

Уведомление об информировании до заключения договора

Я, нижеподписавшийся(ая), _____, _____ года рождения, проживающий (ая) по адресу:

_____, настоящим подтверждаю, что мне до заключения договора об оказание медицинских услуг предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - соответственно программа, территориальная программа). Я согласен(а) оплатить услугу, я получил(а) информацию о стоимости медицинского вмешательства, о правилах ее оплаты и документах, подтверждающих этот факт.

Я ознакомлен(а) с тем, что можно получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях по месту жительства на других условиях. Получив у Исполнителя полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг, я согласен(а) на оказание платных медицинских услуг и готов (а) их оплатить.

До подписания договора об оказании платных медицинских услуг я ознакомлен(а) с преискурантом, действующим на дату заключения договора.

Настоящим, я информирован(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя, в том числе значенн режимы лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента.

«__» _____ 20__ г. _____
(подпись) (Ф. И. О.)

ДОГОВОГОР

на оказание платных медицинских услуг

р.п. Большое Мурашкино «__» _____ 2023г.
ГБУЗ НО «Большемурашкинская ЦРБ», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице и.о.главного врача Апроменко Р.В., действующего на основании Устава, лицензия на осуществление медицинской деятельности N ЛО-52-01-006334 от 21.12.2018 года выданной министерством здравоохранения Нижегородской области, (603022 г. Н. Новгород ул. .М. Ямская д 78 тел.8831 435-31-20), срок действия бессрочно, ИНН 5204000304, ОГРН 1025200934582, расположенное по адресу 606360, Нижегородская область, р.п.Большое Мурашкино, 5-ый микрорайон с одной стороны , и _____, именуемый(ая) _____ в дальнейшем «Потребитель»(Заказчик),и _____

_____, именуемый(ая) в дальнейшем (Ф.И.О. полностью: в первой строке- пациента, во второй строке с указанием основания считать представителем (мать, опекун, попечитель)

законный представитель Потребителя (Заказчика) с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Настоящий договор определяет условия оказания платных медицинских услуг (далее ПМУ).

2. Исполнитель обязуется по поручению Потребителя (Заказчика) оказать ПМУ, а Потребитель (Заказчик) добровольно обязуется осуществить 100% предоплату ПМУ безналичным платежом или наличными денежными средствами путем внесения в кассу Исполнителя, а Исполнитель выдает Потребителю и (или) заказчику в случаях, установленных законодательством Российской Федерации о применении контрольно-кассовой техники, документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек или бланк строгой отчетности) наличными денежными средствами в кассу Исполнителя, а Исполнитель обязан выдать Потребителю(Заказчику) чек(квитанцию) об оплате ПМУ.

3. ПМУ предоставляются при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

4. Потребитель подтверждает, что согласен на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

5. При необходимости Потребителю могут быть оказаны дополнительные ПМУ, перечень и сроки оказания которых согласуются Сторонами в дополнительном соглашении к настоящему Договору или в новом договоре на ПМУ.

6. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, содержится в соответствующей лицензии Исполнителя, копия которой является частью настоящего договора (приложением к настоящему договору) и находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на официальном сайте Исполнителя crb_bmr@mail.52gov.ru

7. Исполнитель оказывает Потребителю (Заказчику) ПМУ по цене и в сроки, согласованные сторонами:

| Код услуг | Наименование ПМУ | Кол-во | Цена за сеанс или курс лечения по прейскуранту | Общая стоимость ПМУ | Сроки оказания ПМУ и время прохождения процедур |
|-----------|------------------|--------|--|---------------------|--|
| | | | | | В течение одного месяца с момента заключения настоящего договора |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | Итого: | | | | |

8. Исполнитель обязан:

- организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе положениями об организации оказания медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи.

- оказывать Потребителю (Заказчику) квалифицированную, качественную ПМУ в установленный срок в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, предоставить бесплатную, достоверную информацию о проводимой ПМУ.

- уведомить Потребителя о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на периодах временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

- после исполнения Договора выдать Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья 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 в течение 1 рабочего.

9. Исполнитель имеет право: в случае возникновения неотложных, состояний самостоятельно определять объем оказания медицинской помощи.

10. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем (Заказчиком) за неисполнение или ненадлежащее исполнение договора, несоблюдение требований, предъявленных к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя (Заказчика).

11. Потребитель (Заказчик) обязан:

- предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также информировать врача до оказания ПМУ о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях; точно выполнять назначения врача.

- оплатить стоимость ПМУ согласно прейскуранта в кассу платных услуг Исполнителя по собственной инициативе путем внесения наличными денежными средствами или с использованием платежных банковских карт по выбору Потребителя.

