

До заключения договора Исполнитель уведомляет Потребителя (Заказчика) о том, что в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", обязан соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в медицинской организации. Несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя (Заказчика). До заключения договора Потребитель (Заказчик) ознакомлен с прейскурантом цен ГБУЗ РБ Детская поликлиника № 5 города Уфа, порядком оказания платных медицинских услуг, расположенных на сайте ГБУЗ РБ Детская поликлиника № 5 города Уфа, информационном стенде в регистратуре детской поликлиники.

Потребитель (Заказчик) проинформирован, что ГБУЗ РБ Детская поликлиника № 5 города Уфа участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Потребитель (Заказчик) проинформирован о возможности получить соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа).

(подпись)

(расшифровка подписи)

«_____» 202

**Договор №
об оказании платных медицинских услуг
в ГБУЗ РБ Детская поликлиника № 5 города Уфа**

Г. Уфа

Паспорт серия № (ф.и.о. полностью Потребителя) наименование Заказчика а) Выдан «_____» года, регистрирован

Телефон: +7 (9_____) _____ - _____ - _____ e-mail: _____
именуемый(ая) в дальнейшем "Заказчик", с другой стороны - юноши на
не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан, а также закон-

, зарегистрирован (ф.и.о.), дата рождения,
именуемый(ая) в дальнейшем "Потребитель", да

В момент подписания настоящего договора и предоставления услуг Потребителем в соответствии с условиями настоящего договора, Потребитель ознакомлен с перечнем работ (услуг), отраженных в выписке из реестра лицензий на медицинскую деятельность, подтверждаемой настоящим договором, и выражает свое согласие с тем, что Потребитель, понимая содержание выписанной в реестре лицензии на медицинскую деятельность, подтверждаемой настоящим договором, выражает свое согласие с действующими ценами на медицинские услуги, установленными в соответствии с условиями настоящего договора, и не требует взыскания с Потребителя дополнительных денежных средств по настоящему договору за счет средств

1.2. Платные медицинские услуги, представляемые по настоящему договору:					
№ п/п	Код медуслуги	Наименование	Условия, сроки оказания медицинской услуги	Ф.И.О. врача (специалиста)	Стоимость услуги (руб.)

1.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острой заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Расходы, связанные с оказанием Потребителю медицинской помощи в экстренной форме, возмещаются Исполнителю в порядке и размерах, которые установлены органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в рамках территориальных программ в соответствии с пунктом 10 части 2 статьи 81 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1.4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг, оказываемых в плановом порядке (не по экстренным показаниям), заключается дополнительное соглашение к настоящему договору.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1. Предоставить Потребителю в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

без взимания платы в рамках программы Государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.1.2. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с п. 1.2 настоящего Договора, качество которых должно соответствовать условиям договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида. В случае, если федеральным законом или иными нормативными актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых платных медицинских услуг должно соответствовать этим требованиям.

Ознакомлен:

Подпись Заказчика (Потребителя)

2.1.3. Оказывать медицинские услуги в полном объеме в соответствии с настоящим договором с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации, на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности.

2.1.4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя. Без согласия Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.5. По требованию Потребителя предоставить ему в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

- порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
- информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- другие сведения, относящиеся к предмету настоящего договора.

2.1.6. Предоставить Потребителю (законному представителю Потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие;

- копии медицинских документов (выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы;

- копию договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения), справку об оплате медицинских услуг по установленной форме, рецептурный бланк с поставленным штампом «Для налоговых органов Российской Федерации, идентификационный номер налогоплательщика», заверенный подписью и личной печатью врача, печатью медицинской организации, документы установленного образца, подтверждающие оплату лекарственных препаратов (кассовый чек, бланк строгой отчетности или иной документ, подтверждающий факт осуществления расчета, в случаях, если в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации о применении контрольно-кассовой техники у медицинской организации отсутствует обязанность по применению контрольно-кассовой техники при осуществлении расчетов).

Запрашиваемые документы предоставляются Потребителю в течение 3 рабочих дней со дня поступления заявления Исполнителю о предоставлению указанных документов.

При поступлении заявления от Потребителя на предоставление копий медицинских документов (выписок из медицинских документов) в период оказания платной медицинской услуги у Исполнителя, указанные документы предоставляются в течение 30 рабочих дней (приказ Минздрава № 789 от 31.07.2020г.).

2.1.7. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления услуг по настоящему договору.

