

**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_ ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

г. Киров

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

**Кировское областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кировский областной наркологический диспансер»**, осуществляющее медицинскую деятельность на основании лицензии № ЛО-43-01-002823 от 11.07.2018, наименование, адрес органа, выдавшего лицензию - Министерство здравоохранения Кировской области, 610019, г. Киров, ул. К. Либкнехта, 69, тел. (8332) 64-56-54, перечень разрешенных лицензий работ (услуг):

при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

При оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике, медицинской статистике, медицинскому массажу, сестринскому делу, физиотерапии, функциональной диагностике, анестезиологии и реаниматологии, лабораторному делу, лабораторной диагностике, организации сестринского дела, физиотерапии, функциональной диагностике;

При оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, терапии, управлению сестринской деятельностью; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, психиатрии, психиатрии-наркологии, психотерапии, физиотерапии, дерматовенерологии, клинической лабораторной диагностике, функциональной диагностике; при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: медицинской статистике, медицинскому массажу, организации здравоохранения и общественному здоровью, психиатрии-наркологии, психотерапии, сестринскому делу, управлению сестринской деятельностью, физиотерапии, функциональной диагностике, анестезиологии и реаниматологии, клинической лабораторной диагностике, лабораторной диагностике, лабораторному делу, медицинскому массажу, неврологии, организации сестринского дела, психиатрии, рентгенологии, терапии, токсикологии, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике; 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 (предрейсовым, послерейсовым), медицинскому освидетельствованию на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического), психиатрическому освидетельствованию; при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического), психиатрическому освидетельствованию; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе профессиональной пригодности, экспертизе временной нетрудоспособности, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Тომининой Елены Владимировны, действующей на основании Устава, с одной стороны, и

(ФИО, адрес места жительства, телефон)

именуемый (-ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, при совместном упоминании Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

### **1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Исполнитель по заданию Заказчика обязуется оказать следующие платные медицинские услуги \_\_\_\_\_, а

Заказчик обязуется принять и оплатить эти услуги на условиях, предусмотренных настоящим договором, в соответствии с Прейскурантом цен на платные медицинские услуги.

1.2. Срок предоставления платных медицинских услуг с даты подписания настоящего договора до момента исполнения обязательств Исполнителя.

### **2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать качественные медицинские услуги в соответствии со стандартами медицинской помощи, а также нормативными правовыми актами, действующими в системе здравоохранения.

2.1.2. Обеспечить Заказчика бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о месте нахождения Исполнителя, об уровне образования и квалификации специалистов, режиме работы, перечне платных медицинских услуг, их содержании, стоимости, в порядке оплаты и оказания. А также о возможных последствиях и осложнениях медицинского вмешательства.

2.1.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются дополнительные медицинские услуги на возмездной основе, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан об этом предупредить Заказчика. Без добровольного согласия Заказчика, Исполнитель не вправе предъявлять дополнительные услуги на возмездной основе.

2.1.4. Соблюдать медицинскую этику, врачебную тайну, за исключением случаев, когда передача конфиденциальной информации о Заказчике в соответствующие органы является обязанностью Исполнителя.

2.1.5. Исполнитель вправе отложить проведение осмотров, консультаций, процедур в связи с техническим (отсутствие электроэнергии, водоснабжения и др.) либо организационными причинами (болезнь специалиста, осуществляющего прием), но не более чем на 30 минут. В случае, если время отложения приема превышает 30 минут либо не прогнозируемо, Исполнитель согласует с Заказчиком возможность оказания услуг в иное время.

2.2. Заказчик обязуется:

2.2.1. Своевременно оплатить оказанную медицинскую услугу.

2.2.2. Достоверно и в полном объеме до начала оказания услуг сообщить Исполнителю о состоянии своего здоровья.

2.2.3. Неукоснительно соблюдать все указания и рекомендации лечащего врача.

