**ДОГОВОР ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ №**

с.Ермекеево « » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_­­­\_\_\_ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Ермекеевская центральная районная больница, в дальнейшем именуемый ИСПОЛНИТЕЛЬ, действующий на основании лицензии выданной Министерством здравоохранения Республики Башкортостан **№ Л041-01170-02/00351205 от 11.03.2020г.**, (бессрочно) в лице главного врача Гизтдинова Рамиля Римовича, действующего на основании Устава с одной стороны, и гражданин(ка)

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

(ФИО)

именуемый в дальнейшем ПОТРЕБИТЕЛЬ, действующий(ая) в своих интересах и от своего имени, с другой стороны, совместно именуемые «Стороны**»**, составили настоящий Договор о следующем:

**1.ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. В соответствии с настоящим договором ИСПОЛНИТЕЛЬ на основании обращения (заявки) Потребителя обязуется оказать ему медицинские услуги (далее - услуги) надлежащего качества, отвечающим требованиям, предъявляемым к медицинским услугам, разрешенным на территории РФ, а ПОТРЕБИТЕЛЬ обязуется своевременно оплачивать услуги согласно Прейскуранту, действующему на момент оказания услуг, а также выполнять требования Исполнителя, обеспечивающего качественное предоставление услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.

1.2. Перечень и стоимость услуг, предоставляемых Потребителю, ограничиваются действующим Прейскурантом Исполнителя. Экземпляр Прейскуранта выставлен на публичное обозрение на информационном стенде и на официальном сайте Исполнителя.

1.3.  Услуги оказываются по месту нахождения Исполнителя: ГБУЗ РБ Ермекеевская ЦРБ, с.Ермекеево,ул, Школьная, д.29

1.4.  Срок (период) оказания медицинской услуги: с «\_\_\_**»**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202 г. по «\_\_\_\_**»**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202 г.

**2. УСЛОВИЯ, ПОРЯДОК И СТОИМОСТЬ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**

2.1.Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Пациенту согласно п.1.1 договора, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом платных медицинских услуг, утвержденным Исполнителем.

2.2.Оплата медицинских услуги Пациентом составляет:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код медицинской услуги | Наименование услуги | Цена |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Итого |  |

2.3.Срок оказания, ожидания медицинских услуг с « » 202 г. по « » 202 г.

2.4.Гарантийный срок составляет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.5.Расчеты между сторонами осуществляется в российских рублях через кассы и отделения банков, принимающих платежи от физических лиц.

**3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

3.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязан:

3.1.1. Обеспечить ПОТРЕБИТЕЛЯ бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей сведения: о Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; о конкретном медицинском работнике, оказывающем медицинскую услугу по Договору, его квалификации, режиме работы; о методах оказания медицинской услуги связанной с ней рисками возможных видах медицинского вмешательства и ожидаемых результатах медицинской услуги, иной информацией и сведениями в соответствии с действующим российским законодательством по направлению.

3.1.2. Оказывать ПОТРЕБИТЕЛЮ медицинскую услугу по Договору, а при необходимости и дополнительные услуги в соответствии с требованиями и стандартами, установленными на территории Российской Федерации, дополнительные немедицинские услуги (по желанию ПОТРЕБИТЕЛЯ и возможности Исполнителя по письменному соглашению Сторон).

3.1.3. Представить Заказчику (вариант: Потребителю) список своих сотрудников, обладающих специальным образованием и профессиональными навыками, для ознакомления и закрепления за ним специалистов и/или лечащего врача, которые будут оказывать медицинские услуги.

3.1.4. Соблюдать порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.1.5.Предоставить Потребителю (законному представителю) после исполнения договора ,медицинские документы(копии медицинских документов, выписки из медицинских документов) отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы

3.2. ПОТРЕБИТЕЛЬ обязан:

3.2.1. Соблюдать режим работы отделений Исполнителя, внутренний режим нахождения в медицинской организации, которые доводятся до сведения ПОТРЕБИТЕЛЯ (Законного представителя) в месте, доступном для ознакомления с ними.

3.2.2. По запросу Исполнителя предоставить документы для своевременного и качественного оказания медицинской услуги.

3.2.3. Оплачивать услуги Исполнителя по Договору в порядке, сроки и на условиях, установленные Договором.

3.2.4. Сообщить уполномоченному медицинскому работнику сведения о заболеваниях, противопоказаний к приему каких-либо лекарств или процедур, известных ему аллергических реакциях, информацию, влияющую на протекание или лечение, сообщить о любых изменениях самочувствия. Выполнять все требования, рекомендации медицинского персонала Исполнителя, в том числе на период после оказания услуг.

3.2.5. Подписывать своевременно Акты об оказании медицинских услуг Исполнителем.

