

ДОГОВОР № _____
О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Санкт-Петербург

« ____ » _____ 20 ____ г.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская поликлиника № 29» (св-во ЕГРЮЛ ОГРН 1037808009711 от 22.04.2013г. № 6137847347159 МИФНС № 15 по Санкт-Петербургу; лицензия от 21.11.2016 № ЛО-78-01-007371, выдана Комитетом по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга, 191023, СПб, ул. М. Садовая, д.1, тел. 3145171 на виды деятельности в соответствии с Приложением № 1 к настоящему Договору), именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, в лице главного врача Ильи Юрьевича Силиди, действующего на основании Устава, с одной стороны и гр. Российской Федерации _____, являющийся законным представителем несовершеннолетнего _____, именуемый в дальнейшем **Потребитель**, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.

1.1. Предметом Договора является предоставление Исполнителем Потребителю или лицу, в отношении которого Потребитель является законным представителем (именуемому в Договоре Потребитель) платных медицинских услуг. Стороны руководствуются действующим законодательством, Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 №1006, иными нормативами, регулирующими порядок предоставления платных медицинских услуг.

1.2. Потребитель информирован о Территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи в Санкт-Петербурге, о чем свидетельствует подпись: _____

1.3. Потребитель получил от Исполнителя доступную, достоверную и полную информацию о медицинских услугах, их содержании и объеме, о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, и дает информированное согласие на медицинское вмешательство, о чем свидетельствует подпись: _____

1.4. Исполнитель в рамках настоящего договора оказывает Потребителю следующие медицинские услуги

№ п/п	Наименование предоставляемых услуг	Срок предоставления услуг

Ответственный специалист _____ (должность, ФИО)

II. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ.

2.1. Медицинские услуги оплачиваются по ценам, установленным в Прейскуранте Исполнителя, действующим на день оказания услуги. Цены на услуги устанавливаются в рублях РФ.

2.2. Общий размер платежа, подлежащего оплате Потребителем за предоставленные услуги, в соответствии с действующим у Исполнителя прейскурантом, составляет _____, НДС не облагается.

2.3. Оплата в размере 100 % производится до предоставления медицинской услуги.

III. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

3.1 Права и обязанности Исполнителя.

3.1.1. Исполнитель имеет право:

- ✓ самостоятельно определять лиц, которые оказывают услуги по Договору;
- ✓ самостоятельно определять график консультаций и процедур и график работы специалистов, а также тактики и методики лечения, подбор материалов и медикаментов, определять необходимость проведения очередных и внеочередных диагностических, профилактических и лечебных мероприятий;
- ✓ рекомендовать применение определенных материалов и медикаментов, мотивируя это прогнозируемым воздействием их индивидуально на Потребителя;
- ✓ требовать от Потребителя выполнения условий Договора и плана лечебных и профилактических мероприятий;
- ✓ по уважительной причине произвести замену лечащего врача с предварительным уведомлением Потребителя;
- ✓ информировать Потребителя о возможности возникновения осложнений в процессе лечения и после него;
- ✓ вносить изменения в Прейскурант на предоставляемые услуги;

3.1.2. Исполнитель обязан:

- ✓ ознакомить Потребителя с перечнем предоставляемых ему платных медицинских услуг, их стоимостью в соответствии с действующим Прейскурантом, их потребительских свойствах, о сопутствующих или последующих эффектах, а также сообщить сведения о непосредственном специалисте, который будет оказывать услугу(и);
- ✓ предъявлять по требованию Потребителя документы (сертификаты), подтверждающие качество и безопасность рекомендованных к применению материалов и медикаментов;
- ✓ вести медицинскую документацию и медицинскую карту Потребителя, которые являются неотъемлемой частью Договора, а также фиксировать с помощью средств техники состояние здоровья Потребителя;
- ✓ произвести диагностику состояния здоровья Потребителя. Перечень мероприятий по исследованию и их интенсивность определяются специалистом Исполнителя самостоятельно;
- ✓ при необходимости составить план лечения и план профилактических мероприятий;
- ✓ оговорить с Потребителем альтернативные планы лечения;
- ✓ информировать Потребителя о стоимости лечения и профилактических мероприятий в соответствии с Прейскурантом;
- ✓ информировать Потребителя о возможности возникновения осложнений в процессе лечения;

- ✓ информировать Потребителя о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения;
- ✓ соблюдать врачебную тайну в отношении информации о факте обращения к Исполнителю, состояния здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных в рамках Договора

3.2 Права и обязанности Потребителя.

3.2.1. Потребитель имеет право:

- требовать от Исполнителя предоставления документов (сертификатов), подтверждающих качество и безопасность рекомендуемых к применению материалов и медикаментов; требовать от Исполнителя предоставления медицинских услуг в соответствии с условиями Договора; требовать предоставления достоверной, полной и своевременной информации о своем состоянии здоровья; перенести время приема, предупредив об этом не менее, чем за 24 часа до назначенного времени; предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора; при наличии обоснованных претензий к порядку, срокам и качеству оказания услуг конкретным специалистом, обратиться к Исполнителю с требованием заменить его.