12. Потребитель (Заказчик) имеет право: требовать предоставления услуг надлежащего качества, сведений о наличии лицензий, сертификата и о расчете стоимости ПМУ; требовать возмещение убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением договора, а также возмещение ущерба (материального и морального) в случае причинения вреда здоровью и жизни; отказаться от получения ПМУ и получить обратно оплаченную сумму, с возмещением исполнителю затрат, связанных с подготовкой или частичным оказанием ПМУ.

13. Потребитель (Заказчик) уведомлен, что ПМУ не финансируется из бюджета и фонда ОМС.

14. Потребитель (Заказчик) согласен предоставить персональные данные для статистического и бухгалтерского учета.

15. При нарушении или не исполнении Потребителем (Заказчиком) требований медицинского специалиста, при оказании ПМУ Исполнитель вправе отказаться от настоящего договора с взысканием понесенных убытков.

16. При несоблюдении исполнителем обязательств по срокам исполнения ПМУ Потребитель (Заказчик) вправе по своему выбору: назначить новый срок оказания услуги; потребовать уменьшение стоимости предоставленной услуги; потребовать исполнение услуги другим специалистом; расторгнуть договор и потребовать возмещение убытков и неустойки, в соответствии с Законом РФ «О защите прав потребителей».

17. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение, ненадлежащее исполнение своих обязанностей, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения пациентом своих обязанностей или по другим основаниям, предусмотренных законодательством.

18. Потребитель (Заказчик) обязан полностью возместить Исполнителю, понесенные убытки, если Исполнитель не мог оказать услуги или был вынужден прекратить их оказание по вине Потребителя (Заказчика), а также 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.

19. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета. Ее составление по требованию Потребителя или Исполнителя является обязательным, при этом она является неотъемлемой частью настоящего Договора

20. Договор вступает в силу и становится обязательным для сторон с момента оплаты услуг Потребителем (Заказчиком) и действует до момента исполнения обязательств сторонами. Настоящий Договор может быть заключен посредством использования сети «Интернет» через официальный сайт Исполнителя на основании ознакомления потребителя и (или) заказчика с предложенным исполнителем описанием медицинской услуги (дистанционный способ заключения договора). Информация размещена на официальном сайте исполнителя в сети «Интернет» (сrb_bmr@mail.52gov.ru).

21. Претензии и споры, возникшие между Исполнителем и Потребителем (Заказчиком), разрешаются по соглашению сторон или в судебном порядке.

22. Потребитель и (или) заказчик могут направить исполнителю в любой форме и любым, включая дистанционный, способом требования (претензии), в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной платной медицинской услуги), а исполнитель обязан принять эти требования, в том числе дистанционным способом.

23. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета. Ее составление по требованию Потребителя или Исполнителя является обязательным, при этом она является неотъемлемой частью настоящего Договора

24. Стороны признают равную юридическую силу подписи собственноручной и подписи факсимиле.

25. Реквизиты сторон:

«Исполнитель»

ГБУЗ НО «Большемурашкинская ЦРБ»

606360 Нижегородской обл., р.п. Большое
Мурашкино, 5-ый микрорайон
л/с 24001120140

Единый казначейский счет:

40102810745370000024

Казначейский счет:

03224643220000003200

Волго-Вятское ГУ Банка России г.

Нижний Новгород//

УФК по Нижегородской области г.Нижний
Новгород

ИНН 5204000304 КПП 520401001

БИК: 012202102

Телефон 883167 5-12-33

« Потребитель»(Заказчик)

Ф.И.О.

Адрес места жительства:

Паспорт серия _____

№ _____

Кем выдан

Телефон _____

Эл.п _____

Законный представитель:

Адрес места жительства:

Документ, удостоверяющий личность:

Телефон:

Эл. почта:

И.о.главного врача _____ Апроменко Р.В. _____ / _____ /

М.П.

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

Я _____, реквизиты _____ документа, _____ удостоверяющего _____ личность _____

_____, зарегистрированный _____ по _____ адресу: _____ в рамках договора об оказании в _____ (далее по тексту – Учреждение) платные услуги и даю свое согласие на:

1. На оказание платных медицинских услуг

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

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

1.3. Подтверждаю, что согласовываю оказание мне медицинских услуг в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

1.4. Подтверждаю, что согласовываю оказание мне медицинских услуг в виде отдельных консультаций и (или) медицинских вмешательств, входящих в стандарт медицинской помощи.

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 Учреждением моих 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 персональных данных в целях выполнения обязательств по договору оказания платных медицинских услуг.

2.3. Настоящее согласие предоставляется на осуществление особых действий в отношении моих 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 суть моего 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 развиваться 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 в известность врача до момента оказания мне 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 меня 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 моего лечения.

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 удовлетворяют, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов платных медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Потребитель (Заказчик) _____

(подпись)

(Ф. И. О.) _____

дата _____