

Договор № _____
оказания платных медицинских услуг

г. Липецк _____

г.

Государственное учреждение здравоохранения «Липецкий областной онкологический диспансер», в лице начальника отдела по оказанию платных медицинских услуг Парышевой Екатерины Сергеевны, действующей на основании Доверенности № 14 от 13.05.2024г., выданной главным врачом Шинкаревым Сергеем Алексеевичем, действующим на основании Устава и Лицензии на осуществление медицинской деятельности №ЛО-48-01-002149 от 03.09.2020г., выданной Управлением здравоохранения Липецкой области, 398050, г. Липецк, ул. Зегеля, дом 6, телефон (4742) 23-80-02, 23-80-82, по выполняемому перечню работ:

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуется и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной, доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, гистологии, дезинфектологии, лабораторной диагностики, лечебной физкультуре, медицинской статистики, медицинскому массажу, операционному делу, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, физиотерапии, функциональной диагностики, эпидемиологии; при оказании первичной, доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), анестезиологии и реаниматологии, гематологии, детской онкологии, клинической лабораторной диагностики, клинической фармакологии, колопроктологии, нейрохирургии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, патологической анатомии, пластической хирургии, радиологии, рентгенологии, торакальной хирургии, ультразвуковой диагностики, урологии, физиотерапии, функциональной диагностики, хирургии, челюстно-лицевой хирургии, эндокринологии, эндоскопии, эпидемиологии.

При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуется и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной помощи в условиях дневного стационара по: онкологии, сестринскому делу; при оказании специализированной помощи в стационарных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), анестезиологии и реаниматологии, гистологии, дезинфектологии, детской онкологии, диетологии, клинической лабораторной диагностики, клинической фармакологии, колопроктологии, лабораторной диагностики, лечебной физкультуре, медицинской статистики, медицинскому массажу, нейрохирургии, онкологии, операционному делу, организации здравоохранения и общественному здоровью, организации сестринского дела, патологической анатомии, пластической хирургии, радиологии, радиотерапии, рентгенологии, рентгенэндоваскулярной диагностики и лечению, сестринскому делу, терапии, торакальной хирургии, трансфузиологии, ультразвуковой диагностики, урологии, функциональной диагностики, хирургии, эндокринологии, эндоскопии, эпидемиологии; при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по: онкологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуется и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности.

именуемый в дальнейшем Исполнитель, и

(ФИО заказчика – физического лица)

именуемый в дальнейшем Пациент, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется оказывать Пациенту по его желанию и на возмездной основе следующие медицинские услуги:

№	Наименование медицинских услуг	Стоимость, руб.	Количество	Сумма, руб.	Дата предоставления услуги
1					
2					
3					
4					
5					

1.2. Заказчик обязан оплатить оказанные услуги в срок и в порядке, предусмотренные в разделе 3 настоящего договора.

2. Условия и сроки предоставления услуг

2.1. Заказчик информирован о Программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на территории Липецкой области, порядком и условиями её предоставления и подтверждает, что услуги по настоящему договору оказываются вне рамок данной программы, а являются платными в соответствии с пожеланиями Пациента.

2.2. Срок предоставления услуг по настоящему договору _____

3. Цена и порядок расчетов

3.1. Общий размер платежа, подлежащего оплате Пациентом за предоставленные услуги в соответствии с действующим в учреждении прейскурантом составляет _____.

3.2. Оплата услуг осуществляется Пациентом в порядке 100-процентной предоплаты до получения услуги путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3.3. Расчеты с населением за предоставление платных медицинских услуг осуществляются учреждением с применением контрольно-кассовых машин.

3.4. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Пациента с учетом уточненного диагноза, сложности операции и иных затрат на лечение, данные изменения к договору должны быть произведены и подписаны обеими сторонами договора.

4. Права и обязанности сторон

4.1. Исполнитель обязан:

4.1.1. Предоставить Пациенту бесплатную, доступную, достоверную информацию о порядке и условиях предоставления им бесплатной медицинской помощи и платных услуг, после чего Пациент подписывает информированное согласие на оказание платных услуг.

4.1.2. Обеспечить соответствие предоставляемых платных медицинских услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения.

4.1.3. Ознакомить Пациента, по его требованию, с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья и выдавать по его письменному требованию или его представителя копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья.

4.2. Исполнитель имеет право:

4.2.1. Определять самостоятельно объем исследований и оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи пациенту (в соответствии со спецификой учреждения).

4.2.2. Получить от Пациента плату за предоставляемые медицинские услуги в размере, установленном в разделе 1 настоящего договора.

