

Информированное добровольное согласие пациента (законного представителя пациента)

Мне _____

_____ **в лице пациента** . . .

(указать фамилия Имя Отчество, дату рождения пациента и представителя)

разъяснено следующее: Я, получив от сотрудников 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 медицинских услуг и готов их оплатить.

Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат и что при проведении операции после нее, как и в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения. Я согласен (на) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключать вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, не несет ответственности за их возникновение.

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей, что несоблюдение указаний (рекомендаций)

_____ (ФИО мед.работника, предоставляющего платную услугу)

в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Мною добровольно, без какого-либо принуждения выбраны следующие виды дополнительных медицинских услуг

которые я хочу получить в БУЗ ВО "Череповецкая городская поликлиника №7" им. П.Я. Дмитриева и согласен(на) оплатить лечение.

Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен(на) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.

Настоящее согласие мной прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Да, согласен(на)

_____ подпись, ФИО

_____ **ФИО, подпись мед.работника**

Уведомление

Я, _____ ознакомлен(а) с Федеральным Законом от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", с Программой государственной гарантии бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Вологодской области (утверждена Постановлением Правительства Вологодской области от 28.12.2018 № 1207), о действующих льготах для отдельных категорий граждан и отказывается от предложенной ему альтернативной возможности получения этого вида медицинской помощи за счет государственных средств. Ознакомлен с Федеральным законом № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" от 21.11.2011, Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. № 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг", перечнем и прейскурантом цен, порядком расчетов, с правилами оказания платных медицинских услуг.

Да, ознакомлен(а)

_____ подпись, ФИО

ДОГОВОР № 18261

об оказании платных медицинских услуг

г.Череповец

20 Декабря 2019 г.

Бюджетное учреждение здравоохранения Вологодской области "Череповецкая городская поликлиника №7" им. (БУЗ ВО "Череповецкая городская поликлиника №7" им. П.Я. Дмитриева), юридический/фактический адрес: 162609, Вологодская область, г. Череповец, пр. Октябрьский, д. 45, факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц (ОГРН 1023501266436) подтверждается свидетельством, выданным Инспекцией Министерства Российской Федерации по налогам и сборам по г. Череповцу Вологодской области, от 27.12.2002, именуемое в дальнейшем "Исполнитель" в лице СараеваЮГ, действующей на основании доверенности, с одной стороны, и

_____ ФИО, дата рождения

именуемый (ая) в дальнейшем "Заказчик", в лице Пациента

с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель принимает на себя обязательства оказать Пациенту, по его инициативе и сверх Территориальной программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, по настоящему договору следующие услуги:

№ п/п	Наименование услуги	Каб.	Стоим.	Кол.	Сумма	Ответственный	Категория
			Итого:	0	0.00		

Срок оказания услуги 3(три) дня с момента заключения договора.

Время работы платной комиссии понедельник-пятница с 15:00 до 18:00, суббота, воскресенье - выходной.

1.2. Заказчик обязан оплатить оказанные услуги в сроки и в порядке, предусмотренные в п. 3 настоящего договора.

2. Условия предоставления услуг

2.1. Результатом оказания медицинских услуг является медицинская справка или заключение, выдаваемое Исполнителем Пациенту.

2.2. Медицинские услуги предоставляются Пациенту на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-35-01-002725 от 13.03.2019, выданной Департаментом Здравоохранения Вологодской области, Вологда, ул. Предтеченская, 19 тел. 88172-721425, перечень работ (услуг) в соответствии с лицензией: Осуществление доврачебной медицинской помощи по акушерскому делу, диетологии, лабораторной диагностике, медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым), медицинской статистике, общей практике, операционному делу, организации сестринского дела, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, управлению сестринской деятельностью, физиотерапии, функциональной диагностике.

