РЕСПУБЛИКА КРЫМ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ДЕРЖАВНИЙ БЮДЖЕТНИЙ ЗАКЛАД ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я РЕСПУБЛІКИ КРИМ «СУДАЦЬКА МІСЬКА ЛІКАРНЯ»	ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ «СУДАКСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА»	КЪЫРЫМ ДЖУМХУРИЕТИНИНЪ САГЪЛЫКЪ САКЪЛАВ ДЕВЛЕТ БЮЖЕТ МУЭССИСЕСИ «СУДАКЪ ШЕЭР ХАСТАХАНЕСИ»

П Р И К А З

«30» января 2017 г. № 49

г. Судак

«Об утверждении форм документов по оказанию платных медицинских услуг в ГБУЗ РК «Судакская городская больница»»

Руководствуясь требованиями Федерального закона №323 от 21.11.2011 года «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», постановления Правительства Российской Федерации №1006 от 04.10.2012 года «Об утверждения правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить прилагаемые формы документов по оказанию платных медицинских услуг в ГБУЗ РК «Судакская городская больница»
   1.1. Форма договора на оказание платных медицинских услуг (заключаемого с юридическими лицами) (приложение № 1 к настоящему приказу);
   1.2. Форма договора на оказание платных медицинских услуг (заключаемого с физическими лицами) (приложение № 2 к настоящему приказу);
   1.3. Информационное добровольное согласие оказание платных медицинских услуг (приложение №3 к настоящему приказу);
   1.4. Уведомление пациента о несоблюдении назначений (рекомендаций) врача при оказании платных медицинских услуг (приложение №4 к настоящему приказу);
   1.5. Информационное добровольное согласие на медицинское вмешательство (приложение № 5 к настоящему приказу);
   1.6. Согласие пациента на обработку персональных данных (приложение № 6 к настоящему приказу);
2. Заведующей отделением платных услуг Последовой О.В. и всем задействованным в оказании платных медицинских услуг работникам с 01.02.2017 года использовать утвержденные формы документов для оказания платных медицинских услуг.
3. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

Главный врач К.В. Скорупский

Приложение № 1
к приказу ГБУЗ РК «Судакская
городская больница»
№49 от «30» января 2017г.

Договор
на оказание платных медицинских услуг № _____

г. Судак «___» _____20___ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым «Судакская городская больница» именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице главного врача Скорупского Константина Викторовича, действующей на основании Устава, с одной стороны и _____,
именуемое в дальнейшем **«Заказчик»**, в лице _____
действующего на основании _____, с другой стороны, именуемые при совместном упоминании «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Определения

1.1. Если иное не установлено в настоящем Договоре, определения, используемые в настоящем Договоре, будут иметь значения, как указано ниже:

«платные медицинские услуги (работы)» - медицинские услуги (работы), предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе добровольного медицинского страхования (далее – Договор), заключаемых между Учреждением и потребителем или заказчиком;

«потребитель» - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального Закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

«пациент» - физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания;

«заказчик» – физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести), либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

«исполнитель» - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги потребителям;

«простая медицинская услуга» - элементарная, неделимая услуга, как один элемент профилактики, диагностики или лечения;

«сложная медицинская услуга» - набор простых медицинских услуг, которые требуют для своей реализации определенного состава персонала, комплексного технического оснащения, специальных помещений и т.д.;

«комплексная медицинская услуга» - набор сложных и (или) простых медицинских услуг, заканчивающихся либо проведением профилактики, либо установлением диагноза, либо окончанием проведения определенного этапа лечения набор сложных услуг.

2. Предмет Договора.

2.1. По настоящему Договору Исполнитель оказывает Заказчику в пользу Потребителя **платные медицинские услуги** по своему профилю деятельности согласно Спецификации (Приложение № 1 к настоящему Договору)

2.2. Исполнитель осуществляет медицинскую деятельность на основании Уведомления №501 от 26.05.2015г. об осуществлении видов деятельности указанных в части 1 ст.12 ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», осуществление которых на территориях Республики Крым и Севастополя допускается с 01.06.2015г. без получения лицензии.

2.3. Платные медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республики Крым «Судакская городская больница», утвержденным приказом по Учреждению № 47 от 30.01.2017г.

2.4. Платные медицинские услуги предоставляются в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, утвержденными в установленном законодательством порядке.

2.5. Платные медицинские услуги оказываются по адресу: **г.Судак, ул. Гвардейская,1,** в соответствии с режимом работы Исполнителя.

