Договор на оказание платных медицинских услуг № _____

г.Сердобск «____» _____202__г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения **«Сердобская центральная районная больница им. А.И. Настина»,** действующее на основании Устава, Лицензии на право осуществления медицинской деятельности **№ЛО41-01166-58/00358591 от 08.12.2020 г.** выданной Министерством здравоохранения Пензенской области, расположенным по адресу: г. Пенза, ул. Пушкина, 163, телефон (8412) 63-95-79, Свидетельства о внесении записи в ЕГРЮЛ серия 58 № 001616973 от 03.10.2008, ОГРН 1025800600253, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице главного врача **Малахова Андрея Юрьевича,** с одной стороны, и гражданин (ка) _____, именуемый (ая) в дальнейшем **«Заказчик»** с другой стороны, на основании собственного волеизъявления, руководствуясь **«Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»** (**Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 мая 2026 № 659**), заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1 **Заказчик** поручает, а **Исполнитель** обязуется оказать следующие оплаченные медицинские услуги гражданину (ке), _____, именуемому (ой) в дальнейшем **«Пациент»:**

№	Наименование работ, услуг	Цена, рублей	№	Наименование работ, услуг	Цена, рублей
1			13		
2			14		
3			15		
4			16		
5			17		
6			18		
7			19		
8			20		
9			21		
10			22		
11			23		
12			24		
Итого сумма договора					

2. Стоимость и порядок оплаты.

2.1 **Заказчик** оплачивает стоимость оказания медицинской услуги по действующему прейскуранту **Исполнителя**, действующего на момент оплаты.

2.2 Стоимость медицинских услуг составляет _____руб. ___ коп.

2.3 Оплата медицинской услуги производится наличными средствами в кассу **Исполнителя** до оказания медицинской услуги.

2.4 Если медицинские услуги фактически не оказаны, предварительно оплаченные денежные средства (за вычетом стоимости фактически понесенных расходов) подлежат **возврату** Заказчику на основании письменного заявления в соответствии с **Законом Российской Федерации от 07.02.1992 №2300-1 « О защите прав потребителей».**

3. Права и обязанности сторон.

3.1 Исполнитель обязан:

3.1.1 Предоставить **Заказчику** или **Пациенту** исчерпывающую достоверную информацию об оказываемой услуги;

3.1.2 Оказать **Заказчику** или **Пациенту** медицинскую услугу в срок и объеме, установленных настоящим договором.

3.1.3 Оформить **Заказчику** или **Пациенту** финансовые и медицинские документы, связанные с оказанием медицинской услуги;

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1 В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определить объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной договором.

3.3. Заказчик или Пациент обязан:

3.3.1 Информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях и т. п.;

3.3.2 Своевременно оплатить стоимость услуги;

3.3.3 Предъявить **Исполнителю** документ, удостоверяющий личность и финансовый документ, подтверждающий факт полной оплаты стоимости услуги;

3.3.4 Точно выполнять назначения врача, необходимые для качественного выполнения медицинской услуги.

3.4. Заказчик или Пациент имеет право:

3.4.1 Получить от **Исполнителя** исчерпывающую информацию о тарифах на услуги учреждения, режиме работы, о квалификации и сертификации специалистов.

3.4.2 Отказаться от получения медицинской услуги и получить обратно оплаченную сумму с возмещением **Исполнителю** затрат, связанных с подготовкой оказания услуги.

3.4.3 При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам исполнения услуг Заказчик или Пациент имеет право: назначить новый срок оказания услуги, потребовать уменьшения стоимости предоставляемой услуги, потребовать исполнения услуги другим специалистом, расторгнуть договор и потребовать возмещения убытков.

4. Ответственность сторон.

4.1 Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по Договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по Договору.

4.2 **Заказчик** или **Пациент** обязан полностью возместить **Исполнителю** понесенные убытки, если **Исполнитель** не смог оказать услугу или был вынужден прекратить ее оказание по вине **Заказчика** или **Пациента**.

5. Порядок расторжения договора.

5.1 Договор может быть расторгнут по соглашению сторон.

5.2 Договор может быть расторгнут и по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

6. Особые условия.

