

Договор N _____
об оказании платных медицинских услуг

г. Ярославль

«___» _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ярославской области «Областной перинатальный центр», именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, в лице администратора Филипповой Т.Н., действующей на основании доверенности № 7 от 01.01.2023 года и лицензии Л041-01132-76/00574103 от 19.10.2020г, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения; с одной стороны, и **Заказчик (ФИО)** _____, именуемый в дальнейшем

Заказчик, действующий в интересах **Потребителя (ФИО)** _____,

именуемый в дальнейшем **Потребитель**, с другой стороны, вместе именуемые "Стороны", в соответствии с медицинской деятельностью учреждения, перечнем работ (услуг), указанных в Уставе и в лицензии на осуществление медицинской деятельности, Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 №736, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель на основании обращения Заказчика обязуется оказывать платные медицинские услуги Потребителю _____ - согласно расшифровки, являющейся неотъемлемой частью договора, а Заказчик оплатить оказанные услуги в размере, порядке и сроки, установленные настоящим Договором.

1.2. Исполнитель предоставляет Заказчику и (или) Потребителю информацию о платных медицинских услугах, содержащую сведения:

а) порядка оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи при предоставлении платных медицинских услуг в полном объеме стандарта либо отдельными консультациями/медицинскими вмешательствами,

б) информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (профессиональное образование и квалификация);

в) информация о состоянии его здоровья, о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи, предоставляемая лечащим врачом на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи или на приеме у главного врача или заместителя главного врача по медицинской части;

г) другие сведения, относящиеся к предмету договора.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказывать Потребителю услуги, предусмотренные п. 1.1 настоящего Договора, а при необходимости и дополнительные услуги в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи по письменному согласию Потребителя, на основании дополнительных соглашений.

2.1.2. Оказывать Потребителю услуги в сроки, максимально удобные для пациента, с учетом состояния пациента для оказания платной медицинской услуги, при этом сроки для ожидания оказания платной медицинской помощи меньше сроков ожидания оказания бесплатной медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий год,

2.2. Потребитель обязуется:

2.2.1. Соблюдать Правила оказания медицинских услуг Исполнителя, режим лечения (в том числе на период временной нетрудоспособности), а также правила поведения пациентов в период нахождения в лечебном учреждении Исполнителя.

2.2.2. По запросу Исполнителя предоставлять ему необходимые медицинские документы и материалы, предусмотренные в соответствии с требованиями стандартов медицинской помощи.

2.2.3. Оплачивать платные медицинские услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, установленных настоящим Договором.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. Получать от Потребителя любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств. Непредоставление либо неполное или неверное предоставление Потребителем информации ведет к приостановлению или отказу от выполнения Исполнителем своих обязательств.

2.3.2. Требовать от Потребителя соблюдения правил оказания медицинских услуг согласно п.2.2.1. Договора.

2.3.3. Получать оплату за оказанные услуги по условиям настоящего Договора.

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с п. 1.1 настоящего Договора, в доступной форме информацию о состоянии здоровья (сведения о результатах обследования, лечения и последствиях

проведенного лечения, об используемых при оказании услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях).

2.4.2. Предъявлять Исполнителю требования о возмещении убытков и компенсации морального вреда в случае причинения вреда здоровью и жизни неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора. При этом Исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования или направляет отказ в удовлетворении заявленных требований в сроки, установленные Законом РФ «О защите прав потребителей».

2.4.3. Получать выписки из медицинской документации о предоставленных платных услугах, а также документы, подтверждающие фактические расходы Потребителя и (или) заказчика на оказанные медицинские услуги и (или) приобретение лекарственных препаратов путем обращения к Исполнителю.

3. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

3.1. Оплата за предоставленные платные услуги осуществляется на основании договора.

3.2. Стоимость платных медицинских услуг составляет: _____, в том числе стоимость каждой платной медицинской услуги, согласно расшифровке к договору.