3.2.2. Потребитель обязан:

- информировать Исполнителя о перенесенных или имеющихся заболеваниях, а также о переливаниях крови, об анатомо-физиологических особенностях организма (реакциях на обезболивающие препараты, аллергии и т.п.), контакте с инфекционными больными и сообщать обо всех принимаемых лекарственных и химических препаратах; информировать врача в процессе лечения об изменениях в состоянии здоровья и принимаемых в связи с этим лекарственных препаратах, а также предоставить иные сведения о здоровье, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем услуг. В случаях несообщения или предоставления ложной информации Исполнитель не несет ответственности за возможные последствия; ознакомиться с предлагаемым планом лечения, с условиями его оплаты; вовремя являться на плановые лечебные мероприятия, профилактические осмотры; информировать Исполнителя о невозможности явки в назначенное лечебное время не менее чем за 24 часа; немедленно извещать Исполнителя обо всех осложнениях и изменениях в состоянии здоровья, возникших в процессе лечения; обеспечить точное выполнение всех назначений врача; оплатить предоставляемые медицинские услуги в размере и сроки, установленные Договором;

3.2.3. В том случае, если Потребитель в процессе лечения обратился в другое медицинское учреждение, он обязан предоставить выписку из этого учреждения.

IV. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.

4.1. За нарушение условий Договора виновная сторона возмещает другой стороне убытки в порядке и размере, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем за вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги.

4.3. Исполнитель и Потребитель освобождаются от ответственности, если докажут, что неисполнение, либо ненадлежащее исполнение принятых на себя обязательств, произошло вследствие непреодолимой силы.

4.4. Исполнитель не несет ответственности перед Потребителем в случае:

- нарушения Потребителем режима и невыполнения обязательных мероприятий; выявления у Потребителя заболеваний, не указанных им и, соответственно, не учтенных специалистами Исполнителя при назначении лечения; возникновения у Потребителя аллергических реакций и индивидуальной непереносимости препаратов и материалов, разрешенных к применению, о реакции на которые Потребителем не было заявлено и которые не могли быть выявлены в результате мероприятий по диагностике и исследованиям, обязательным в соответствии с методикой; в случае выявления или возникновения в период лечения или по его окончании заболеваний внутренних органов или изменения физиологического состояния организма (длительный прием лекарственных препаратов, вредные внешние воздействия), которые прямо или косвенно ведут к изменению состояния здоровья Потребителя и которые не связаны с оказанием услуг по Договору;

4.5. Исполнитель вправе отказаться от дальнейшего лечения Потребителя и освобождается от ответственности за наступление осложнений в случае отказа Потребителя от лечебных мероприятий и дополнительных исследований, объективно необходимых, назначенных специалистом Исполнителя.

4.6. Претензии и споры, возникшие из настоящего Договора, разрешаются путем переговоров. В случае не устранения разногласий, споры рассматриваются в соответствии с действующим законодательством РФ.

V. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ.

5.1. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до полного и надлежащего исполнения Сторонами принятых на себя обязательств.

5.2. Договор может быть расторгнут Потребителем в одностороннем порядке по письменному заявлению последнего. При этом Потребитель оплачивает фактически предоставленные платные медицинские услуги и возмещает фактически понесенные Исполнителем расходы.

5.3. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой стороны.

5.4. Все изменения и дополнения к Договору совершаются в письменной форме и являются его неотъемлемой частью.

Приложение № 1 - Перечень работ (услуг), предоставляемых Исполнителем, подтвержденных действующей лицензией

VI. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН.

ИСПОЛНИТЕЛЬ:	ПОТРЕБИТЕЛЬ:
Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская поликлиника №29» (СПб ГБУЗ «Детская городская поликлиника №29») ИНН 7804009951 Юр. адрес: 195274, г. Санкт-Петербург, ул. Демьяна Бедного, д.18, корпус 3 Лицевой счет 0511007 открытый в Комитете финансов Санкт-Петербурга	Ф.И.О.: _____
	Адрес места жит-ва: _____
	Телефон: _____
	Экземпляр настоящего договора с приложением № 1 получен
	« _____ » _____ 20 _____ г.
	_____ / _____ /
_____	Подпись _____
_____	Ф.И.О. _____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Главный врач И.Ю. Силиди.

Приложение № 1
к договору оказания платных медицинских услуг
Санкт-Петербургское государственное
бюджетное учреждение здравоохранения
«Детская городская поликлиника № 29»

Виды деятельности:

при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу; вакцинации (проведению профилактических прививок; неотложной медицинской помощи; общей практике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); неотложной медицинской помощи; организации здравоохранения и общественному здоровью; управлению сестринской деятельностью при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: организации здравоохранения и общественному здоровью; неотложной медицинской помощи; управлению сестринской деятельностью; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); детской урологии-андрологии; мануальной терапии; медицинской реабилитации; медицинской статистике; неотложной медицинской помощи; организации здравоохранения и общественному здоровью; ревматологии; рефлексотерапии; управлению сестринской деятельностью; эпидемиологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии; гастроэнтерологии; управлению сестринской деятельностью; эпидемиологии. При проведении медицинских осмотров медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам профилактическим.

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____,
(ФИО полностью)

зарегистрирован по адресу: _____, паспорт:
серия _____ номер _____, выдан _____
(когда, кем)

СНИЛС _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.06.2006г. «О персональных данных» №152-ФЗ, подтверждаю свою согласие на обработку СПб ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 29» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих фамилия, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес и место жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде 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 бессрочное 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 бессрочно 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 (реестр) 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

(наименование организации)

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 приём и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранить профессиональную тайну.

Оператор вправе осуществлять действия с поименованными в согласии персональными данными путем автоматизированной обработки и обработки без использования средств автоматизации.

Я даю согласие Оператору – Государственная информационная система Санкт-Петербурга «Единая информационно-аналитическая система бюджетного (бухгалтерского) учета» (ГИС ЕИАСБУ; Комитет финансов Санкт-Петербурга, адрес: Санкт-Петербург, Новгородская ул., д. 20, литера А) на обработку своих и ребенка персональных данных в ГИС ЕИАСБУ.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной «_____» _____ 20____ года 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(е) телефон(ы) _____

почтовый адрес _____

e-mail: _____

Подпись субъекта персональных данных _____ / _____