

(ФИО полностью)

именуемый в дальнейшем "Потребитель", с одной стороны, и бюджетное учреждение здравоохранения Омской области "Городская поликлиника № 3" (БУЗОО "ГП № 3", лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-55-01-002161 от 07.07.2017 г., выданная Министерством здравоохранения Омской области: 644099, г. Омск, ул. Красный Путь, 6, тел.: 23-35-25; Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ 55 № 003614129 от 11.01.2012 г., выданное Межрайонной инспекцией ФНС № 12 по Омской обл., ОГРН 1025501179274), в лице медицинского регистратора регистратуры _____, действующей на основании доверенности № _____ от _____ года, именуемое в дальнейшем "Исполнитель", с другой стороны, совместно именуемые "Стороны", заключили настоящий Договор (далее – Договор) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По Договору Исполнитель оказывает Потребителю **платные медицинские услуги** (далее - Услуги), указанные в Перечне оказываемых услуг (Приложение № 1 к Договору), по своему профилю деятельности в соответствии с выданной лицензией на осуществление медицинской деятельности (полный перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя указан в Приложении № 2 к Договору) согласно Информации о ценах за оказание платных услуг (работ), согласованной с Министерством здравоохранения Омской области, а Потребитель обязуется оплатить эти Услуги в порядке и размере, установленных Договором.

1.2. Потребитель подтверждает, что на момент подписания Договора Исполнитель:

- ознакомил его с условиями и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утвержденными Постановлением Правительства РФ № 1006 от «04» октября 2012 г.), порядком оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, применяемыми при предоставлении Услуги;

- ознакомил его с действующей в медицинской организации Информацией о ценах за оказание платных услуг (работ), согласованной с Министерством здравоохранения Омской области;

- уведомил его о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Омской области;

- уведомил его о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (в том числе медицинских работников, предоставляющих Услуги), а также назначенного лечения, могут снизить качество предоставляемых Услуги, повлечь за собой невозможность их завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

1.3. Подписав Договор, Потребитель подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

1.4. Срок предоставления Услуги: в течение одного календарного месяца с момента заключения Договора.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Предоставлять Услуги качественно, в полном объеме, в соответствии с планом, составленным Исполнителем и зафиксированным в медицинской карте Потребителя с применением имеющихся материалов, медикаментов, инструментов, оборудования и их обработки, в соответствии со стандартами медицинской помощи, либо по просьбе Потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.1.2. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством Российской Федерации порядке.

2.1.3. Обеспечить Потребителя информацией, включающей в себя сведения о месте оказания Услуги, режиме работы медицинской организации, перечне Услуг с указанием их стоимости, об условиях и сроках предоставления.

2.1.4. Немедленно извещать Потребителя о невозможности оказания Услуги по Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания Услуги, что оформляется дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью Договора.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Отсрочить или отменить оказание Услуги, в том числе в день процедуры, в случае обнаружения у Потребителя противопоказаний, в том числе и по общему состоянию организма.

2.3. Потребитель обязуется:

2.3.1. Оплатить предоставляемые Исполнителем Услуги, до начала их оказания, в соответствии с разделом 3 Договора.

2.3.2. Предоставить Исполнителю все сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход предоставления Услуги.

2.3.3. Выполнять все требования медицинского персонала Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление Услуги.

2.3.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих Услуги, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. Получать от Исполнителя для ознакомления в доступной форме любые сведения о состоянии своего здоровья, сведения о результатах медицинского обследования, диагнозе, прогнозе развития заболевания и риске возможных медицинских вмешательств.

2.4.2. Требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии (врачебной тайны).

3. ЦЕНА И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ УСЛУГ

3.1. Стоимость Услуги устанавливается в соответствии с действующей Информацией о ценах за оказание платных услуг (работ), согласованной с Министерством здравоохранения Омской области, и составляет:

(_____) рублей.

(указать сумму цифрами и прописью)

3.2. Оплата Потребителем осуществляется в порядке 100-процентной предоплаты до получения Услуги, путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3.3. В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по Договору, возникшей по вине Потребителя, в том числе при нарушении им пунктов 2.3.2. - 2.3.4. Договора, стоимость Услуги подлежит оплате в полном объеме.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. Исполнитель не несет ответственности за оказание Услуги в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье в соответствии с пунктом 2.3.2. Договора, либо вызванных медицинскими показаниями.

4.3. Используемые технологии медицинской помощи не могут полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда медицинские услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований, Исполнитель не несет ответственности за их возникновение.

4.4. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение обязательств по Договору в случае возникновения форс-мажорных обстоятельств.

5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

5.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении Договора.

6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из Договора, должна быть подтверждена Сторонами в виде дополнительных соглашений к Договору.

6.2. Договор расторгается в случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения Услуг. Отказ Потребителя от получения Услуг по Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении Договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. Договор заключен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

7.2. Все споры, вытекающие из Договора Стороны будут решать, по возможности, путем переговоров. При невозможности достижения согласий, спор подлежит передаче на рассмотрение суда, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7.3. Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами.

