Договор № _____
оказания платных медицинских и иных платных услуг

г. Омск «_____» _____ 20___ г.

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Детский санаторий № 1» (БУЗОО «ДС № 1», свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц 1025501166899, выдано Межрайонной ИФНС № 12 по Омской области 13.01.2012 г., лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО -55-01-002229 от 07.12.2017г., выдана Министерством здравоохранения Омской области (644043, г. Омск, ул. Красный путь, д. 6, тел. (3812) 23-06-29)), в лице главного _____, действующего на основании Устава, в дальнейшем именуемый **Исполнитель**, с одной стороны, и гражданин

_____

(Фамилия, Имя, Отчество, или анонимно (указываются со слов Потребителя, в этом случае в результатах услуг не будут указаны персональные данные потребителя), адрес места жительства)

именуемый в дальнейшем **Потребитель**, или

_____

(Фамилия, Имя, Отчество (указываются со слов Потребителя, в этом случае в результатах услуг не будут указаны персональные данные потребителя), адрес места жительства))

именуемый(ая) в дальнейшем **Заказчик** (Законный представитель, представитель Потребителя), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель берет на себя обязательства оказать **Потребителю** следующие медицинские и иные услуги:

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: лечебной физкультуре; медицинскому массажу; организации сестринского дела; сестринскому делу в педиатрии; физиотерапии.

2) при оказании медицинской помощи при санаторно – курортном лечении организуются и выполняются работы (услуги) по: организации здравоохранения и общественному здоровью; педиатрии; физиотерапии

(далее - услуги), отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Потребитель (Заказчик) - оплатить их в порядке и размере, установленных настоящим Договором.

1.2. Срок оказания услуги: в течение двух месяцев с момента заключения настоящего договора.

1.3. Услуги оказываются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

2. Стоимость услуги, срок и порядок оплаты

2.1.Стоимость услуг по п. 1.1 определена в соответствии с Информацией о величине платы за оказание услуг, утвержденной приказом главного врача и составляет _____ рублей копеек (_____) рублей копеек.

2.2.Потребитель обеспечивает оплату услуг по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет «Исполнителя» в порядке сто процентной (100 %) предоплаты.

3. Условия и порядок оказания услуг

3.1. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в помещениях БУЗОО «ДС № 1» по адресу: 644121, г. Омск, ул. С.Стальского, 4/1

3.2. До заключения настоящего договора Потребителю (Заказчику) предоставлена информация о Правилах предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утверждённых Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

3.3. До заключения настоящего договора Потребителю (Заказчику) предоставлена информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках субсидии на финансирование санаторно –курортного лечения в рамках выполнения государственного задания.

3.4. До заключения настоящего договора Потребителю предоставлена информация об Исполнителе:

- лицензия на право осуществления медицинской деятельности;
- перечень платных услуг, которые имеет право оказывать Исполнитель;
- цены на платные услуги;
- сведения об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты;
- информация о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;
- информация о графике работы медицинских работников и режиме работы Исполнителя, о контролирующих органах как по надзору в сфере здравоохранения, так и в сфере защиты прав потребителей.

3.5. До заключения настоящего договора Потребитель (Заказчик) уведомлён 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 сказаться на состоянии здоровья Пациента.

3.4. Медицинские услуги считаются оказанными после выдачи (предоставления) врачом-специалистом медицинских документов (копий медицинских документов, выписок из медицинских документов), оформленных по результатам оказания услуг.

4. Права и обязанности сторон

4.1. Исполнитель обязан:

4.1.1.Оказать услуги качественно и в полном объеме.

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

а) порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;

б) информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

в) информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

г) другие сведения, относящиеся к предмету договора.

4.1.3. Применять при оказании услуги методы, технологии, разрешенные к применению в установленном законом порядке, обеспечивать оказание услуги в соответствие с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории РФ.

4.1.4. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором – предупредить об этом Потребителя.

4.1.5. После получения платных медицинских услуг выдать Потребителю (законному представителю Потребителя, Заказчику) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья.