6.1 В связи с тем, что побочные эффекты и осложнения возникают вследствие биологических особенностей организма и используемая технология оказания медицинской помощи не может полностью исключить их вероятность, **Исполнитель** не несет ответственности за наступление осложнений, при несоблюдении **Заказчико**м или **Пациентом** п. 3.3. настоящего договора.

6.2 **Заказчик** или **Пациент** подтверждает, что ознакомлен с информацией, вывешенной на стенде информации медицинской организации.

6.3. В рамках исполнения настоящего договора возможен обмен первичными учетными и иными документами в условиях юридически значимого **электронного документооборота (далее – ЭД)** с применением электронной подписи без подтверждения документов на бумажном носителе при условии

технической готовности Сторон к такому ЭД. Техническая готовность должна быть подтверждена письмами Сторон за подписью руководителя.

7. Прочие условия.

7.1 Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и до полного выполнения сторонами своих обязанностей.

7.2 Претензии и споры, возникшие между «Заказчиком» и «Исполнителем», разрешаются по соглашению сторон или в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7.3 Все изменения и дополнения в настоящий договор вносятся только по взаимному письменному согласию Сторон.

7.4 Во всем, что не предусмотрено настоящим договором Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

7.5 Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

8. Юридические адреса и подписи сторон.

Исполнитель	**Заказчик**
Министерство финансов Пензенской области (ГБУЗ «Сердобская ЦРБ им. А.И. Настина» л/сч 855282183) ИНН 5830000535 / КПП 580501001 ЕКС 40102810245370000113, БИК 04222113 Банк: ОКЦ №1 Волго-Вятского ГУ Банка России//УФК по Пензенской области г. Пенза р/с 03224643560000005500, ОКТМО 56656101 Отр код 85504020088900000131 Код субсидии 040288900002 Адрес: 442894; Пензенская область, г. Сердобск, ул. Сорокина, 84	**Ф.И.О.**_____ _____ **АДРЕС**_____ _____ _____ _____ _____ **Тел.**_____
И.о. главного врача _____ / А.Ю. Малахов/	**Подпись: _____ / _____/**

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я _____ на основании статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011г №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» получила разъяснение по поводу, оказываемой мне, медицинской услуги.

Мне доступным для меня образом объяснены лечащим врачом цель медицинской услуги, характер и особенности процедуры, ее возможные последствия и осложнения, в случае развития которых я согласен на проведение всех необходимых лечебных мероприятий. Я извещен о вероятном прогнозе при отказе от медицинской услуги

Я имел возможность задать любые вопросы относительно состояния моего здоровья, заболевания и лечения и получил на них удовлетворившие меня ответы.

Я обязуюсь выполнять требования врача, необходимые для качественного выполнения медицинской услуги.

Я получил информацию об альтернативных методах медицинских услуг, а также об их примерной стоимости.

Заказчик или **Пациент** согласился с предложенным планом выполнения медицинской услуги, в чем расписался собственноручно_____ (подпись Ф.И.О.).

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся, _____, проживающий по адресу:
(Ф.И.О.)
_____,
(область, город, улица, № дома, № корпуса, № квартиры)
паспорт _____, выдан _____,
(серия, №) (дата выдачи, наименование органа выдавшего документ)
даю согласие **ГБУЗ «Сердобская ЦРБ им. А.И.Настина»** на запрос и выдачу информации, касающейся меня, из **ГБУЗ «Сердобская ЦРБ им. А.И.Настина»,** а также в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку **ГБУЗ «Сердобская ЦРБ им. А.И.Настина»** (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: Ф.И.О., пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), 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 Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договору ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты).

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю 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.

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ К ДОГОВОРУ № _____

г.Сердобск «____» _____202__ г.

ГБУЗ «Сердобская ЦРБ им. А.И.Настина», в лице главного врача Малахова А.Ю., с одной стороны, и Пациент _____, с другой стороны подписали настоящий акт о том, что платная услуга на сумму _____выполнена в полном объеме и надлежащего качества. Претензий сторон к друг другу не имеется.

Подписи сторон

Исполнитель _____ Малахов А.Ю. Пациент _____ _____
(Подпись) (расшифровка подписи) (Подпись) (расшифровка подписи)