующем обращении составляется Приложение № 1 на соответствующую дату. В случае предоставления медицинских услуг по ортопедической стоматологии дополнительно составляется Приложение № 2 (Заказ-наряд).

3.2. Платные медицинские услуги предоставляются после их предварительной оплаты в соответствии с Приложением № 1. В случае предоставления медицинских услуг по ортопедической стоматологии предусмотрена возможность оплаты в рассрочку с соблюдением следующих условий: первоначальный взнос должен составлять не менее 50 % от общей суммы услуг согласно Приложению № 1, оставшаяся сумма вносится частями, при этом окончательный расчет производится не позднее даты завершения ортопедического лечения и подтверждения отсутствия претензий, о чем делается соответствующая запись в заказ-наряде.

3.3. Оплата осуществляется Потребителем/ Заказчиком путем внесения денежных средств (наличных либо безналичным способом с использованием платежных карт) в

кассу Исполнителя, либо перечислением на расчетный счет. Потребителю/Заказчику в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца).

3.4. Если Потребитель/Заказчик по факту оказания услуг, указанных в Приложении № 1, в течение 3-х дней с момента окончания оказания услуг не предъявит претензий к Исполнителю, услуга считается оказанной в полном объеме надлежащим образом.

IV. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ

4.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до момента, пока одна из Сторон не заявит о его расторжении в письменной форме.

4.2. Настоящий Договор может быть изменен путем заключения дополнительного соглашения, либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленному в виде Соглашения о расторжении и подписанному Исполнителем и Потребителем.

4.3. Настоящий Договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по настоящему Договору.В.

4.4. В случае отказа Потребителя от получения медицинских услуг, Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

V. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.

5.2.Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной медицинской услуги, подлежит возмещению в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3.Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора, в том числе:

- в случаях осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Потребителя, если Потребитель не проинформировал Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;
-осуществление на любой стадии лечения каких-либо несогласованных с Исполнителем действий, прямо или косвенно влияющих на ход проводимого курса лечения, диагностики.

5.4. Все споры по договору Стороны стараются урегулировать в дружеском порядке путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор передается на разрешение в суд в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.5. Исполнитель несет ответственность за некачественное оказание медицинской услуги при условии подтверждения указанного факта в установленном порядке, согласно требованиям действующего законодательства. При этом Стороны договорились о возложении бремени доказывания указанного факта на Потребителя.

VI. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

6.1. Исполнитель обязуется охранять 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).

6.2. С согласия Потребителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Потребителя.

6.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Потребителя допускается в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

VII. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1.Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие Потребителя на медицинское вмешательство.

7.2.В момент подписания настоящего Договора Потребитель ознакомлен с перечнем работ (услуг), отраженных в лицензии на медицинскую деятельность (пункт 7.2.1.), Прейскурантом Исполнителя, понимает содержащуюся в нем информацию, согласен с действующими ценами на медицинские услуги, а также уведомлен о том, что оплаченные денежные средства по настоящему Договору не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования.

7.2.1. Перечень работ (услуг), отраженных в лицензии на медицинскую деятельность Исполнителя (по адресу оказания услуг: _____):

_____

_____

7.3.Потребитель дает свое согласие на обработку его персональных данных.

7.4.Стороны договариваются, что при подписании Договора Исполнитель вправе использовать факсимильное воспроизведение подписи с помощью средств механического копирования (факсимиле), являющегося аналогом собственноручной подписи и имеющего юридическую силу.

7.5.Настоящий Договор и все приложения составлены в двух экземплярах если Заказчик и Потребитель одно лицо, либо в трех экземплярах если Заказчик и Потребитель разные лица, которые имеют одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон. Все приложения являются неотъемлемой частью Договора.

7.6.При наличии действующего договора, при каждом последующем обращении Потребителя за медицинскими услугами, Стороны подписывают приложение к договору по форме Приложения №1 в дату обращения.

Приложения:

Приложение № 1 - Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с Договором.

Приложение № 2 - Заказ-наряд (на протезирование).

ИСПОЛНИТЕЛЬ

ГБУ РО «ГП № 10» в г. Ростове-на-Дону
344006, г. Ростов-На-Дону, Б. Садовая, 106/46
(863) 263-31-71, poli10@aaanet.ru
http://poli10.ru

ИНН 6152000729, КПП 616301001
ОГРН 1026103162348
Министерство финансов (ГБУ РО «ГП № 10» в г. Ростове-на-Дону л/с 20806006900),
Казначейский счет 03224643600000005800
Отделение Ростов-на-Дону Банка России//
УФК по Ростовской области г. Ростов-на-Дону
БИК 016015102
Единый казначейский счет 40102810845370000050

_____

м.п.

ПОТРЕБИТЕЛЬ

ФИО_____
Паспорт_____
Адрес_____ тел:_____

ЗАКАЗЧИК (Физическое лицо)

ФИО_____
Паспорт:_____
Адрес_____ тел:_____

ЗАКАЗЧИК (Юридическое лицо)

Наименование_____
Адрес:_____
ОГРН, ИНН_____
ФИО, должность лица, заключающего договор от имени Заказчика_____

_____

Приложение №1

к Договору № _____ от_____

Дата оплаты услуг: _____

ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ,
предоставляемых в соответствии с Договором

В период действия настоящего договора ГБУ РО «ГП № 10» в г. Ростове-на-Дону предоставляет медицинские услуги **Потребителю** в объеме:

№ п/п	Наименование услуги	Код услуги	Кол-во	Цена за ед., руб.	Сумма, руб.
1					
2					
3					
4					
	Итого:				

Стоимость медицинских услуг составляет _____ рублей и определяется в соответствии с действующим Прейскурантом цен ГБУ РО «ГП № 10» в г. Ростове-на-Дону на момент подписания настоящего Приложения.

Исполнитель **Потребитель**

_____ _____

Приложение №2

к Договору № _____ от _____

ЗАКАЗ-НАРЯД № _____ от _____

(Протезирование)

Пациент_____
Дата рождения_____
Адрес_____
Врач_____Зубтехник_____

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

ОБЪЕМ ВЫПОЛНЯЕМЫХ РАБОТ

№ по прейскуранту	Наименование видов работы	Заказ	Вып.	Цена за ед., руб.	Сумма, руб.
	Итого:				

Медрегистратор (кассир) _____
подпись,Ф.И.О.

Зуботехнические работы выполнил _____ Дата _____
подпись,Ф.И.О.

Работу сдал _____ Дата _____
подпись,Ф.И.О.

Ортопедическое лечение закончено, работу получил, результатами удовлетворен _____ Дата _____
подпись,Ф.И.О.