4.1.6. Обеспечить сохранение конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии (врачебной тайне).

4.2. Исполнитель имеет право:

4.2.1.Требовать от Потребителя соблюдения:

- графика прохождения процедур,
- правил внутреннего распорядка при нахождении в медицинской организации.

4.3. Потребитель (Заказчик) обязан:

4.3.1.Оплатить медицинские услуги в размере и порядке, установленном настоящим Договором.

4.3.2. До начала оказания услуг сообщить лечащему врачу все сведенья о наличии заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, а также другую информацию, влияющую на оказание медицинских услуг.

4.3.3. Выполнять все рекомендации медицинского персонала Исполнителя.

4.3.4. Во время получения услуг сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия.

4.3.5. Соблюдать график приема врачей-специалистов, правила внутреннего распорядка при нахождении в медицинской организации.

4.4. Потребитель (Заказчик) имеет право:

4.4.1.Получать от Исполнителя для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме сведения о состоянии здоровья, протекания лечения, данные

промежуточных обследований, результаты анализов, протоколы консилиумов и т.д.
4.4.2. Требовать проведения консилиума или консультаций других специалистов.
4.4.3. Отказаться от получения Услуги.

5. Ответственность сторон, порядок расторжения и изменения договора, разрешение споров, заключительные положения

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору о возмездном оказании услуг стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации и настоящим договором.
5.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение (ненадлежащее исполнение) обязательств по договору оказания услуг, если оно произошло вследствие непреодолимой силы, в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Заказчиком своих обязанностей по договору, в случае несоблюдение указания (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения Потребителем, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.
5.3. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.
5.4. Договор подлежит расторжению в случае отказа Потребителя от получения медицинских услуг, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.
5.5. Настоящий договор может быть расторгнут по инициативе любой из сторон с обязательным предварительным уведомлением другой стороны, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.
5.6. Договор может быть изменен по соглашению сторон, а также в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.
5.7. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

6. Прочие условия

6.1. В случае заключения договора Потребителем (Заказчиком) анонимно, в медицинских документах (копиях медицинских документов, выписках из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья, не будут указаны его персональные данные.
6.2. Перечень видов работ (услуг), осуществляемых в соответствии с лицензией (644121, г. Омск, ул. С.Стальского, 4/1):
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: лечебной физкультуре; медицинскому массажу; организации сестринского дела; сестринскому делу в педиатрии; физиотерапии.
2) при оказании медицинской помощи при санаторно – курортном лечении организуются и выполняются работы (услуги) по: организации здравоохранения и общественному здоровью; педиатрии; физиотерапии.

7. Реквизиты сторон:

Исполнитель:

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Детский санаторий № 1»
Адрес: 644121, г. Омск, ул. С. Стальского, 4/1 тел. (3812) 41-83-70. ИНН 5505022372, КПП 550501001, БИК 015209001,
ОКПО 01937430, ОКАТО 52401372000. р/с 03224643520000005201 в Отделении Омск Банка России//УФК по Омской области г.Омск, к/с40102810245370000044 л/с 006220739, КБК 00600000000000000130 Тип средств 20.00.00
Главный врач _____ /_____/

Потребитель (Заказчик):

_____
(Ф. И. О. полностью)
Адрес (полностью)_____
Тел.: _____ выдан , _____ г.

_____/ Ф.И.О. /
(подпись)

Министерство здравоохранения Омской области
БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ
«Детский санаторий № 1»

г. Омск _____ 20___ г.

