По форме

**Приложения 3**

**к приказу Министерств**

**здравоохранения**

**Республики Крым**

**от 31.12.2014 г. № 349**

|  |  |
| --- | --- |
|  **Договор №** | ***\_\_\_\_\_\_***  |

**на оказание платных медицинских услуг**

г.Симферополь число месяц 2019 г.

в \_\_\_\_\_\_\_ по м.в.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым «Республиканская детская клиническая больница»**, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», осуществляющее деятельность из числа указанных в части 1 статьи 12 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности», лицензии Министерства здравоохранения Республики Крым №ЛО-82-01-000399 от 07 июня 2017 года и Уведомления Территориального органа Росздравнадзора по Республике Крым и городу федерального значения Севастополю №22 от 22.04.2015 года в лице **Главного врача Олейника Анатолия Васильевича**, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин (ка)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик» (или «Пациент», его законный представитель), с другой стороны, заключили настоящий договор о

 нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА:**

1.1. Настоящий договор определяет условия оказания платных медицинских услуг. «Пациент» поручает, а «Исполнитель» обязуется оказать «Пациенту» платную медицинскую услугу (или услуги) согласно п.п***.***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

утвержденного Прейскуранта. Пациент информирован о том, что платная медицинская услуга, оказываемая согласно данному Договору, может быть получена Пациентом бесплатно, в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 10.12.2018 года №1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов», в сроки и в порядке установленным Постановлением Совета министров Республики Крым от 24 декабря 2018 года № 661 «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Крым на 2019 год и плановый период 2020 и 2021 годов». Заключение договора означает полное согласие Пациента на оказание медицинских услуг согласно условий данного Договора.

1.2.Срок оказания медицинской услуги: ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**2. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ.**

2.1. Цена услуги, при отсутствии необходимости выполнения других работ, не предусмотренных в договоре, устанавливается на уровне

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***.

При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ, не предусмотренных договором, они выполняются с согласия «Пациента» с оплатой по утвержденному прейскуранту.

2.2. «Пациент» обязан в течение 3-х банковских дней с момента заключения договора произвести оплату медицинской услуги.

2.3. Оплата производится до оказания медицинской услуги в кассу «Исполнителя»

или перечислением на расчетный счет, на основании калькуляции оказанной услуги, которая является неотъемлемой частью Договора. Оплата может быть произведена самим

«Пациентом», его страховой компанией либо третьим заинтересованным физическим или юридическим лицом на основании счета, выписанного «Исполнителем». Оплата производится в полном объеме.

2.4. В случае возникновения необходимости приобретения «Пациентом» дополнительных медицинских расходных материалов для оказания медицинской услуги, указанной в п. 1.1. настоящего договора, и их отсутствия у «Исполнителя», «Пациент» должен приобрести следующие расходные материалы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.**

3.1. «Исполнитель» обязан:

- оказать «Пациенту» квалифицированную, качественную медицинскую помощь в установленный договором срок;

- предоставить «Пациенту» бесплатную, доступную, полную, достоверную информацию о заболевании, предоставляемой услуге и возможных осложнениях.

3.2. «Исполнитель» имеет право:

- в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в т.ч. и не предусмотренной договором.

3.3. «Пациент» обязан:

- своевременно оплатить стоимость услуг;

- сообщить врачу до начала медицинского вмешательства полные сведения о состоянии своего здоровья, перенесенных и наследственных заболеваниях, противопоказаниях, профессиональных вредностях, вредных привычках (курение, употребление алкоголя, наркотиков, токсических веществ), переносимости лекарственных средств, аллергических проявлениях, эпидемиологических данных;

-соблюдать назначения лечащего врача и медицинского персонала;

-соблюдать установленные предписания и правила при пребывании в лечебном учреждении;

-не применять не назначенные препараты и иные методы диагностики и лечения;

-консультироваться со специалистами других медицинских учреждений только по согласованию с исполнителями медицинских услуг и сообщать об их результатах.

