**Договор на оказание платных медицинских услуг**

г. Архангельск «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 г.

**ГБУЗ Архангельской области «Архангельская областная детская клиническая больница имени П.Г. Выжлецова» (ГБУЗ АО «АОДКБ»)**, имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности №ЛО-29-01-002597 от 21.12.2018, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Тюриковой Ольги Игоревны, действующего на основании Устава, с одной стороны, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(-ая) в дальнейшем «Заказчик», действующий (-ая) от имени и в интересах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

года рождения, именуемый в дальнейшем «Потребитель», совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем.

**1.Предмет договора**

11. Исполнитель принимает на себя обязательство по оказанию Потребителю согласованных сторонами медицинских услуг (далее – Услуги), а Заказчик обязуется оплатить оказанные Услуги в соответствии с требованиями, установленными законодательством об охране здоровья граждан и прейскурантом цен на платные услуги.

1.2. Стоимость платных медицинских услуг определяется прейскурантом цен на платные услуги, утверждаемым главным врачом в установленном порядке.

1.3. Услуги оказываются Исполнителем в соответствии с настоящим Договором в часы работы медицинской организации, в соответствии с утвержденным расписанием и записью на прием специалистов, и доводятся до сведения Заказчика. При наличии возможности Услуги оказываются Пациенту без предварительной записи и (или) вне установленной очередности.

**2. Права, обязанности и ответственность сторон**

**2.1.Заказчик имеет право на:**

-получение информации о правах и обязанностях по настоящему договору, а также о медицинских, сервисных и иных услугах и условиях их предоставления;

-получение в доступной форме информации об оказываемых Услугах и документов, подтверждающих оказание Услуг.

**2.2.Заказчик обязуется:**

-оплатить стоимость Услуг в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором;

- заблаговременно предоставить полную информацию о ранее перенесенных Потребителем заболеваниях, противопоказаниях по применению лекарственных препаратов и иную информацию, влияющую на оказание медицинских услуг;

- ознакомиться, подписать и передать Исполнителю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств и согласие на обработку персональных данных;

**-**принимать меры к выполнению Потребителем рекомендации, назначений врача и медицинского персонала, а также соблюдению режима и правил поведения в учреждении.

**2.3.** **Исполнитель имеет право на:**

-самостоятельное определение объема исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза и оказания медицинской помощи и расторжение договора в случае выявления у Потребителя противопоказаний к оказанию медицинских услуг;

- изменение времени оказания медицинской услуги и врача в случае возникновения непредвиденных обстоятельств;

-осуществление обработки персональных данных Заказчика.

**2.4.Исполнитель обязуется:**

-оказать Потребителю квалифицированную медицинскую помощь с предоставлением документов о состоянии его здоровья.

-уведомлять Заказчика о возможности получения медицинских услуг без взимания платы в рамках [Программы](consultantplus://offline/ref=C869F848D244E9E1AD32775CCAB73D61FCC48494EB0BEE1306C26C646DA64617A48E915D0E6DA863i1R0H) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Архангельской области, если данная услуга предусмотрена указанными Программами.

-информировать Заказчика о месте оказания услуг, режиме работы, перечне услуг с указанием их стоимости и условиях их предоставления и получения, а также о квалификации и сертификации специалистов.

- оказать медицинские услуги в соответствии Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. №1006, лицензией на осуществление медицинской деятельности №ЛО-29-01-002597 от 21.12.2018 и соблюдением требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения на территории Российской Федерации.

**3. Стоимость, срок и порядок оплаты**

3.1. Стоимость оказываемых медицинских услуг определяется в соответствии с утвержденным Исполнителем прейскурантом цен на платные услуги.

3.2. Оплата услуг осуществляется Заказчиком в порядке 100% предоплаты до начала оказания услуг путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или путем совершения операций оплаты банковской картой через электронный терминал. В случае если определение срока предоставления услуг невозможно допускается оплата оказанных услуг по их окончании (при выписке).

3.3. Заказчику в соответствии с законодательством Российской Федерации предоставляется документ, подтверждающий произведенную оплату Услуг (кассовый чек).