2.2.4. Заказчик вправе требовать оказания услуг надлежащего качества, сведений о наличии лицензии и сертификата специалиста, расчете стоимости оказанной услуги.

### **3. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

3.1. Стоимость медицинской услуги составляет \_\_\_\_\_, согласно Прейскуранта цен. Оплата производится Заказчиком в порядке 100% предоплаты, после Заказчику выдается контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности, подтверждающий произведенную оплату оказанных медицинских услуг.

3.2. В случае, когда невозможность оказания услуг возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, Заказчик возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы.

3.3. По требованию Заказчика на предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета.

### **4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

4.1. За неисполнение или ненадлежащее выполнение условий договора стороны несут ответственность в соответствии с действующим Законодательством РФ.

4.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы или нарушения Заказчиком рекомендаций Исполнителя.

4.3. Все споры и разногласия по договору, которые могут возникнуть у сторон, рассматриваются в претензионном порядке, при недостижении сторонами согласия в судебном порядке.

4.4. До заключения договора Заказчик уведомлен, что несоблюдение указаний (рекомендаций) лечащего врача, в том числе несоблюдение режима лечения, могут снизить качество предоставляемой услуги, невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента \_\_\_\_\_ (подпись Заказчика).

**5. СРОКИ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ**

5.1. Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

5.2. Настоящий договор составлен в количестве экземпляров, соответствующих количеству сторон договора. Стороны пришли к соглашению, что факсимильное воспроизведение подписей является аналогом собственноручных и допустимо в рамках настоящего договора.

5.3. Настоящий договор действует до полного исполнения сторонами взятых на себя обязательств и может быть изменен или расторгнут по соглашению сторон, выраженному в письменной форме и подписанному обеими сторонами, а также по иным основаниям, предусмотренных действующим законодательством РФ.

**6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

6.1. Заказчик до оказания медицинской услуги предоставляет Исполнителю согласие на обработку персональных данных и согласие на добровольное медицинское вмешательство.

**7. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

<b>ИСПОЛНИТЕЛЬ: КОГБУЗ «КОНД»</b> Адрес: 610033, г. Киров, Студенческий проезд, 7 Тел.(факс) (8332) 53-40-30 ИНН 4347023266, КПП 434501001 ОГРН 1024301313101 Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ о юридическом лице, зарегистрированном до 01.07.2002, серия 43 № 000614883, выдан ИФНС по городу Кирову р/с 40601810200003000001 Отделение Киров г. Киров л/с 07801000133 БИК 043304001 ОКПО 22947929, ОКОНХ 91513. 92200, ОКВЭД 85.11.1 Главный врач  _____ Е.В. Томинина	<b>ЗАКАЗЧИК:</b> Ф.И.О. _____ _____ Телефон: _____ Адрес места жительства (гос. регистрации): _____ _____ Один экземпляр настоящего договора Заказчик получил на руки Заказчик _____
---	--

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ПАЦИЕНТА**

Я, \_\_\_\_\_, проживающий по адресу \_\_\_\_\_, паспорт серия и номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_ в соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ от 27.07.2006 « О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку В КОГБУЗ «Кировский областной наркологический диспансер» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения ,адрес проживания, контактный телефон, 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 сохранить 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.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 25 (для стационара, 5 лет – для поликлиники). Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в мой 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.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии: \_\_\_\_\_ (должность, ФИО)

**АКТ № \_\_\_\_\_ СДАЧИ-ПРИЕМКИ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ**

г. Киров

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

№	Наименование работы (услуги)	Количество	Цена
1			
		<b>ИТОГО</b>	

Всего выполнено работ (оказано услуг) на сумму: \_\_\_\_\_

Вышеперечисленные работы (услуги) выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам выполнения работ (оказание услуг) не имеет.

ИСПОЛНИТЕЛЬ: \_\_\_\_\_  
М.П.

ЗАКАЗЧИК: \_\_\_\_\_  
М.П.