Осуществлении амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе: при осуществлении первичной медико-санитарной помощи по аллергологии и иммунологии, гастроэнтерологии, детской кардиологии, инфекционным болезням, кардиологии, контролю качества медицинской помощи, клинической лабораторной диагностике, неврологии, нефрологии, общей врачебной практике (семейной медицине), общественному здоровью и организации здравоохранения, оториноларингологии, офтальмологии, педиатрии, пульмонологии, терапии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, функциональной диагностике, хирургии, экспертизе временной нетрудоспособности, эндокринология, эндоскопии;

при осуществлении специализированной медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов по акушерству и гинекологии, экспертизе временной нетрудоспособности;

при осуществлении специализированной медицинской помощи по акушерству и гинекологии, гастроэнтерологии, дерматовенерологии, детской урологии-андрологии, детской хирургии, медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), общей врачебной практике (семейной медицине), педиатрии, профпатологии, психиатрии, психиатрии-наркологии, экспертизе временной нетрудоспособности, экспертизе на право владения оружием, экспертизе профессиональной пригодности. При осуществлении доврачебной медицинской помощи по:

медицинскому массажу. При осуществлении амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе: при осуществлении первичной медико-санитарной помощи по: детской эндокринологии, рефлексотерапии. При осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе: при осуществлении первичной медико-санитарной помощи по: контролю качества медицинской помощи. При осуществлении доврачебной медицинской помощи по рентгенологии. При осуществлении амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе при осуществлении первичной медико-санитарной помощи по: рентгенологии; при осуществлении специализированной медицинской помощи по рентгенологии. При осуществлении доврачебной медицинской помощи по: сестринскому делу. При осуществлении амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе: при осуществлении первичной медико-санитарной помощи по: ультразвуковой диагностике; при осуществлении специализированной медицинской помощи по: ультразвуковой диагностике

3. Цена и порядок расчетов

3.1. Общий размер платежа, подлежащего оплате Заказчиком за предоставленные услуги, в соответствии с действующим прейскурантом, составляет в сумме:

НОЛЬ РУБЛЕЙ 00 КОПЕЕК, НДС не облагается

3.2. Оплата услуг производится при заключении договора.

3.3. Порядок оплаты: путем наличного расчета с применением контрольно-кассовой машины или документа строгой отчетности - бланка-квитанции, утвержденному Письмом Минфина РФ от 20.04.95 №16-00-30.33.

4. Права и обязанности сторон

Права и обязанности Исполнителя:

4.1. Исполнитель вправе самостоятельно определять объем исследований и необходимых действий, направленных на установление верного диагноза и оказания медицинской услуги.

4.2. Исполнитель вправе, с уведомлением Заказчика, вносить изменения в лечение и провести дополнительное специализированное лечение с изменением стоимости оказываемых услуг.

4.3. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для проведения медицинской услуги, Исполнитель вправе назначить другого врача.

4.4. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг лицензии учреждения и требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

- 4.5. Обеспечить Заказчика в установленном порядке информацией в соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" о программе государственных гарантий бесплатной медицинской помощи на территории Вологодской области, режиме работы, перечне платных услуг с указанием их стоимости, условия получения, включая утвержденные законодательством льготы для отдельных категорий граждан, а также сведения о квалификации специалистов.
- 4.6. Обеспечить выполнение принятых на себя услуг силами собственных специалистов или внешних консультантов, а также специалистов других медицинских учреждений и лабораторий, с которыми у Исполнителя заключены соответствующие договоры.
- 4.7. Информировать пациента в доступной для него форме о предлагаемых методах обследования и лечения, возможности развития осложнений при проведении сложных лечебно-диагностических манипуляций или операций.
- 4.8. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг Пациенту потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются Исполнителем без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
- 4.9. Исполнитель принимает на себя обязательство оказать услуги, указанные в п.1.1. настоящего договора в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации.
- 4.10. Исполнитель обязан предоставлять Пациенту информацию о ходе оказания медицинской услуги в понятной и доступной форме.
- 4.11. Исполнитель обязуется сохранить конфиденциальность информации о врачебной тайне Пациента.

Права и обязанности Заказчика и Пациента:

- 4.12. Заказчик вправе требовать от Исполнителя надлежащего качества предоставляемой медицинской услуги.
- 4.13. Заказчик вправе требовать проведение по его просьбе консультаций других специалистов.
- 4.14. Заказчик имеет право отказаться от медицинских услуг по настоящему договору и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с оказанием услуг.
- 4.15. Пациент обязан до оказания медицинской услуги информировать о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, о сведениях, необходимых для того или иного метода лечения и способных вызвать побочные реакции или осложнения при оказании медицинской помощи.
- 4.16. Пациент обязуется соблюдать правила поведения, принятые Исполнителем для пациентов. Выполнять требования медперсонала, обеспечивающие безопасность и качественное предоставление медицинской услуги, включая выполнение рекомендаций лечащего врача, соблюдение распорядка дня ЛПУ, правил санитарно-противоэпидемического режима, техники безопасности и противопожарной безопасности и т.п.
- 4.17. Пациент обязуется выполнять все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих ему по договору медицинские услуги, по лечению, в том числе Пациент обязан соблюдать указания медицинского учреждения, которые он должен соблюдать после оказания услуги.
- 4.18. Заказчик обязан оплатить предоставляемую медицинскую помощь (услугу) в порядке, определяемом настоящим договором.