3. Права и обязанности Сторон

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать Заказчику в пользу Потребителя платные медицинские услуги в соответствии со Спецификацией (Приложения № 1), которая является неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.1.2. Оказывать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором.

3.1.3. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.

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

3.1.5. Немедленно извещать Заказчика о невозможности оказания необходимых медицинских услуг по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг.

3.1.6. Предоставить Потребителю (Заказчику) достоверную, доступную информацию о предоставляемых услугах.

3.1.7. После оказания платной медицинской услуги выдать потребителю соответствующий медицинский документ.

3.2. Заказчик обязуется:

3.2.1. Предоставить Исполнителю список Потребителей, с указанием фамилии, имени отчества, года рождения и адреса места жительства (регистрации) Потребителя.

3.2.2. Ознакомить всех Потребителей с условиями настоящего Договора.

3.2.3. В тех случаях, когда для оказания платной медицинской услуги необходимо личное присутствие Потребителя, обеспечить явку Потребителей к Исполнителю для оказания платной медицинской услуги согласно, предоставленного списка, при этом, Потребители должны иметь при себе паспорт, заявление согласно Приложения № 2 к настоящему Договору.

3.2.4. Оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги, по цене, в количестве, указанном в Спецификации, в порядке, определенном разделом 4 настоящего Договора.

3.2.5. информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

3.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется 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».

4. Цена и порядок оплаты услуг.

4.1. Общая сумма Договора составляет _____и складывается из стоимости всех Услуг, оказанных Исполнителем на протяжении срока действия и в рамках настоящего Договора, в соответствии, с предоставленным Заказчиком списком Потребителей. Согласно п.2 ст. 149 Налогового кодекса РФ медицинские услуги НДС не облагаются.

4.2. Расчеты за предоставленные Потребителям медицинские услуги осуществляется Заказчиком на основании выставленного Исполнителем счета, сформированного в строгом соответствии с Калькуляцией, в течение 10 (десяти) операционных (банковских) дней с момента выставления счета.

4.3. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Заказчику (Потребителю), определяется в соответствии с действующим на момент заключения настоящего Договора Прейскурантом цен (тарифов) платных медицинских услуг (Приложение № 1 к Договору) и может быть изменена по соглашению Сторон.

4.4. Цена на услуги (Приложение № 1 к Договору) может быть изменена при возникновении причин, не зависящих от Исполнителя, (повышения цен на расходные материалы, коммунальные услуги, повышения налоговых ставок и других случаях, которые влияют на ценообразование услуги). В этом случае Исполнитель письменно уведомляет Заказчика об изменениях тарифов на услуги за 30 дней до момента их вступления в силу. Изменение тарифов на оказание медицинских услуг, оформляется дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

4.5. Заказчик вправе отказаться от дальнейшего исполнения Договора направив об этом письменное уведомление исполнителю в течение 30 дней со дня получения уведомления об увеличении стоимости услуг. При отсутствии письменного уведомления Заказчик об отказе от исполнения Договора, последний подтверждает свое согласие на оплату услуг Исполнителя по новым тарифам.

4.6. Общая стоимость оказанных услуг за текущий месяц определяется в Акте сдачи-приемки оказанных услуг (Приложение № 3 к настоящему договору), который подписывается уполномоченными представителями Сторон. Акт сдачи-приемки оказанных услуг составляется Исполнителем исходя из фактически оказанных услуг за текущий месяц, на основании списков Потребителей, предоставленных Заказчиком.

4.7. Заказчик обязуется в течение 3 (трех) календарных дней с момента получения, рассмотреть и подписать Акт сдачи-приемки оказанных услуг в 2-х экземплярах и направить Исполнителю один экземпляр подписанного Акта. Подписанный Акт сдачи-приемки оказанных услуг является подтверждающим документом, удостоверяющим отсутствие претензий показанной Услуге со стороны Заказчика.

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

4.9. Форма оплаты: расчеты между Заказчиком и Исполнителем производятся денежными средствами, в

национальной валюте Российской Федерации – рубль, в безналичной форме путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, указанного в разделе 10 настоящего Договора «Юридические адреса и банковские реквизиты Сторон».

4.10. Исполнитель обязан в течение 3 рабочих дней информировать Заказчика об изменении своих банковских реквизитов, путем направления соответствующего Дополнительного соглашения, заверенного круглой печатью и подписью Исполнителя, в противном случае оплата производиться на расчетный счет Исполнителя, указанного в разделе 10 настоящего Договора.