2.1.8. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

2.1.9. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, а также денежных средств, поступивших от Потребителя.

2.1.10. Немедленно извещать Потребителя о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

2.1.11. Представлять платные медицинские услуги только при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан (Приложение № 1).

2.1.12. При предоставлении платных медицинских услуг гражданам иностранных государств (нерезидентам) обеспечить передачу сведений об осуществлении медицинской деятельности в отношении нерезидентов в соответствии с указаниями Центрального банка Российской Федерации (при условии, что Потребителя предоставил информацию Исполнителю о том, что он является иностранным гражданином конкретного иностранного государства).

2.2. Исполнитель имеет право на получение полной и достоверной информации о состоянии здоровья Потребителя и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения. Исполнитель не несет ответственности за осложнения или неэффективность лечения, возникшие в результате неисполнения Потребителем назначений, рекомендаций и советов медицинских сотрудников Исполнителя.

2.3. Потребитель (законный представитель Потребителя) обязуется:

2.3.1. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

При предоставлении вышеуказанных документов (сведений), по содержанию которых не представляется возможным определить, к какому конкретному лицу они относятся (в случае удаления персональных данных, позволяющих идентифицировать личность, из указанных документов), Потребитель настоящим подтверждает, что предоставил Исполнителю сведения (медицинские документы, копии медицинских документов), содержащие сведения о состоянии своего здоровья, данные исследований и консультаций специалистов, сведения о полученном ранее лечении и т.п., относятся именно к Потребителю.

2.3.2. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.

2.3.3. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения.

2.3.4. Оплатить стоимость предоставленных Исполнителем медицинских услуг, указанных в п. 1.2 настоящего договора в сроки и в порядке, которые определены настоящим Договором.

2.3.5. Бережно относиться к имуществу «Исполнителя». В случае причинения ущерба «Исполнителю» вследствие утраты или порчи имущества, вызванные действиями или бездействиями «Потребителя» и/или лиц, его сопровождающих, «Потребитель» обязуется в течение трех календарных дней восместить «Исполнителю» действительный нанесенный ущерб в полном объеме.

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. Получать информацию об Исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах.

2.4.2. Отказаться от исполнения настоящего Договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

2.5. Потребитель дает свободно, своей волей и в своем интересе согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения настоящего Договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.

3. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов

3.1. Стоимость услуг, оказываемых по настоящему договору, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом платных медицинских услуг, утвержденным Исполнителем, и составляет _____ (_____) руб.

3.2. Потребителю в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается контрольно-кассовый чек или бланк строгой отчетности, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг.

3.3. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг, их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного договора.

3.4. Оплата услуг по договору осуществляется наличными денежными средствами или с использованием платежных банковских карт по выбору Потребителя. Потребитель оплачивает медицинские услуги в порядке 100% предоплаты.

Ознакомлен:

Подпись Заказчика (Потребителя)

3.5. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Потребителем удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Потребителем по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов. При оказании платных медицинских услуг обязанность исполнителя по возврату денежной суммы, уплаченной потребителем и (или) заказчиком по договору, возникает в соответствии с главой III Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей». Оплата медицинской услуги потребителем и (или) заказчиком путем перевода средств на счет третьего лица, указанного исполнителем (в письменной форме), не освобождает исполнителя от обязанности осуществить возврат уплаченной потребителем и (или) заказчиком суммы как при отказе от исполнения договора, так и при оказании медицинских услуг (выполнении работ) ненадлежащего качества, в соответствии с Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей».

3.6. В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Потребителя, в том числе при нарушении им медицинских предписаний, оплата медицинских услуг осуществляется в полном объеме.

3.7. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета по требованию потребителя и/или заказчика.

4. Ответственность сторон

4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

4.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье в соответствии с п. 2.3.2 настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п. 2.3.4 и п. 3.6 настоящего договора.

4.4. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

5. Конфиденциальность

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

5.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

6. Заключительные положения

6.1. До заключения настоящего Договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя 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, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказать на состоянии здоровья Потребителя.

6.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

6.3. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

6.4. Оплату фактически оказанных Исполнителем Потребителю медицинских услуг, в случае досрочного расторжения настоящего Договора по основаниям, указанным в п. 6.3 Договора, Потребитель обязан произвести в тот день когда расторгается Договор.

6.5. Настоящий Договор составлен в двух аутентичных экземплярах, по одному для каждой из Сторон (кроме случаев заключения договора дистанционным способом).