Уведомление

Настоящим Исполнитель уведомляет Потребителя (Заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую и иную платную услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

Исполнитель: Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Детский санаторий №1»

Главный врач _____ / _____ /

Потребитель (Заказчик):

_____ / _____ /
подпись (Ф. И. О. полностью)

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____ *(Ф.И.О. полностью)*, **проживающий (ая) по адресу:** _____, в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку в БУЗОО «ДС № 1» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), 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 Учреждением - оператором мне медицинской помощи я предоставляю право его работникам осуществлять следующий перечень действий с моими персональными данными:

- обработку сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) моих персональных данных неавтоматизированным способом;
- обработку моих персональных данных посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов);
- передачу моих персональных даны, содержащих сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Учреждения – оператора в интересах моего обследования и лечения, в том числе с возможностью их передачи с использованием бумажных и машинных носителей по каналам связи и по внутренней сети организации с использованием технических и программных средств защиты информации.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.
Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я подтверждаю, что до подписания настоящего согласия я ознакомился с Положением об обработке персональных данных в бюджетном учреждении здравоохранения Омской области «Детский санаторий № 1».

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 мной в адрес Учреждения - оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Учреждения - 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_____ и почтовый адрес: _____

Подпись субъекта персональных данных _____ / _____ /
подпись ФИО

Информированное добровольное согласие на получение платных услуг, оказываемых в бюджетном учреждении здравоохранения Омской области «Детский санаторий № 1»

г. Омск _____ 20____ г.

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии с частью 2 статьи 19, статьей 84 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, _____ года рождения,
(ФИО пациента или иного лица, являющегося заказчиком медицинских услуг – полностью)
проживающий(ая):_____
действующий в интересах _____
_____
(ФИО представляемого лица)
желаю получить платные медицинские услуги и иные платные услуги в БУЗОО «ДС № 1», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от работников БУЗОО «ДС № 1» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне (представляемому) бесплатных медицинских услуг в БУЗОО «ДС №1» в рамках субсидии на финансирование санаторно –курортного лечения в рамках выполнения государственного задания, даю свое согласие на оказание мне (представляемому) платных медицинских услуг и иных платных услуг, и готов(а) их оплатить.
2. Мне разъяснено, что я (представляемый) могу получить как один из видов платных медицинских услуг и иных платных услуг, так и несколько видов услуг.
3. Я согласен (согласна) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения подобных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае оказания услуги с соблюдением всех необходимых требований БУЗОО «ДС № 1» не несет ответственности за их возникновение.
4. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я (представляемый) должен (должна) исполнять все назначения, рекомендации врачей БУЗОО «ДС № 1».
5. Я ознакомлен(а) с перечнем платных медицинских и иных платных услуг, оказываемых в БУЗОО «ДС № 1» и согласен (согласна) оплатить стоимость выбранных мною услуг в соответствии с ним.
6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с лечащим врачом выбраны следующие виды дополнительных медицинских услуг и иных платных услуг:

_____

7. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня (представляемого) заболевания возможно получение медицинской помощи в других медицинских организациях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной услуги в БУЗОО «ДС № 1».
8. Я осознаю, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную услугу, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я удостоверяю, что текст настоящего Информированного добровольного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Подпись пациента
(законного представителя): _____ / _____ /

Настоящее Информированное добровольное согласие подписано пациентом (лицом, являющимся заказчиком) на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы.

Информированное добровольное согласие подписано в моем присутствии:

Врач: _____ / _____

Акт № от 20 г.
сдачи-приемки оказанных услуг

Исполнитель: Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Детский санаторий № 1»

Адрес: 644121, г. Омск, ул. С.Стальского, 4/1

ИНН/КПП: 5505022372/550501001

Заказчик:

Адрес:

Мы, ниже подписавшиеся, представитель ИСПОЛНИТЕЛЯ с одной стороны и представитель ЗАКАЗЧИКА, с другой стороны, составили настоящий Акт о том, что ЗАКАЗЧИК принимает оказанные услуги по договору №_____от_ _____20____г. в объёме:

№ п/п	Наименование услуги	Единица измерения	Количество (объем)	Цена (тариф) за единицу измерения	Стоимость товаров (работ, услуг)
1	2	3	4	5	6
1					
2					
3					
				Всего к оплате	

Всего оказано услуг на сумму:_____ руб.

Перечисленные работы/оказанные услуги выполнены полностью и в срок.
Заказчик по объему, качеству и срокам оказанных услуг претензий не имеет.

Потребитель

_____

Исполнитель
Главный врач

_____ /_____/

М.П.