4.11. Обязательства Заказчика по оплате услуг Исполнителя считаются исполненными с момента зачисления суммы оплаты на расчетный счет Исполнителя.

5. Ответственность сторон.

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

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

5.3. Учреждение освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по Договору, если неисполнение или ненадлежащее исполнение им своих обязательств произошло вследствие обстоятельств непреодолимой силы, нарушения Потребителем (Заказчиком) условий настоящего Договора. Пациент обязан возместить медицинскому учреждению фактически произведенные расходы по оказанию услуги, если Исполнитель не смог или был вынужден прекратить ее оказание по вине Пациента.

6. Порядок разрешения споров.

6.1. Стороны признают, что все возможные претензии по данному Договору должны быть рассмотрены Сторонами в течении 30 (тридцати) календарных дней с момента получения претензии.

6.2. Стороны признают обязательный досудебный (претензионный) порядок урегулирования спора.

6.3. В случае невозможности разрешения разногласий путем переговоров они подлежат рассмотрению в судебном порядке, согласно порядка, установленного действующим законодательством Российской Федерации.

7. Форс-мажор.

7.1. К форс-мажорным обстоятельствам относятся: обстоятельства непреодолимой силы или события чрезвычайного характера, такие как война, пожар, паводок, землетрясение, тяжелые метеорологические условия, которые могут стать причиной ненадлежащего выполнение своих обязательств Исполнителем.

7.2. Сторона, которая ссылается на форс-мажорные обстоятельства обязана известить, вторую сторону договора в течение двух дней, с момента наступления указанных выше обстоятельств.

8. Заключительные положения.

8.1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.

8.2. Договор на оказание медицинских услуг заключён в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

8.3. Каждая из сторон обязуется обеспечить строгую конфиденциальность информации, полученной от другой стороны в связи с Настоящим договором и деловыми отношениями между ними. Передача информации третьим лицами не допускается.

8.4. Заказчик обязан получить согласие от Потребителей, на обработку Исполнителем их личных персональных данных, полученных в связи с исполнением настоящего Договора в объеме и целях предусмотренных условиями Договора. Также, Заказчик обязан уведомить Потребителей о внесении их персональных данных в соответствующие базы персональных данных, собственником которых является Исполнитель, а также о своих правах как владельцев персональных данных, предусмотренных Законом.

8.5. Стороны предоставляют друг другу разрешение на сбор и обработку персональных данных. Стороны соглашаются, что при реализации этого Договора они обрабатывают персональные данные другой Стороны (собирают, анализируют, сохраняют и используют исключительно с целью выполнения этого Договора на протяжении срока его действия и срока, предусмотренного законодательством для хранения документов, в которых указаны такие данные, без права передачи таких данных третьим лицам).

8.6. Каждая из Сторон самостоятельно несет ответственность за соблюдением требований законодательства Российской Федерации относительно защиты персональных данных в соответствии с Конституцией Российской Федерации и Законом Российской Федерации «О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ.

8.7. Полученные при исполнении сторонами данного Договора информацию и документы Исполнитель и Заказчик вправе использовать для целей, предусмотренных положениями Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

9. Срок действия и порядок расторжения Договора.

9.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует **по 31 декабря 2017 года**, а в части исполнения обязательств – до полного их исполнения Сторонами.

9.2. В соответствии с частью 2 статьи 425 ГК РФ, условия данного Договора применяются к отношениям между Сторонами, возникшими до его заключения, а именно **с _____ 2017г.**

9.3. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон или по требованию одной из Сторон. В случае расторжения Договора по требованию одной из Сторон, Сторона, явившаяся инициатором расторжения, предупреждает другую Сторону не менее, чем за месяц до предполагаемой даты расторжения.

9.4. Настоящий Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке в случае систематического или существенного нарушения его условий одной из Сторон. Сторона – инициатор расторжения, письменно уведомляет об этом другую сторону за 30 календарных дней до даты предстоящего расторжения. Договор считается расторгнутым с момента истечения указанного срока.

9.5. В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения платных медицинских услуг Договор расторгается.

9.6. В случае расторжения Договора по инициативе Заказчика (в том числе – в случае отказа Потребителя от получения услуг), он оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

9.7. В случае невозможности исполнения Договора по вине Заказчика (Потребителя), услуги подлежат оплате в полном объеме.

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

9.9. Исполнитель вправе отказаться от исполнения обязательств по Договору лишь при условии полного возмещения Заказчику убытков.

9.10. Приложения к настоящему Договору:

- Приложение № 1 – Прейскурант цен/перечень платных медицинских услуг.