5. Ответственность сторон

- 5.1. В случае неоплаты Заказчиком стоимости медицинских услуг на условиях, указанных в разд.3 настоящего договора, Исполнитель имеет право отказать Пациенту в оказании услуг до оплаты Заказчиком ее стоимости.
- 5.2. Исполнитель не несет ответственности за результаты оказания медицинских услуг в случаях несоблюдения Пациентом рекомендаций по лечению и иных неправомерных действий.
- 5.3. Исполнитель несет ответственность перед Законом за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методикам диагностики и профилактики лечения, разрешенным на территории РФ, а также в случаях причинения вреда здоровью и жизни Пациента.
- 5.4. При несоблюдении Исполнителем сроков оказания медицинских услуг Заказчик вправе по своему выбору: назначить новый срок оказания услуги; потребовать исполнения услуги другим специалистом; расторгнуть договор и потребовать возмещения затрат в установленном законодательством порядке; потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги.
- 5.5. В случае расторжения договора Заказчик обязан оплатить Исполнителю фактически оказанные услуги в полном объеме, в том числе и в случае, если лечение начато в период действия договора и продолжилось после его расторжения, а Исполнитель обязан вернуть неиспользованные денежные средства.
- 5.6. Заказчик вправе отказаться от исполнения договора об оказании услуги в любое время при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.
- 5.7. Стороны вправе в одностороннем порядке отказаться от выполнения настоящего договора по условиям в соответствии со ст.782 ГК РФ.
- 5.8. Исполнитель не вправе расторгнуть договор в одностороннем порядке в случае имеющейся угрозы жизни и здоровью Пациента.
- 5.9. Заказчик вправе предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 5.10. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором или в связи с ним, стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров.
- 5.11. В остальных случаях стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

6. Срок действия договора

- 6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного исполнения обязательств сторонами по настоящему договору.
- 6.2. В случае отказа Пациента после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Заказчика о расторжении договора по инициативе Пациента, при этом Заказчик оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.
- 6.3. Любые изменения и дополнения к настоящему договору должны быть составлены в письменной форме и подписаны сторонами либо их уполномоченными представителями.
- 6.4. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

7. Дополнительные условия

- 8.1. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором или в связи с ним, стороны примут все меры к их разрешению путем переговоров. В случае невозможности урегулировать спор путем переговоров споры подлежат разрешению в судебном порядке.
- 8.2. В случае если до обращения в суд по поводу качества оказанных услуг стороны договорились о проведении независимой экспертизы, расходы по оплате проведения экспертизы осуществляются инициатором ее проведения. По результатам проведенной экспертизы сторона, признанная виновной, возмещает инициатору понесенные расходы.

8. Адреса и реквизиты сторон

Исполнитель

Заказчик

БУЗ ВО "Череповецкая городская
поликлиника №7" им. П.Я. Дмитриева
162609, Вологодская обл., г. Череповец,
пр. Октябрьский, д. 45

(ф.и.о. Заказчика)

clinica7@clinica7.ru ИНН 3528045647, КПП
352801001 ОГРН 1023501266436 ОКВЭД
85.12

(адрес Заказчика по прописке, тел.)

подпись Заказчика

Департамент финансов Вологодской области
(БУЗ ВО "Череповецкая городская
поликлиника №7" л/сч 008.20.075.1)
р/сч 40601810600093000001 "Отделение
Вологда" г. Вологда БИК 041909001
ОКАТО 1943000000КБК
00800000000000000130
ТС 02.01.00

Бухгалтер по доверенности

подпись

!0AV8C6-I

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____, проживающий по адресу: _____, предоставляю БУЗ ВО "Череповецкая городская поликлиника №7" им. П.Я. Дмитриева (далее Оператор) право осуществлять все действия с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор имеет право на обмен (прием и передачу) моими персональными данными в целях оказания платных медицинских услуг с другими медицинскими учреждениями, с которыми заключены соответствующие договоры.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Настоящее согласие дано мной 20 Декабря 2019 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.

20 Декабря 2019 г.

(Подпись)