4.3. Пациент обязан:

4.3.1. До оказания медицинских услуг сообщить Исполнителю все сведения о перенесенных и имеющихся заболеваниях, известных ему противопоказаниях к применению каких-либо лекарств или процедур, возможных аллергических реакциях, индивидуальных особенностях организма.

4.3.2. Точно выполнять назначения лечащего врача, незамедлительно сообщать о любых изменениях самочувствия при прохождении курса лечения; отказаться на весь курс лечения от употребления наркотиков и лекарств их содержащих, психотропных препаратов, алкогольсодержащих напитков; соблюдать правила поведения в учреждении и режим его работы.

4.4. Пациент имеет право:

4.4.1. Требовать предоставления сведений о наличии лицензии, о расчете стоимости предоставляемых услуг.

4.4.2. Получать у Исполнителя для ознакомления копии данных, касающихся протекания лечения, данных обследований, результатов анализов, протоколов консилиумов и т.д.

4.4.3. Обратиться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу.

4.4.4. Отказаться от медицинского вмешательства в любое время, возместив Исполнителю фактически понесенные затраты.

5. Ответственность сторон

5.1. Стороны договора несут ответственность за неисполнение взятых на себя обязательств в соответствии с действующим законодательством.

5.2. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам исполнения услуг Пациент имеет право требовать по своему выбору: исполнения услуги другим специалистом; расторжения договора и возмещения убытков; назначения нового срока исполнения услуги.

6. Изменение и прекращение договора

6.1. Изменение и расторжение договора возможны по соглашению сторон.

6.2. По требованию одной из сторон договор может быть изменен или расторгнут в случаях, предусмотренных действующим законодательством.

7. Заключительные положения

7.1. Все дополнения и приложения к настоящему договору вступают в силу с момента подписания и являются его неотъемлемой частью.

7.2. Все споры, возникающие в ходе реализации данного договора, решаются в установленном законом порядке

7.3. Все вопросы, не урегулированные в настоящем договоре, разрешаются в соответствии с действующим законодательством.

7.4. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу. Один экземпляр для Пациента, другой для Исполнителя.

8. Адреса, реквизиты, подписи сторон

Юридический адрес:
398005, г. Липецк, ул. Адмирала Макарова, 1 е
Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ
Инспекция МНС России по Центральному району
г. Липецка серия 48 №000799428 от 29 ноября
2002 г., ОГРН 1024800834277 тел.42-50-01

Подпись _____ Парышева Е.С..

Пациент:

ФИО _____

Адрес _____

Тел. _____

Подпись _____

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
на предоставление медицинских услуг на платной основе**

Главному врачу
ГУЗ «ЛООД»
С.А. Шинкареву

На основании п. 2 ст. 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ я, _____

желаю получить платные медицинские услуги в ГУЗ «ЛООД».

Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о предлагаемых лечебно-диагностических мероприятиях и лечении моего заболевания. Мне разъяснено, что я могу получить бесплатно, в рамках системы обязательного медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Липецкой области, диагностические процедуры и лечение, соответствующие моему заболеванию.

Я выражаю добровольность в получении мною платных медицинских услуг, в то время как я рассмотрела(а) различные варианты получения медицинских услуг, и то, что мне могут оказать аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе. Я согласен(а) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований ГУЗ «ЛООД» не несет ответственности за их возникновение.

Решение об отказе в получении диагностики и лечения моего заболевания в рамках обязательного медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Липецкой области принято в связи

с _____

Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(а) оплатить стоимость указанной медицинской услуги за счет своих личных средств и иных источников дохода, не запрещенных действующим законодательством.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

Информацию до пациента довел: _____

(должность, ФИО)

Подпись пациента _____ « ____ » _____ 2024 г.

Приложение 2

от « ____ » _____ 2024 г

АКТ № _____

о приемке выполненных работ (оказанных услуг)

Исполнитель Государственное учреждение здравоохранения «Липецкий областной онкологический диспансер» в лице ведущего специалиста по связям с общественностью онкологического отделения платных услуг Парышевой Екатерины Сергеевны, действующей на основании Доверенности № 14 от 13.05.2024 г., выданной главным врачом Шинкаревым Сергеем Алексеевичем.

Пациент _____

№	Наименование работы (услуги)	Цена	Количество	Сумма
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Врач _____

Всего оказано услуг на сумму:

Вышеперечисленные работы (услуги) выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг претензий не имеет.

Исполнитель _____ Пациент _____
Парышева Екатерина Сергеевна (ФИО)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о согласии на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____,

проживающий по адресу _____,

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 "О персональных данных" N 152-ФЗ подтверждаю свое согласие на обработку ГУЗ «ЛООД» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса 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 договору ДМС.

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.

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.

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно.
дата

Подпись субъекта персональных данных _____

ФИО