10. Юридические адреса, банковские реквизиты и подписи Сторон

Исполнитель

ГБУЗ РК «Судакская городская больница» 298000 Республика Крым, г. Судак,ул. Гвардейская,1 ОГРН 1149102174528, ИНН 9108116840, КПП 910801001,ОКПО 00805560, БИК 043510001Код статистики 00805560 р/с 40601810035101000001 в УФК по Республике Крым л\с 20756Щ94400; 21756Щ94400; 22756Щ94400

тел.(036566) 3-48-04

+79788828841

Главный врач

_____ К.В. Скорупский

Заказчик

_____

_____

Адрес: _____

_____

_____

ОКПО_____

ИНН_____

КПП_____

ОГРН_____

р/счет _____

л/сч_____

_____

_____

БИК _____

КБК_____

КТМО_____

Приложение № 1
к Договору на оказание
платных медицинских услуг
№ _____ от «_____»_____20__г.

СПЕЦИФИКАЦИЯ

№ п/п	Наименование услуг, работ	Единица измерения	количество	Цена за единицу	Общая стоимость

Итого на общую сумму:_____ (_____) рублей.

Главный врач
ГБУЗ РК «Судакская
городская больница»

_____ К.В.Скорупский
М.П.

_____ _____
М.П.

Приложение № 2
к Договору на оказание
платных медицинских услуг
№ _____ от «_____»_____2017г.

Главному врачу
ГБУЗ РК «Судакская
городская больница»
К.В.Скорупскому

ЗАЯВЛЕНИЕ

В соответствии с п. п. 7, 8 Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и работах с вредными и (или) опасными условиями труда, утвержденного Приказом Минздравсоцразвития РФ от 12.04.2011 № 302н_____

_____

(наименование работодателя, форма собственности и вид экономической деятельности работодателя по ОКВЭД)

просит провесим медицинский осмотр (предварительный или периодический) следующих работников:

№ п/п	Ф.И.О.	Дата рождения	Структурное подразделение работодателя (при наличии)	Наименование должности (профессии)	Вредные и (или) опасные производственные факторы, вид работы

Оплату за проведение медицинского осмотра гарантируем.

«_____»_____20___г.

Руководитель _____ _____
М.П. (подпись)

Приложение № 3
к Договору на оказание
платных медицинских услуг
№ _____ от «_____»_____20__г.

АКТ №____
сдачи-приемки оказанных услуг
по договору на оказание платных медицинских услуг
№_____ от «____» _____ 20___г.

г. Судак «___» _____20___ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым «Судакская городская больница» именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице главного врача Скорупского Константина Викторовича, действующей на основании Устава, с одной стороны и _____,
именуемое в дальнейшем **«Заказчик»**, в лице _____
действующего на основании _____, с другой стороны, именуемые при совместном упоминании «Стороны», составили настоящий акт о нижеследующем:

1. В соответствии с договором на оказание платных медицинских услуг №_____ от «_____» _____ 20____ г. (далее-Договор) «Исполнитель» оказал Услуги на общую сумму _____ (_____) рублей.

№ п/п	Наименование услуг, работ	Единица измерения	количество	Цена за единицу	Общая стоимость

2. Настоящий акт сдачи – приемки выполненных (оказанных) услуг составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

3. Стороны по качеству и срокам выполненных (оказанных) работ претензий друг к другу не имеют. Работы выполнены (оказаны) в полном объеме.

«Исполнитель»

ГБУЗ РК «Судакская городская больница» 298000 Республика Крым, г. Судак,ул. Гвардейская,1 ОГРН 1149102174528, ИНН 9108116840, КПП 910801001,ОКПО 00805560, БИК 043510001Код статистики 00805560 р/с 40601810035101000001 в УФК по Республике Крым л\с 20756Щ94400; 21756Щ94400; 22756Щ94400

тел.(036566) 3-48-04

+79788828841

Главный врач

_____ К.В. Скорупский

«Заказчик»

_____

_____

Адрес: _____

_____

_____

ОКПО_____
ИНН_____
КПП_____
ОГРН_____
р/счет _____
л/сч_____
_____
_____
БИК _____
КБК_____
КТМО_____

Приложение № 2
к приказу ГБУЗ РК «Судакская
городская больница»
№ 49 от «30» 01 2017г.