3.4. «Пациент», его законный представитель, имеет право:

-на предоставление информации о медицинской услуге;

-знакомиться со своей медицинской документацией, документами, подтверждающими специальную правоспособность учреждения и его врачей;

-получить заключение с указанием результатов проведенных исследований, лечебных мероприятий и необходимых рекомендаций;

-на устранение вреда, в случае неполного оказания медицинской услуги, в случае если данный вред был причинен по вине Исполнителя, в судебном порядке;

-отказаться от получения медицинской услуги до ее оказания, уведомив Исполнителя об этом не менее за 3 (три) дня и получить обратно оплаченную сумму с возмещением «Исполнителю» затрат, связанных с подготовкой оказания услуги.

**4. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГЕ.**

4.1. Информацию об оказываемой медицинской услуге «Пациент» получает в

устной форме от специалиста-

|  |
| --- |
|  |
|  |

который ее оказывает, до ее начала.

4 2. Перед оказанием медицинской услуги врач устанавливает отсутствие

противопоказаний. При их наличии медицинская услуга не оказывается.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4.3. Медицинскую услугу выполняет |  | квалификационной |
| категории, имеющий сертификат специалиста |  |
|  |

4.4. С учетом самой технологии выполнения медицинской услуги «Пациент»

должен осознавать вероятность (но не обязательность) вредных (побочных) эффектов медицинского вмешательства и осложнений, что может причинить вред здоровью, о чем «Пациент» в устной форме информируется специалистом, оказывающим медицинские услуги до момента подписания договора.

4.5. В связи с тем, что вышеперечисленные побочные эффекты и осложнения возникают вследствие биологических особенностей организма и используемая технология оказания медицинской помощи не может полностью исключить их вероятность, «Исполнитель» не несет ответственность за наступление осложнений, если медицинская услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований. В случае если осложнения потребовали оказания срочной медицинской помощи, согласно Тарифному соглашению по Республике Крым и Федеральному Закону «О обязательном медицинском страховании», «Исполнитель» устраняет подобные вредные последствия без дополнительной оплаты.

4.6. В связи с оказанием медицинской услуги в предусмотренных нормативными актами случаях, при госпитализации, «Пациенту», законному представителю, по его требованию выдается листок нетрудоспособности.

4.7. «Пациент», его законный представитель подтверждает, что ознакомлен с «Правилами оказания медицинских услуг» в «ГБУЗРК «РДКБ»», с дополнительной информацией, касающейся особенностей данной медицинской услуги и условий ее предоставления, до начала оказания медицинской услуги.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.**

5.1.В случае неполного оказания медицинской услуги «Пациент» вправе потребовать безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги, если услуга была оказана в ненадлежащем виде. Факт ненадлежащего оказания медицинской услуги должен быть зафиксирован. Исполнитель, в свою очередь, обязуется исполнить услугу в полном ее объеме и приложить все зависящие от него усилия для ее исполнения.

5.2. «Исполнитель» освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения «Пациентом» своих обязанностей или по Другим основаниям, предусмотренным законодательством.

5.3. «Пациент» обязан возместить медицинскому учреждению фактически произведенные расходы по оказанию услуги, если «Исполнитель» не смог или был вынужден прекратить ее оказание по вине «Пациента».

**6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ.**

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

6.2. Споры и разногласия решаются путей переговоров и в судебном порядке.

6.3. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон.6.4. «Пациент» вправе расторгнуть договор об оказании услуги и потребовать полного возмещения убытков, если выявленные недостатки оказанной услуги не устранены «Исполнителем». «Пациент» вправе расторгнуть договор также в тех случаях, если им обнаружены существенные недостатки оказанной услуги

или иные существенные отклонения от условий договора.

6.5. Договор может быть расторгнут и по другим основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

6.6. Сторона, считая, что ее права по настоящему договору нарушены, обязана направить другой стороне претензию, которая рассматривается в течение 10 рабочих дней. В случае неполучения ответа, пославшая претензию сторона вправе обратиться в суд.