6.6. Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

6.7. Исполнитель обеспечивает хранение настоящего договора в порядке, определенном законодательством Российской Федерации об архивном деле в Российской Федерации.

7. Реквизиты и подписи сторон

Потребитель
(законный представитель потребителя):

_____ / _____ /
(Ф.И.О.)

паспортные данные

Адрес места жительства, контактный телефон

Исполнитель:

ГБУЗ РБ Детская поликлиника № 5 города Уфа
Адрес места нахождения: 450100, г. Уфа, ул. Маршала Жукова, д. 17.
ОГРН: 1030204202500
ИНН 0276015558

Главный врач _____ Р.Р. Галиев
М.П.

Информированное добровольное согласие на предоставление платных медицинских услуг, обработку персональных данных, медицинское вмешательство

Я _____, зарегистрированный по адресу: _____ являюсь законным представителем ребенка или лица, призванного недееспособным: _____

(ф.и.о. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения Потребителя (Пациента))

, зарегистрирован _____ в рамках договора об оказании в ГБУЗ РБ Детская поликлиника № 5 города Уфа платные услуги и даю свое согласие на:

1. На оказание платных медицинских услуг

1.1. Я получил(а) от сотрудников детской поликлиники полную информацию о возможности и условиях предоставления моему ребенку бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю согласие на оказание моему ребенку платных медицинских услуг и готов(а) их оплатить.

1.2. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(на) оплатить стоимость медицинских услуг, указанных в настоящем Договоре.

2. На обработку персональных данных

2.1. В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку детской поликлиники моих и моего ребенка персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, 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.

2.2. Я даю согласие на использование моих и моего ребенка персональных данных в целях выполнения обязательств по договору оказания платных медицинских услуг.

2.3. Настоящее согласие предоставляется на осуществление особых действий в отношении моих и моего ребенка персональных данных, которые необходимы для достижения указанных целей.

2.4. Я подтверждаю, что давая такое Согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

3. На медицинское вмешательство

3.1. Мне разъяснены и понятны в отношении моего ребенка суть заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Я понимаю необходимость проведения необходимых манипуляций (процедур), выполняемых в рамках заключенного настоящего договора.

3.2. Мне полностью понятно, что во время указанной манипуляции (процедуры) или после нее могут развиться осложнения, что может потребовать дополнительного медицинского вмешательства.

3.3. Я уполномочиваю медицинских работников Учреждения выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

3.4. Я обязуюсь поставить(а) в известность врача до момента оказания моему ребенку платных медицинских услуг обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне заболеваниях, травмах, операциях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на моего ребенка во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов, сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

3.5. Я согласен(а), что при несоблюдении назначений и рекомендаций, лечащий врач не несет ответственности за результаты лечения моего ребенка.

3.6. Я удостоверяю, что текст моего добровольного информированного согласия на оказание платных медицинских услуг, на обработку персональных данных, на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня у довлетворяют, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов платных медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Потребитель (законный представитель потребителя) _____
(подпись) _____ (Ф. И. О.)

Акт № _____ от «_____» 20 ____ г.
об оказании услуг по договору об оказании платных медицинских услуг
 № _____ от «_____» 20 ____ г.

Исполнитель: ГБУЗ РБ Детская поликлиника № 5 города Уфа, ОГРН 1030204202500, ИНН 0276015558, в лице главного врача Галиева Рустама Рухылбаяновича, действующего на Устава, с одной стороны и

Потребитель (Заказчик): _____
Фамилия, имя, отчество (если имеется)

№	Наименование работ, услуг	Количество	Цена	Сумма
1				

Итого: _____

Всего оказано услуг _____, на сумму _____ руб.

сумма прописью

Вышеперечисленные услуги оказаны Исполнителями Потребителю в срок, в полном объеме, с надлежащим качеством. Потребитель/Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет. Указанное в настоящем акте подтверждаем.

Подписи сторон:

Исполнитель:

Главный врач _____ /Р.Р. Галиев./
подпись

Потребитель (Заказчик):

_____ /_____/
подпись *расшифровка подписи*

Приложение № ____
к договору на оказание платных медицинских услуг № ____ от « ____ » 202____ г.

Смета на оказание платных медицинских услуг

№ п/п	Код медуслуги	Наименование медуслуги	Единица измерения	Стоимость услуги (руб.)	Кол-во услуг	Общая стоимость медицинской услуги
1	2	3	4	5	6	7
Стоимость платных медицинских услуг итого:						