

Договор

на оказание платных медицинских услуг

г. Благовещенск _____ 20__ года Гражданин _____, именуемый в дальнейшем "Пациент", с одной стороны, и ГАУЗ АО «Амурская областная детская клиническая больница» (ОГРН 1022800534624, свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ серия 28 № 001320403 от 30 января 2013, выданное Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 1 по Амурской области), имеющая государственную лицензию на медицинскую деятельность: № ЛО-28-01-001355 от 04 августа 2016г., на осуществление медицинской деятельности, выданная Министерством здравоохранения Амурской области, именуемое в дальнейшем "Больница", в лице главного врача Руслана Алексеевича Белоус, действующего на основании Устава с другой стороны, при совместном упоминании именуемые «стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. Предмет договора

1.1. Больница оказывает Пациенту медицинские услуги, перечень которых представлен в Приложении 1 к настоящему договору (далее – Услуга), в соответствии с Правилами оказания платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями, а Пациент обязуется оплатить полученную Услугу.
1.2. Неотъемлемой частью настоящего договора, является Соглашение об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг (информированное согласие), подписываемое Пациентом (приложение №1).

2. Права и обязанности сторон

2.1. Больница принимает на себя обязательство оказать Услугу, указанную в п. 1.1 настоящего договора, по общепринятым в мировой медицинской практике методикам.
2.2. Больница на основании результатов обследований дает Пациенту разъяснения и рекомендации о необходимости и способах лечения.
2.3. Больница обязуется не разглашать информацию о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии здоровья, составляющую врачебную тайну в рамках установленных законодательством.
2.4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям 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".
2.5. Пациент обязуется оплатить все оказанные Услуги, внимательно ознакомиться с информацией, касающейся его лечения.
2.6. Пациент обязан до оказания медицинской услуги информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.
2.7. Пациент обязуется соблюдать правила поведения пациентов, существующие в Больнице, выполнять все назначения медицинского персонала Больницы, не курить в больнице, не употреблять спиртные напитки.
2.8. Пациент имеет право отказаться от получения Услуги:
- до момента начала ее оказания и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Больнице затрат, связанных с подготовкой оказания Услуги;
- на любой законченной стадии с оплатой оказанных Услуг согласно прейскуранта Больницы. В этом случае больница не несет ответственности за дальнейшее состояние здоровья пациента.

3. Стоимость услуг и порядок платежей

3.1. Стоимость Услуги устанавливается действующим в Больнице прейскурантом на оказание медицинских услуг.
3.2. Общая сумма по договору составляет

3.3. Оплата Услуг осуществляется с согласия Пациента в порядке 100% предоплаты до получения Услуги путем внесения наличных денежных средств в кассу платных услуг или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Больницы.

3.4. При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ, не предусмотренных договором, они выполняются с письменного согласия Пациента с оплатой по утвержденному прейскуранту с оформлением дополнительного соглашения к договору.

4. Ответственность сторон

4.1. В случае неоплаты Пациентом стоимости Услуги на условиях, указанных в разделе 3 настоящего договора, Больница имеет право отказать Пациенту в оказании Услуги до оплаты последним ее стоимости.
4.2. Больница не несет ответственности (за результаты оказания Услуги) в случаях несоблюдения Пациентом рекомендаций по лечению и иных неправомерных действий.
4.3. Пациент обязан полностью возместить Больнице понесенные убытки, если услуга не могла быть оказана и (или) ее оказание было прервано по вине Пациента.
4.4. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором или в связи с ним, Стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров (соблюдение претензионного порядка обязательно). Срок рассмотрения жалобы 10 дней с момента поступления.
4.5. В остальных случаях Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5. Качество услуги

5.1. Оказанная Услуга считается исполненной с надлежащим качеством, если Пациент не заявил претензий по поводу оказания услуги в период нахождения в стационаре.

6. Срок действия договора

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и действует до 31.12.2016.
6.2. Любые изменения и дополнения к настоящему договору должны быть составлены в письменной форме и подписаны Сторонами либо их уполномоченными представителями.

7. Порядок расторжения договора

7.1. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон или по другим основаниям, предусмотренным законодательством.

8. Адреса и реквизиты Сторон Больница

ГАУЗ АО «Амурская областная детская клиническая больница»
675005, г. Благовещенск, ул. Октябрьская, 108, тел./факс 31-91-80
<http://www.aodkb.ru>
минфин АО, Государственное автономное учреждение здравоохранения «Амурская областная детская клиническая больница», л/с 30918000661,
р/с 40601810700003000001 Отделение Благовещенск
г. Благовещенск ИНН 2801022680 GershevichLS@aodkb.ru
БИК 041012001
КПП 280101001 ОКОНХ 91511 ОКПО 35040125
Главный врач

_____ Р.А. Белоус

м.п

Пациент:

(Ф.И.О.)

Паспортные данные: _____

Адрес: Амурская обл, Благовещенск г,
Телефон _____

Подпись _____ (_____)

**Соглашение об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг
(информированное согласие)**

Я, пациент _____, в рамках договора об оказании платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в ГАУЗ АО «Амурская областная детская клиническая больница», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников ГАУЗ АО АОДКБ полную информацию о возможности и условиях предоставления платных медицинских услуг в ГАУЗ АО АОДКБ, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
3. Мне разъяснено и я осознал, что проводимое мне лечение не гарантирует 100% результат и, что при проведении операции и после нее, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.
4. Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ГАУЗ АО АОДКБ и его работники не несут ответственности за их возникновение.
5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.
6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения, по согласованию с врачом, выбраны платные медицинские услуги, указанные в прейскуранте больницы, которые я хочу получить в ГАУЗ АО «Амурская областная детская клиническая больница». Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость указанных медицинских услуг в соответствии с ним. Я также согласен оплатить дополнительные услуги, оказанные мне в случае возникновения неотложных ситуаций, направленные на предотвращение возникших осложнений.
7. Я проинформирован, что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить бесплатную медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной платной медицинской услуги в ГАУЗ АО «Амурская областная детская клиническая больница».
8. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Пациент: Ф.И.О. _____

(подпись)

Перечень медицинских услуг

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____ Ф.И.О. полностью, проживающий по адресу _____ по месту регистрации, паспорт _____ серия _____ номер, выдан _____ дата _____ название выдавшего органа, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ГАУЗ АО «АОДКБ» (далее – Оператор) 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 (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 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 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 (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара, пять лет – для поликлиники).

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

Настоящее согласие дано мной _____ дата 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 телефон(ы) _____
и почтовый адрес _____

Подпись субъекта персональных данных _____