Договор №
на оказание платных медицинских услуг

г. Судак. « » _____ 201___г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым «Судакская городская больница», именуемое в дальнейшем «Исполнитель» в лице главного врача Скорупского Константина Викторовича, действующего на основании Устава, с одной стороны и _____
именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. По настоящему Договору Исполнитель оказывает Заказчику платные медицинские услуги по своему профилю деятельности в соответствии с Уведомлением об осуществлении видов деятельности указанных в части 1 ст.12 ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», осуществление которых на территориях Республики Крым и г. Севастополя допускается с 01.06.2015г. без получения лицензии № 501 от 26.05.2015г. (далее - Услуги), выданного территориальным органом Росздравнадзора по Республике Крым и ГФЗ Севастополю на осуществление медицинской деятельности, согласно Прейскуранту цен на медицинские услуги (далее – Прейскурант), утвержденного в установленном порядке, а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги:

№	Наименование услуги	Дата, время оказания	Специалист, категория	Стоимость
Итого				

2. Права и обязанности сторон

2.1.Исполнитель обязуется:
- обеспечить надлежащее качество медицинских услуг, предупредить Заказчика о необходимых ограничениях при проведении лечения и диагностики и возможных негативных последствиях в случае нарушения Заказчиком рекомендаций специалистов Исполнителя;
- оформлять медицинскую документацию в соответствии с действующим законодательством;
- предупреждать Заказчика, в случае если при предоставлении указанных в договоре платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором;
- не предоставлять Заказчику дополнительные медицинские услуги на возмездной основе без согласия Заказчика.

2.2. Заказчик обязуется:
- оплатить услуги в порядке и в сроки, установленные настоящим договором;
- обязуется выполнять требования медицинского персонала, обеспечивающие безопасность и качественное предоставление медицинской услуги, в т. ч. выполнять рекомендации лечащего врача;

2.3. Заказчик имеет право выбора специалиста.

3. Порядок расчета

3.1. Заказчик производит расчет путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, или безналичного перечисления на лицевой счет Учреждения, в порядке 100% предоплаты.

4.Ответственность сторон

4.1.Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием действия обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор).

4.2.Исполнитель не несет ответственности за медицинские осложнения, возникшие в результате нарушения Заказчиком предписаний и рекомендаций Исполнителя.

4.3.Исполнитель несет ответственность за качество и набор действий, составляющих платную медицинскую услугу, которые определяются действующим в момент ее оказания медико-экономическим стандартом или договором на оказание услуг.

4.4.Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком только за умышленные виновные действия персонала. Исполнитель не несет ответственности за действия третьих лиц.

5.Особые условия

5.1 Заказчик вправе отказаться от исполнения договора об оказании услуг в любое время при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

5.2. Заказчику разъяснен порядок и условия получения данной медицинской услуги на безвозмездной основе в рамках программы (территориальной программы) государственных гарантий. С перечнем услуг ознакомлен.

5.3. По требованию одной из сторон на предоставление оказываемых исполнителем услуг может быть составлена смета.

6. Срок действия договора

6.1.Настоящий договор вступает в действие с момента его подписания сторонами и действует до исполнения Сторонами своих обязательств, до 31 декабря 2017г. Настоящий договор может быть изменен, расторгнут по соглашению сторон.

7.Порядок рассмотрения споров

7.1.В случае возникновения споров Стороны примут все меры для их разрешения путем переговоров.

7.2.При не достижении согласия по спорным вопросам путем переговоров, спор разрешается в соответствии с действующим законодательством.

8.Заключительные положения

8.1.Договор составлен в количестве - по одному экземпляру для каждой Стороны, имеющих равную юридическую силу.

9.Подписи и реквизиты сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым «Судакская городская больница»
р/с 40601810035101000001 в УФК по Республике Крым, л\с 20756Щ94400, 21756Щ94400, 22756Щ94400
ИНН/КПП 9108116840/910801001 ОГРН 1149102174528
Адрес: 298000, Российская Федерация, Республика Крым, г.Судак, ул.Гвардейская, корпус 1
тел. (36566)3-48-04, 3-48-12.

ЗАКАЗЧИК

Ф.И.О._____
Адрес:_____

Один экземпляр договора получен _____ Потребитель.

ИСПОЛНИТЕЛЬ ЗАКАЗЧИК

Главный врач

_____К.В.Скорупский _____

Приложение № 3
к приказу ГБУЗ РК «Судакская
городская больница»
№ 49 от « 30 » 01 2017 г.

Информированное добровольное согласие
на оказание платных медицинских услуг

"___"_____ 201__ г.