7.4. После исполнения Договора Исполнителем выдаются Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения Услуг.

8. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Городская поликлиника № 3»
Адрес: 644060, Омская область, город Омск, ул. Вильямса, 26А
Телефон: 79-03-44 (регистратура)
Министерство финансов Омской области (БУЗОО «ГП № 3» л/с
006220478)
ИНН: 5505016361; КПП: 550501001
Расчетный счет: 40601810300003000003
Отделение Омск г.Омск
БИК: 045209001
ОКАТО: 52401372000

Лицо, уполномоченное заключать договоры по доверенности
Медицинский регистратор регистратуры

_____ (_____)

Потребитель

ФИО _____
Дата и место рождения _____
Адрес места жительства _____
Документы, удостоверяющие личность _____
Телефон _____

Потребитель

_____ (_____)

**ПОЛНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ РАБОТ (УСЛУГ),
СОСТАВЛЯЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ИСПОЛНИТЕЛЯ
В СООТВЕТСТВИИ С ЛИЦЕНЗИЕЙ № ЛО-55-01-002161 от 07.07.2017 г. (бессрочно)**

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

1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

акушерскому делу; вакцинации (проведению профилактических прививок); лабораторной диагностике; лечебному делу; медицинской статистике; медицинскому массажу; неотложной медицинской помощи; общей практике; организации сестринского дела; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; физиотерапии; функциональной диагностике; лечебной физкультуре; гигиеническому воспитанию.

2) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

вакцинации (проведению профилактических прививок); неотложной медицинской помощи; общей врачебной практике (семейной медицине); организации здравоохранения и общественному здоровью; терапии; педиатрии.

3) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по:

неотложной медицинской помощи; общей врачебной практике (семейной медицине); терапии; педиатрии;

4) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); гастроэнтерологии; дерматовенерологии; детской урологии-андрологии; детской хирургии; детской эндокринологии; инфекционным болезням; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; неврологии; неотложной медицинской помощи; нефрологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации); офтальмологии; профпатологии; психиатрии; психиатрии-наркологии; травматологии и ортопедии; рентгенологии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; эпидемиологии.

5) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по:

акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); гастроэнтерологии; дерматовенерологии; детской урологии-андрологии; детской хирургии; инфекционным болезням; кардиологии; неврологии; онкологии; оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации); офтальмологии; урологии; хирургии; эндокринологии.

5. При оказании паллиативной медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

1) при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях по:

терапии; педиатрии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии.

7. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги):

1) при проведении медицинских осмотров по:

медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); медицинским осмотрам (предсменным, послесменным); медицинским осмотрам профилактическим.

2) при проведении медицинских освидетельствований:

медицинскому освидетельствованию кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приемные родители; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием.

3) при проведении медицинских экспертиз по:

экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе профессиональной пригодности; экспертизе временной нетрудоспособности.»

Адреса мест осуществления указанной медицинской деятельности согласно приложений лицензии:

1. 644060, г. Омск, ул. Вильямса, д. 26 А
2. 644060, г. Омск, ул. Вильямса, д. 26
3. 644060, г. Омск, ул. Гуртьева, д. 17 А
4. 644060, г. Омск, ул. Гуртьева, д. 18
5. 644060, г. Омск, ул. Шота Руставели, д. 1
6. 644005, г. Омск, ул. Правды, д. 30
7. 644060, г. Омск, ул. Крыловская, д. 50
8. 644030, г. Омск, ул. 10-я Чередовая, д. 32 А
9. 644030, г. Омск, ул. Полторацкого, д. 51
10. 644009, г. Омск, ул. Масленикова, д. 231

Подписи сторон

Исполнитель:

Бюджетное учреждение здравоохранения
Омской области «Городская поликлиника № 3»
Лицо, уполномоченное заключать договоры
по доверенности от имени Исполнителя
Медицинский регистратор регистратуры

_____ (_____)

Потребитель:

_____ (_____)

СОГЛАСИЕ
пациента на обработку персональных данных

Я, _____,

(Ф.И.О. полностью)

проживающий (-ая) по адресу: _____,

(место регистрации)

паспорт _____, выдан _____,

(серия и номер)

(дата, название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку

бюджетному учреждению здравоохранения Омской области «Городская поликлиника № 3»

(название и адрес медицинского учреждения)

(далее - Оператор) моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество; пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС); страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью; сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор имеет право:

- при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями;

- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что указанные предоставление передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет двадцать пять лет. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации.

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

Я согласен (а) со следующими действиями с моими персональными данными:

1. Обработка моих персональных данных в защищённых в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов;

2. Обработка моих персональных данных, защищённых в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

(подпись, Ф.И.О.)

_____ 20 ____ г.
(дата)

Согласие получено _____ 20 ____ г.
(дата)

Уполномоченный представитель медицинской организации _____
(подпись, Ф.И.О.)

