

г. Орск

Медицинская организация государственное автономное учреждение здравоохранения "Орский онкологический диспансер", в дальнейшем именуемое «Исполнитель», в лице Главного врача Сайфутдинова Рината Фирзантовича, действующей на основании Устава, с одной стороны, и _____ (ФИО) _____, именуемая в дальнейшем «Потребитель» («Заказчик»), с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о следующем:

1. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА

1.1. Сведения об Исполнителе:

- 1.1.1. Наименование и фирменное наименование (если имеется): государственное автономное учреждение здравоохранения "Орский онкологический диспансер" (ГАУЗ "ООД")
 1.1.2. Адрес места нахождения: 462430, Российская Федерация, Оренбургская область, Городской округ город Орск, город Орск, улица Ялтинская, здание 80.
 1.1.3. Адрес(а) мест(а) оказания медицинских услуг: 462430, Российская Федерация, Оренбургская область, Городской округ город Орск, город Орск, улица Ялтинская, здание 80. (или вне ГАУЗ "ООД" на основании п.16 ст. 16 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ и постановления Правительства Оренбургской области от 16.05.2018 г. № 283-п).
 1.1.4. Основной государственный регистрационный номер: 1025601936392 1.1.5. ИНН: 5614006571 1.1.6. Адрес сайта в сети «Интернет»: https://ood.orb.ru/.
 1.1.7. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации, наименование, адрес местонахождения выдавшего ее лицензирующего органа: лицензия от 12.01.2021 года № ЛО41-01022-56/00363650, срок действия – бессрочно, выдана Министерством здравоохранения Оренбургской области (460006, г. Орск, ул. Терешковой, д. 33).

Перечень работ (услуг), составляющих деятельность медицинской организации, в соответствии с лицензией, содержится в соответствующей Лицензии Исполнителя, копия выписки из которой является частью настоящего Договора (приложением к Договору) и находится в доступной форме на информационных стендах (стойках), а также на сайте Исполнителя.

1.2. Сведения о Потребителе (Заказчике):

- 1.2.1. Фамилия, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон Потребителя (законного представителя Потребителя):

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские и дополнительные услуги, а Потребитель обязуется оплатить оказываемые услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

Предоставляемые в рамках настоящего Договора медицинские услуги являются разными, отделенными во времени и технологическим подходам друг от друга самостоятельными медицинскими услугами.

Исполнитель оказывает Потребителю следующие платные медицинские и дополнительные услуги на следующих условиях:

№ п/п	Перечень платных медицинских и дополнительных услуг	Кол-во	Стоимость	Медицинский работник

2.2. Срок оказания медицинской услуги определяется датой и временем обращения Заказчика (потребителя) к Исполнителю в соответствии со ст. 190 ГК РФ. В случае длительного лечения, предполагающего этапность и составление медицинского плана, ориентировочные сроки фиксируются в медицинском плане лечения (в медицинской карте) либо в дополнительном соглашении и согласуются с Заказчиком (потребителем).

2.3. При заключении Договора Потребителю 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 (далее - программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – территориальная программа), а также информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- а) перечень платных медицинских услуг ГАУЗ "ООД", соответствующих номенклатуре медицинских услуг, с указанием цен в рублях;
 б) сроки ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой;
 в) стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации, с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги, путем размещения на сайте исполнителя ссылок на "Официальный интернет-портал правовой информации" (www.pravo.gov.ru) и официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации, на котором размещен рубрикатор клинических рекомендаций, а также путем размещения указанных ссылок на информационных стендах;
 г) сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг, которые не могут превышать сроков, установленных программой. Информация об утвержденных предельных сроках ожидания медицинских услуг размещена на стендах и официальном сайте Исполнителя;
 д) сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;
 е) график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
 ж) образцы договоров;
 з) перечень категорий потребителей, имеющих право на получение льгот, а также перечень льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг;
 и) адреса и телефоны учредителя, исполнительного органа субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и территориального фонда обязательного медицинского страхования;
 й) порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о осуществлении отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
 к) информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональное образование и квалификация);
 л) информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
 л) другие сведения, относящиеся к предмету договора.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

3.1. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется, исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта, в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг. Общая стоимость оказываемых по настоящему Договору услуг составляет _____ руб.

3.2. Стороны согласны, что оплата конкретной услуги производится непосредственно в день оказания такой услуги, на основании Прейскуранта Исполнителя. Иной порядок и сроки оплаты могут быть предусмотрены в Дополнительном соглашении Сторон.

Потребитель ознакомлен с Прейскурантом до подписания настоящего Договора.

3.3. Оплата осуществляется Потребителем путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, либо иным, не запрещенным законом способом.

3.4. Исполнитель разъясняет, а Потребитель понимает, что денежные средства, добровольно затраченные Потребителем в рамках настоящего Договора, возврату через страховую компанию, либо из других источников не подлежат, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

3.5. По требованию Потребителя на предоставление платных медицинских услуг может быть составлена Смета, которая, в случае ее, составления становится неотъемлемой частью Договора.

4. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

4.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Потребителя и его согласия приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет собственных средств, о чем свидетельствует подписание Потребителем настоящего Договора и Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

4.2. Медицинские и дополнительные услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензией на медицинскую деятельность, порядками, стандартами (в полном объеме порядков и стандартов, либо в объеме, превышающем соответствующий порядок и/или стандарт и/или в виде отдельных медицинских вмешательств – по соглашению сторон) и других документов, в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.3. Потребитель предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

4.4. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.5. Потребитель незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

4.6. Исполнителем после исполнения Договора выдаются Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

4.7. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии Информированного добровольного согласия Потребителя.

5. СОГЛАСИЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ НА ОБРАБОТКУ ЕГО ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

5.1. Потребитель в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ дает согласие на обработку и передачу его персональных данных.

5.2. Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных указаны в п. 1.1. Договора.

5.3. Цель обработки персональных данных: оказание медицинских услуг и осуществление иных, связанных с этим мероприятий.

5.4. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, контактный телефон, реквизиты полиса ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваний, случаях обращения за медицинской помощью, биометрические персональные данные, другая информация.

5.6. Общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных: внесение персональных данных в электронную базу данных, включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам ДМС, обмен (прием и передача) моими персональными данными со страховой медицинской организацией с использованием машинных носителей или по каналам связи или путем передачи документов (в т.ч. медицинских).

5.7. Срок, в течение которого действует согласие: со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

5.8. Порядок отзыва согласия: отзыв согласия осуществляется путем подачи субъектом персональных данных соответствующего письменного заявления оператору, получившему согласие.

5.9. Подпись Потребителя (Заказчика):

5.10. Подпись Исполнителя:

ФИО

/Сайфутдинов Р. Ф./

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

6.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента (Потребителя) в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством РФ.

6.3. Потребитель несет ответственность за нарушение условий Договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством РФ.

6.4. Потребитель несет ответственность за нарушение условий Договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, в соответствии с действующим

законодательством РФ.

6.5. В случаях, предусмотренных п. 6.3. - 6.4. Договора, Исполнитель вправе приостановить проведение лечебно-диагностических мероприятий (за исключением проведения лечения по жизненным показаниям, экстренной и неотложной помощи).

6.6. Исполнитель в соответствии со ст. 36 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения договора с пациентом (Потребителем) в случае, если Исполнитель уведомил Заказчика (Потребителя) об обстоятельствах, зависящих от него и способных снизить качество оказываемой медицинской услуги, но Заказчик (Потребитель) такие обстоятельства не устранил.

6.7. Неявка пациента (Потребителя) для получения медицинской услуги, в сроки установленные п. 2.1. Договора, без предупреждения стороны рассматривают как односторонний отказ от исполнения договора в части конкретной медицинской услуги. Пациент (Потребитель) вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения договора, возместив фактически понесенные затраты (расходы на оплату затраченного времени медицинского персонала, простоя оборудования и т.д.) Исполнителю.

6.8. Исполнитель в соответствии со ст. 36 Закона РФ от 07.02.1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей» вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения договора с Заказчиком (Потребителем) в случае, если Заказчик (Потребитель) был уведомлен о необходимости дополнительных исследований и консультаций, а также о том, что его отказ приведет к невозможности качественного оказания услуги, однако не изменил своего решения относительно данных рекомендаций.

7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

7.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

7.2. В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. В случае расторжения Договора по инициативе Потребителя (в том числе – в случае отказа Потребителя от получения услуг), он оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ

8.1. Договор считается заключенным со дня его подписания и действует до «08» ноября 2024 г.

8.2. Договор составлен в двух экземплярах, по одному – для каждой из Сторон.

8.3. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимиле подписи (воспроизведенное механическим способом с использованием клише).

8.4. До заключения Договора Исполнитель уведомил в письменной форме 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 сказаться на состоянии здоровья потребителя.

9. ПОДПИСИ СТОРОН

9.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ:

Главный врач _____ /Сайфутдинов Р. Ф./

М.П.

9.2. ПОТРЕБИТЕЛЬ (ЗАКАЗЧИК)

ФИО _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

(на основе Формы, утвержденной Приказом Минздрава России от 20.12.2012 № 1177н)

Я, _____, _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____, даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи, а также следующих видов медицинских вмешательств (медицинских услуг): _____ в государственном автономном учреждении здравоохранения "Орский онкологический диспансер".

Медицинской организацией в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я в полной мере проинформирован (а) о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях, результатах данного медицинского вмешательства.

Я получил (а) подробные объяснения по поводу состояния моего здоровья, моего заболевания, осведомлен(а) о последствиях отказа от данного лечения, осведомлен(а) об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время указанного медицинского вмешательства, включая анестезию и прием лекарственных средств, и понимаю, что существует определенная степень риска возникновения следующих побочных эффектов и осложнений:

Я ознакомлен (а) со всеми требованиями и рекомендациями, которые обязуюсь соблюдать.

Я предупрежден (а), что несоблюдение требований и/или рекомендаций врача может повлечь за собой не достижение ожидаемого по окончании оказания медицинских услуг результата по вине пациента.

Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно соглашаюсь на медицинское вмешательство.

Запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением:

_____ (указать какие, если имеются исключения).

До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях, в т.ч. связанных с введением медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена.

Я согласен (а) на применение всех необходимых по моему состоянию здоровья лекарственных препаратов (в т.ч. для анестезии), за исключением:

_____ (указать какие, если имеются исключения).

Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы.

Кроме того, я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические исследования), которые они сочтут необходимыми.

Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья _____ (ФИО)

/ Сайфутдинов Р. Ф. /

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. исполнителя)

" _____ » _____ 202 г.