3.2.6. Кроме того, Потребитель обязан:

- информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;

- соблюдать правила поведения в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения;

- выполнять все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих ему по настоящему Договору медицинские услуги, по лечению, в том числе соблюдать указания медицинского учреждения, предписанные на период после оказания услуг.

3.2.7. Определить стаж занятия спортом (определяется тренером, законным представителем или лицом, проходящего УМО). И тем, самым ответственность об объеме прохождения обследования ложится на лицо, проходящее УМО.

3.3. ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право:

3.3.1. Получать от ПОТРЕБИТЕЛЯ любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по Договору. В случае непредоставления либо неполного или неверного предоставления Потребителем информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

3.3.2. Требовать от Потребителя соблюдения Правил оказания медицинских услуг.

2.3.3. Требовать оплаты услуг, оказанных Потребителю по настоящему Договору.

3.4. ПОТРЕБИТЕЛЬ имеет право:

3.4.1. Получать от Исполнителя медицинские услуги по Договору.

3.5. ПОТРЕБИТЕЛЬ подтверждает, что был уведомлен ИСПОЛНИТЕЛЕМ о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья ПОТРЕБИТЕЛЯ, на качестве услуг.

3.6. При первом обращении к Исполнителю за предоставлением медицинских услуг, а в дальнейшем - по мере необходимости ПОТРЕБИТЕЛЬ (Законный представитель) дает добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство.

3.7. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора.

**4. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ.**

4.1. 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). Непосредственно до оказания медицинских услуг ПОТРЕБИТЕЛЬподписывает Согласие на обработку персональных данных.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН И ФОРС-МАЖОРНЫЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА.**

5.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по Договору.

5.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ несет ответственность перед ПОТРЕБИТЕЛЕМ за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни ПОТРЕБИТЕЛЯ в установленном законом РФ порядке.

5.3. Споры и разногласия, которые могут возникнуть при исполнении настоящего договора, будут по возможности разрешаться путем переговоров между сторонами.

5.4. В случае невозможности разрешения споров путем переговоров стороны после реализации предусмотренной законодательством процедуры досудебного урегулирования разногласий передают их на рассмотрение в суд по месту нахождения Исполнителя.

5.5. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом. Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

**6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания обеими Сторонами и действует до "\_\_\_" \_\_\_\_\_202\_\_г.

6.2. Договор может быть расторгнут в любой момент по соглашению Сторон, либо в ином порядке и по основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

6.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору должны быть совершены в письменной форме в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации и настоящим Договором.

6.4. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

|  |  |
| --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ:**  ГБУЗ РБ Ермекеевская ЦРБ  с. Ермекеево, ул. Школьная, 29  ИНН 0221000930, КПП 022101001  л/с 20112040500Министерство финансов РБ  Единый казначейский счет 40102810045370000067  Номер казначейского счета 03224643800000000100  Отделение-НБ Республика Башкортостан Банка России//  УФК по Республике Башкортостан г.Уфа  БИК 018073401 тел. 34741 2-22-03  Номер в Госреестре ОГРН- 1020201579617 | **ПОТРЕБИТЕЛЬ:**  **ФИО**  Паспортные данные: Серия\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Выдан:\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Код подразделения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес регистрации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Гражданство:\_РФ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон:  Подпись:  ✔\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |

Уполномоченный представитель:

Заместитель главного врача по медицинской части

(приказ от 09.01.2023г №82а)

ГБУЗ РБ Ермекеевская ЦРБ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Шарифуллина Д.А.

Подпись ФИО

**Акт выполненных услуг**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование услуги | Цена |
| 1 |  |  |
|  |  |  |
|  | Итого |  |

Услуги оказаны полностью. Претензии не имею. Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Ермекеевская центральная районная больница

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ**

**МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Я, нижеподписавшийся(аяся), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.р. адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., дата рождения, адрес)

настоящим подтверждаю, что руководствуясь законодательством об охране здоровья граждан, в соответствии с моей

волей, в доступной для меня форме, проинформирован (а) о возможности получения соответствующих видов 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 в том числе:

1) первичной медико-санитарной помощи, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной;

2) специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной.

Добровольно в соответствии с ФЗ от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в

Российской Федерации", даю свое согласие на оказание платных медицинских услуг.

Настоящим также подтверждаю, что я уведомлен (а)о том, что несоблюдение указаний(рекомендаций) лечащего врача, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой возможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья вплоть до его ухудшения и необратимым последствиям, включая летальный исход.

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

подпись пациента расшифровка подписи

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА на обработку персональных данных в ГБУЗ РБ Ермекеевская ЦРБ**

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 ГБУЗ РБ Ермекеевская ЦРБ (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 «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202 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.

Контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Почтовый адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись Расшифровка подписи