Я, заказчик, потребитель, пациент _____,
_____карта пациента N _____, в рамках договора на оказание платных медицинских услуг желаю получить платные медицинские услуги в «» (далее - Учреждение), при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в т.ч. в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить. Я ознакомлен с положением об организации платных услуг в Учреждении.
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
3. Мне разъяснено, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой мне платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.
4. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны дополнительные медицинские услуги, которые я хочу получить в Учреждении и согласен(на) оплатить лечение.
5. Я ознакомлен с действующим прейскурантом (тарифами) и согласен оплатить стоимость медицинской услуги в соответствии с ним.
6. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом и я даю свое согласие на их оплату в кассу Учреждения.
7. Я проинформирован, что по поводу имеющегося у меня заболевания, иных проблем со здоровьем могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение желаемых медицинских услуг в Учреждении.
8. Настоящее согласие мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Пациент (Заказчик):

_____,

паспорт: серия _____, N _____,

выдан_____

_____"___"_____ ___ **г.**

Приложение № 4
к приказу ГБУЗ «Судакская
городская больница»
№19 от «30» 01 2017г.

Уведомление пациента о несоблюдении назначений (рекомендаций) врача при оказании платных медицинских услуг

«_____»_____20____г.

Я, заказчик, потребитель, пациент _____,
_____ карта пациента №_____, в рамках договора на оказание платных медицинских услуг изъявил желание получить платные медицинские услуги в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республики Крым «Судакская городская больница» (далее – Учреждение), при этом мне разъяснено и мною осознанно следующее:

1. Мне разъяснено и я осознал (а), что что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат и что при медицинском вмешательстве и после него, как в ближайшее, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.

2. Мне разъяснено, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющую платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой мне платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

3. Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, не несет ответственности за их возникновение.

4. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен (на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.

5. Настоящее уведомление мною прочитано, я в полном объеме проинформирован и осознаю последствия несоблюдения мною назначений (рекомендаций) врача.

Пациент (Заказчик):

_____

паспорт: серия _____, №_____, выдан _____ «_____»_____г.

Приложение № 5
к приказу ГБУЗ «Судакская
городская больница»
№ 49 от «30» 01 2017.

Информационное добровольное согласие на медицинское вмешательство

«_____»_____ 20____ г.

Я, заказчик, потребитель, пациент,_____
_____ карта пациента №_____,
в рамках договора на оказание платных медицинских услуг и на основании ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» добровольно заявляю о согласии на медицинское вмешательство в форме _____.

(вариант медицинского вмешательства)

- Мне разъяснено и я осознаю, что во время медицинского вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен(на) на то, что ход медицинского вмешательства может быть изменен врачами по их усмотрению.
- Я предупрежден (а) о факторах риска и понимаю, что медицинское вмешательство сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.
- Я предупрежден (а), что в ряде случаев могут потребоваться повторные медицинские вмешательства, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю согласие на это.
- Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенным мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (а)правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.
- Я знаю, что во время медицинского вмешательства возможна потеря крови и _____ даю согласие на переливание донорской или ауто (собственной) крови и ее компонентов.
- Я согласен (а) на запись хода медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.
- Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства, в т.ч. переливаний донорской или ауто (собственной) крови и/или ее компонентов, и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.
- Дополнительная информация:

_____

Пациент (законный представитель):

_____,

Паспорт: серия _____, №_____,
Выдан _____

_____»_____»_____г.

Расписался в моем присутствии:

Врач _____ _____ (должность, Ф.И.О.)

Приложение № 6
к приказу ГБУЗ «Судакская
городская больница»
№19 от «30» 01 2014

Согласие пациента на обработку персональных данных.

Я, _____,
проживающий по адресу_____
паспорт_____, выдан_____

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона №152-ФЗ от 27.07.06 «О персональных данных» в целях оказания мне платных медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ РК «Судакская городская больница» («Оператор») моих персональных данных, а именно: ФИО _____,
пол М Ж дата рождения _____, адрес места жительства_____,

документ, подтверждающий личность _____,
сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью; сведения о диагностических мероприятиях, назначенном проведенном лечении, данных рекомендациях.

В соответствии с требованиями ст. 10 Федерального закона №152-ФЗ от 27.07.06 «О персональных данных» даю согласие на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимися 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 иными организациями, 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 будет осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных составляет сроку хранения медицинской карты (25 лет). По истечению указанного срока хранения моих персональных данных оператор обязан уничтожить 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 со следующими действиями с моими персональными данными - обработка моих персональных данных в защищенных в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случаях 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.

_____ *(ФИО, подпись)*

Медицинский регистратор ГБУЗ РК «Судакская городская больница»_____