3.3. Оплата медицинских услуг (в т. ч. дополнительных) осуществляется Потребителем путем перечисления суммы, указанной в п.3.2. Договора, на расчетный счет Исполнителя или внесения в кассу Исполнителя.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком и (или) Потребителем за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к оказываемым медицинским услугам, в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя, а также при несоблюдении Сторонами режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении Договора.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

5.1. Срок действия настоящего Договора с момента подписания до полного исполнения сторонами своих обязательств. Дата оказания услуг определяется периодом предоставления медицинских услуг.

5.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию Сторон, а также по инициативе любой из сторон. В случае отказа Потребителя от получения медицинской услуги настоящий договор расторгается, Потребитель оплачивает фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

5.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение действительны при условии совершения их в письменной форме и подписания представителями Сторон. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

6. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ярославской области «Областной перинатальный центр»

Адрес: 150042, г. Ярославль, Тутаевское шоссе, д.31в

ИНН 7606079812, КПП 760201001, ОГРН 1107606005650

Банковские реквизиты: Министерство финансов Ярославской области (ГБУЗ ЯО «Областной перинатальный центр», л/с 901050036), КБК 00000000000000000130

р/с № 03224643780000007101 в Отделении Ярославль Банка России/УФК по Ярославской области г. Ярославль БИК 017888102, ЕКС 40102810245370000065

<https://opcyar.ru/>

Заказчик ФИО (паспортные данные, удостоверяющие личность, адрес места проживания, контактный телефон): _____

Потребитель ФИО (паспортные данные, удостоверяющие личность, адрес места проживания, контактный телефон): _____

Исполнитель
Администратор

Заказчик/Потребитель:

Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Заказчика и (или) Потребителя, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

Информированное добровольное согласие на предоставление медицинских услуг на платной основе

На основании ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ и в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 №736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»,

Я, **Заказчик (ФИО)** _____ в соответствии с медицинской деятельностью ГБУЗ ЯО «Областной перинатальный центр», перечнем работ (услуг), указанных в Уставе, лицензии на осуществление медицинской деятельности, Положением о порядке предоставления платных медицинских услуг в ГБУЗ ЯО «Областной перинатальный центр», желаю в рамках настоящего Договора получить платные медицинские услуги в ГБУЗ ЯО «Областной перинатальный центр».

Перед заключением Договора мне, **Заказчику**, разъяснено Положение о порядке предоставления платных медицинских услуг в ГБУЗ ЯО «Областной перинатальный центр»: об условиях предоставления платных медицинских услуг, предоставлена информация об исполнителе и предоставляемых платных медицинских услугах, о графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи, о сроках ожидания оказания медицинской помощи в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и сроках ожидания предоставления платных услуг, о стандартах медицинской помощи и клинических рекомендаций, о сведениях о лице, заключающем договор от имени исполнителя(должность), о порядке и условиях выдачи Потребителю или Заказчику после исполнения договора Исполнителем медицинских документов, отражающих состояние здоровья после получения услуги.

(подпись)

Мною, **Заказчиком**, осознано следующее: Я ознакомился(лась) с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи в Ярославской области, об условиях получения бесплатной медицинской помощи информирован(а). Я ознакомлен(а) с возможностью получения аналогичной услуги в других медицинских организациях на других условиях. 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, ГБУЗ ЯО «Областной перинатальный центр» не несет ответственности за их возникновение. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей Учреждения. Несоблюдение указаний медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья. Я подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги именно в данном Учреждении и проинформирован(на), что платные медицинские услуги не гарантируют внеочередного получения услуги.

(подпись)

В соответствии с требованиями ст.9 ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ, Я, **Заказчик**, подтверждаю свое согласие на обработку персональных данных при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания ГБУЗ ЯО «Областной перинатальный центр» медицинской услуги я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам ГБУЗ ЯО «Областной перинатальный центр», в интересах моего обследования. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия либо в установленном законодательством порядке. Настоящее согласие дано до подписания Договора об оказании платных медицинских услуг и действует на период срока хранения медицинской документации. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие, подписанное после проведения разъяснительной беседы (приложение к Договору об оказании платных медицинских услуг.)

(подпись)

Заказчик (ФИО, подпись) _____

«___» _____ 20__ года