

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ №

Ст-ца Выселки

202__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Выселковская центральная районная больница имени заслуженного врача РФ В.Ф. Долгополова» министерства здравоохранения Краснодарского края, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице представителя Пономаревой Марины Николаевны, действующего на основании доверенности № 1 от 01 апреля 2025 г., с одной стороны и гражданина(ка) _____, именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ И ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В рамках настоящего договора используются следующие основные понятия: "платные медицинские услуги" - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования (далее - договоры); "потребитель" - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"; "исполнитель" - ГБУЗ Выселковская ЦРБ -медицинская организация, оказывающая платные медицинские услуги в соответствии с договором.

1.2. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается:
- в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;
- в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;
- на основе клинических рекомендаций;
- с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - стандарт медицинской помощи).

1.3. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензиями на медицинскую деятельность, порядками, стандартами, другими документами в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

1.4. Платные медицинские услуги должны соответствовать номенклатуре медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Потребителя.

1.5. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

2. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА

2.1. Сведения об Исполнителе.

2.1.1. Наименование организации:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Выселковская центральная районная больница имени заслуженного врача РФ В.Ф. Долгополова» министерства здравоохранения Краснодарского края (ГБУЗ Выселковская ЦРБ).

2.1.2. Адрес места нахождения: 353100, РФ, Краснодарский край, Выселковский район, ст. Выселки, ул. Северная, 7.

2.1.3. Адрес(а) места(а) оказания медицинских услуг: 353100, Краснодарский край, Выселковский район, ст. Выселки, ул. Северная, 7.

2.1.4. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ, с указанием органа, осуществляющего гос. регистрацию: ОГРН 1022303554570, дата регистрации – 11.10.2002 г. зарегистрирован Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 16 по Краснодарскому краю, ИНН 2328005589.

2.1.5. Платные медицинские услуги (работы) предоставляются Исполнителем на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01126-23/00561156 от 31.12.2019 г, срок действия лицензии: бессрочно, выданной Министерством здравоохранения Краснодарского края, 350000 г. Краснодар, ул. Коммунаров, тел.: 8-861-259-70-72, предоставленной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности.

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, содержится в соответствующей лицензии Исполнителя, копия которой находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на официальном сайте Исполнителя: <https://viselkicrb.ru/>.

2.2. Сведения о Потребителе:

2.2.1. Фамилия, имя и отчество (при наличии):

2.2.2. Адрес места жительства, иные адреса, на которые (при их указании в договоре) исполнитель может направлять ответы на письменные обращения:

2.2.3. Телефон: _____, адрес электронной почты (при наличии): _____.

2.2.4. Данные документа, удостоверяющего личность:

Серия: _____ Номер: _____ Выдан: _____

3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

3.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю медицинские услуги на условиях, определенных настоящим Договором, а Потребитель обязуется оплатить указанные услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

3.1.1. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором:

№ п/п	Наименование услуги	Количество	Цена	Сумма
Итого:				

3.1.2. Сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, а также графике работы опубликованы на официальном сайте ГБУЗ Выселковская ЦРБ <https://viselkicrb.ru/>.

3.1.3. При необходимости Потребителю могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень и сроки оказания которых согласуются Сторонами в дополнительном соглашении к настоящему Договору.

3.1.4. Срок оказания услуг: в течение 5 рабочих дней с даты заключения настоящего договора.

4. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

4.1. Стоимость услуг по настоящему договору определяется исходя из действующего у Исполнителя прейскуранта (прейскурант Исполнителя на платные медицинские услуги находится в свободном доступе на официальном сайте ГБУЗ Выселковская ЦРБ <https://viselkicrb.ru/>), в соответствии с заявленным объемом платных медицинских услуг, указанных в п.п. 3.1.1. настоящего договора, наличными денежными средствами или с использованием платежных банковских карт, по выбору Потребителя, до предоставления медицинских услуг и составляет _____ (_____).

4.2. Потребитель ознакомлен с прейскурантом до подписания настоящего договора.

4.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя.

Без оформления дополнительного соглашения к договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости Исполнитель не вправе предоставлять медицинские услуги на возмездной основе.

4.4. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного договора.

4.5. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Потребителя удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Потребителем по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

5. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

5. Исполнитель обязуется:

5.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в полном объеме с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

5.1.2. Предоставить Потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;
- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

5.1.3. Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления услуг по настоящему договору.

5.1.4. При предоставлении платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

5.1.5. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, а также денежных средств, поступивших от Потребителя.

5.1.6. Немедленно извещать Потребителя о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора. Дополнительные медицинские услуги при необходимости их оказания представляются в случае оказания Потребителю стационарной помощи - на основании дополнительного соглашения к настоящему договору, в иных случаях - на основании отдельно заключаемого договора.

5.1.7. Предоставить в доступной форме информацию 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 (данная информация опубликована на официальном сайте ГБУЗ Выселковская ЦРБ: <https://viselkicrb.ru/>).

5.1.8. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям (экстренной помощи) 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".

5.2. Исполнитель вправе:

5.2.1. При выявлении у Потребителя противопоказаний к проведению лечебных и диагностических мероприятий отказать в их проведении.

5.2.2. Требовать от Потребителя соблюдения:

- графика прохождения процедур;
- режима приема лекарственных препаратов;
- назначений, рекомендаций специалистов;
- лечебно-охранительного режима;
- правил внутреннего распорядка лечебного учреждения;
- правил техники безопасности и пожарной безопасности.

5.2.3. Отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем правил внутреннего распорядка лечебного учреждения, рекомендаций и назначений специалистов и нарушении режима работы учреждения.

5.2.4. Использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Потребителя, достаточных для его идентификации.