**7. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Исполнитель:** |  | **Пациент:** |
| **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым «Республиканская детская клиническая больница»**Республика Крым, г. Симферополь, ул. Титова 71ОГРН 1149102171096ОКПО 0080726р/счет 40601810035101000001в Управлении Федерального казначейства по Республике Крым (ГБУЗРК «РДКБ», л\с 20756Щ92660)ИНН 9102064095КПП 910201001БИК 043510001 ОТДЕЛЕНИЕ РЕСПУБЛИКА КРЫМ КБК 00000000000000000130 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ФИО:** |  |

**Адрес проживания:**  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Главный врач Олейник А.В. |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Приложение № 1 к Договору ***№*** об оказании платных медицинских услуг физическим лицам от

**Согласие на обработку персональных данных**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Я, нижеподписавшийся |  | , |

*(ФИО заявителя, полностью)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| проживающий по адресу: |  | , |
| 063374 |
| паспорт серии |  | , номер |  | , выдан |  |
|  | *(дата выдачи и название выдавшего органа)* |

(далее по тексту «Пациент»), в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006г. «О персональных данных» №152-ФЗ, статьи 13 Федерального закона РФ от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» №323-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗРК «Республиканская детская клиническая больница», юридический адрес: Республика Крым, 295034, город Симферополь, ул. Титова, д. № 71, стр. 1, (далее — Оператор), моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС/ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), информацию о факте обращения за медицинской помощью, данные о состоянии моего здоровья, диагнозах, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, и иная информация, полученная при моем обследовании и лечении (далее –«персональные данные») при условии, что обработка данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью, обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я, в интересах обследования и лечения, предоставляю право медицинским работникам Оператора передавать мои персональные данные, должностным лицам Оператора, осуществляющим обработку персональных данных в силу своих должностных обязанностей, медицинским работникам медицинских организаций, с которыми Оператором заключен договор на оказание платных медицинских услуг, в рамках которого мне оказывается медицинская помощь.

 В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи в рамках договоров на оказание платных медицинских услуг (далее –договор), заключенных Оператором с юридическими и физическими лицами, сведения о которых указываются в приложении к настоящему согласию, (далее – Заказчик), я, в интересах обследования и лечения, предоставляю право работникам Оператора в течение срока оказания мне медицинских услуг (срок прикрепления) по договору передавать мои персональные данные Заказчику, в том числе, включающие в себя информацию о состоянии моего здоровья, диагнозе, заболеваниях, с целью учета и отчётности по договору, а также с целью осуществления Заказчиком контроля качества объемов и сроков оказания медицинской помощи по договору, с целью сообщения информации о наличии у меня заболевания, исключающего медицинское обслуживание по программам добровольного медицинского страхования (для договора, заключённого со страховой компанией), с целью предоставления Заказчику результатов проведения медицинского осмотра(профилактического, периодического, предварительного), в том числе предоставлять уполномоченным сотрудникам Заказчика на обозрение медицинскую документацию (медицинскую карту) (ее копии) в полном объеме.

Предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. 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 договорам, а также путем передачи

персональных данных (в том числе информацию, содержащую сведения о врачебной тайне), по телефону на номер, указанный Заказчиком, с целью согласования оказания мне медицинских услуг в случаях, предусмотренных договором (в случае если медицинские услуги оказываются в рамках такого договора).

 Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинских документов (в т.ч. медицинской карты) и составляет не менее 25 (двадцать пять) лет.

 Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

 Настоящее согласие дано мной с момента подписания и действует бессрочно.

 Я оставляю за собой право отозвать настоящее 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 по истечению периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанных мне до этого медицинских услуг;

• по истечении указанного выше срока хранения моих персональных данных (двадцать пять лет) уничтожить (стереть) все мои персональные данные, в том числе из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

 Настоящим подтверждаю свое согласие на обработку Оператором моего контактного телефона, адреса электронной почты и почтового адреса, с целью информирования меня о предстоящем посещении врача, сроках оказания услуг, предоставления иных, связанных с исполнением договора на оказание медицинских услуг, сведений, в том числе результатов медицинского исследования, анализов, иную медицинскую документацию, путем предоставления соответствующей информации с помощью электронной почты, смс-информирования, почтовой рассылки (я уведомлен, что информация будет направлена по незащищенным каналам связи, в связи с чем, Оператор не может нести ответственность за несанкционированное попадание сведений к третьим лицам).

Контактные телефоны: дом.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, моб

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (ФИО заявителя) |  | (подпись) |

Дата16 апреля 2019 г.