3.4. В случае отказа Заказчика от оказания услуг возврат денежных средств производится на основании заявления Заказчика в кассе учреждения или через электронный терминал в зависимости от способа произведенной оплаты Услуг.

**4. Заключительные положения**

4.1. Договор на оказание Услуг составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу по одному экземпляру для каждой Стороны.

4.2.Настоящий договор вступает в силу со дня его подписания и действует в течение одного года.

4.3.Договор может быть изменен или расторгнут по соглашению сторон и в одностороннем порядке по основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации и настоящим договором.

4.4. Информация, содержащаяся в медицинских документах Заказчика, составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия Заказчика только в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

4.5. Все споры и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, разрешаются путем официальной переписки между сторонами, при неурегулировании спорных вопросов спор подлежит рассмотрению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.6. Неотъемлемой частью Договора являются «Информированное согласие на виды медицинских вмешательств» и «Согласие на обработку персональных данных».

**5. Адреса, банковские реквизиты и подписи сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель** | **Заказчик** |
| **ГБУЗ АО «АОДКБ»**  Место нахождения: 163002, Архангельская область, г. Архангельск, пр. Обводный канал, д. 7  Контактный телефон: (8182) 683890  Электронный адрес: [info@aodkb29.ru](mailto:info@aodkb29.ru)  ИНН 2901017998 КПП 290101001  ОКПО 01916557  УФК по Архангельской области и Ненецкому автономному округу (ГБУЗ АО «АОДКБ») лицевой счет 20246Ц24120  Р/сч 40601810600001000001  Банк получателя: Отделение Архангельск г. Архангельск  БИК 041117001  Главный врач  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ О.И. Тюрикова | ФИО Заказчика  Адрес:  Паспортные данные:  Серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Контактный телефон:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  (подпись) (ФИО) |

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств,  
на которые граждане дают информированное добровольное согласие  
при выборе врача и медицинской организации для получения  
первичной медико-санитарной помощи**

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество законного представителя полностью)*

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения

проживающий(-ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(адрес места жительства законного представителя)*

являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) и действуя в интересах лица, законным представителем которого я являюсь\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество ребенка, год рождения)*

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

.

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я/лицо, законным представителем которого я являюсь вправе отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

**Я получил от сотрудников ГБУЗ АО «АОДКБ» полную информацию о возможности и условиях предоставления** мне/лицу, законным представителем которого я являюсь бесплатных медицинских услуг в рамках Программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и даю свое согласие на оказание мне/лицу, законным представителем которого я являюсь платных медицинских услуг.

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я/лицо, законным представителем которого я являюсь должен (-на) исполнять все назначения, рекомендации медицинских работников.

Мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, кроме этого разъяснены последствия и риски отказа от оказания медицинских услуг.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  |  | | | | |
| (подпись) | | | |  | (Ф.И.О. законного представителя гражданина) | | | | |
|  | | | |  |  | | | | |
| (подпись) | | | |  | (Ф.И.О. работника ГБУЗ АО «АОДКБ») | | | | |
|  |  |  |  | | |  |  | г. |

(дата оформления)

СОГЛАСИЕ   
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество законного представителя полностью)*

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

проживающий (-ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(адрес места жительства законного представителя)*

являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) и действуя в интересах несовершеннолетнего ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество ребенка, год рождения)*

даю свое согласие на обработку в ГБУЗ АО «АОДКБ» моих персональных данных и персональных данных пациента, относящихся исключительно к перечисленным ниже категориям персональных данных: фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения; данные документа, удостоверяющего личность; гражданство.

Я даю согласие на использование персональных данных исключительно в целях, связанных с оказанием медицинских услуг.

Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление действий в отношении моих персональных данных, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам для осуществления действий по обмену информацией (операторам), обезличивание, блокирование персональных данных, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован, что ГБУЗ АО «АОДКБ»гарантирует обработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами.

Данное согласие действует до достижения целей обработки персональных данных или в течение срока хранения информации.

Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

 «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись) (Ф.И.О. )