5.3. Потребитель обязуется:

5.3.1. Оплатить оказанную Исполнителем медицинскую услугу (выполненную работу) в порядке и сроки, установленные настоящим договором.

5.3.2. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

5.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору.

5.3.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги, соблюдать Правила внутреннего распорядка медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

5.3.5. Согласовывать со специалистами, оказывающими платные медицинские услуги, употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей и прочего.

5.3.6. Потребитель обязан дать Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Потребителя в объеме и способами, указанными в Федеральном законе от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору.

5.4. Потребитель имеет право:

5.4.1. Получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями порядков оказания медицинской помощи, стандартов и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи.

5.4.2. В доступной для него форме получить информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

5.4.3. Получить у Исполнителя (путем письменного обращения) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие 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.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

6.1. Исполнитель несет перед Потребителем ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации, 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.

6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента (потребителя) в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье в соответствии с п. 5.3.2 настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п. 5.3.4 настоящего договора.

6.4. При наличии в настоящем договоре условий, ущемляющих права Потребителя, которые могут повлечь причинение ему убытков, они подлежат возмещению Исполнителем в полном объеме в соответствии со статьей 13 Закона РФ от 7 февраля 1992 г. N 2300-1 "О защите прав потребителей".

6.5. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

7.1. Договор может быть изменен и дополнен по соглашению Сторон.

7.2. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

7.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме.

7.4. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

8.1. Потребитель вправе направить обращение (жалобу) в органы государственной власти и организации в письменном виде по адресу: 353100, Краснодарский край, Выселковский район, ст. Выселки, ул. Северная, 7, а также в электронном виде: crbvis@miackuban.ru.

8.2. При предъявлении Потребителем требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), Исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей".

8.3. Стороны обязуются все возникающие разногласия решать путем переговоров.

8.4. При не урегулировании Сторонами возникших разногласий спор разрешается в судебном порядке.

8.5. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством.

9. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

9.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

9.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

10. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ

10.1. Настоящий Договор вступает в силу с «__» 202__ г. и действует по 31.12.202__ г.

10.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Потребителя.

11. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:

ГБУЗ Выселковская ЦРБ

Юр. и почтовый адрес: 353100, Краснодарский край,
Выселковский район, ст. Выселки, ул. Северная, 7

Потребитель:

проживающий(ая) по адресу:

ИНН 2328005589 КПП 232801001

Минфин КК (ГБУЗ Выселковская ЦРБ л/с 828527650, назначение
платежа- «за медицинские услуги»),

ОКЦ № 1 Южного ГУ Банка России//УФК по Краснодарскому краю
г. Краснодар

БИК ТОФК 010349101

ЕКС 40102810945370000010

КС 03224643030000001800

Дата постановки на налоговый учет 09.06.2018 г.

ОКВЭД 86 ОКПО 01912306 ОГРН 1022303554570

ОКТМО 03612413101

E-mail: crbvis@miackuban.ru

Тел./факс 8 (86157) 75-4-90

Паспорт:

Серия: _____ Номер: _____ Выдан:

Телефон: _____

Представитель ГБУЗ Выселковской ЦРБ

Николаевна.) (Пономарева Марина

_____ (_____)

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ УСЛУГ, ОБРАБОТКУ
ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ, МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, _____
Паспорт: серия _____ номер _____,
выдан _____,

зарегистрированный по адресу: _____

в рамках договора об оказании платных услуг желаю получить в государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Выселковская центральная районная больница имени заслуженного врача РФ В.Ф. Долгополова» министерства здравоохранения Краснодарского края, сокращенное наименование ГБУЗ Выселковская ЦРБ (далее по тексту - Учреждение) платные услуги и даю свое согласие на:

1. На оказание платных услуг.

1.1. Я получил от сотрудников ГБУЗ Выселковская ЦРБ полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных услуг и готов ее оплатить.

1.2. Я ознакомлен (а) с действующим прейскурантом и согласен (на) оплатить стоимость оказанных услуг в соответствии с ними.

2. На обработку персональных данных.

2.1. В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 "О персональных данных" N 152- ФЗ (в редакции от 05.04.2013г.) подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ Выселковской ЦРБ 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 (СПИЛС). данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

2.2. Я даю согласие на использование моих персональных данных в целях выполнения обязательств по договору оказания платных услуг.

2.3. Настоящее согласие предоставляется на осуществление особых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных целей.

2.5. Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

3. На медицинское вмешательство.

3.1. Мне разъяснены и понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Я понимаю необходимость проведения необходимых манипуляций (процедур), выполняемых в рамках заключенного настоящего договора.

3.2. Мне полностью ясно, что во время указанной манипуляции (процедуры) или после нее могут развиться осложнения, что может потребовать дополнительного вмешательства (лечения).

3.3. Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

3.4. Я предупрежден (а) о фактах риска и понимаю, что проведение оперативного лечения сопряжено с риском потери крови, возможности инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем органов, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

3.5. Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне заболеваниях травмах, операциях, в том числе носительстве ВИЧ инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

3.6. Я согласен (а), что при несоблюдении назначений и рекомендаций, лечащий врач не несет ответственности за результаты моего лечения.

3.7. Я согласен (а), что в случае ухудшения самочувствия, при появлении первых признаков осложнений на фоне проводимого лечения я должен (а) незамедлительно 'обратиться к лечащему врачу или заведующему отделением.

4. Я удостоверяю, что текст моего добровольного информированного согласия на оказание платных медицинских услуг, на обработку персональных данных, на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня у说服ают, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов платных услуг и даю согласие на их применение.

Потребитель
ФИО _____
(подпись)
« ____ » 202 ____ г.

Представитель ГБУЗ Выселковской ЦРБ
Пономарева Марина Николаевна
(подпись)
« ____ » 202 ____ г.