

**Договор на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_**

г. Саранск

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Мордовия «Республиканская офтальмологическая больница»**

(1.Адрес места нахождения: Республика Мордовия, г. Саранск, ул. Титова, 28;

2.Свидетельство Федеральной налоговой службы о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц от 28.02.2012г. №2121326005139 Инспекцией Федеральной налоговой службы по Ленинскому району г. Саранска.

3. Лицензия № ЛО-13-01-000846 от 27.06.2017 г., выданная Министерством здравоохранения Республики Мордовия (430002 РМ г. Саранск, ул. Советская, д. 35; тел. 23-42-34) на осуществление медицинской помощи (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково», при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, лабораторной диагностике, медицинской статистике, операционному делу, организации сестринского дела, паразитологии, рентгенологии, сестринскому делу, физиотерапии, эпидемиологии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, терапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: клинической лабораторной диагностике, организации здравоохранения и общественному здоровью, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, клинической лабораторной диагностике, косметологии, организации здравоохранения и общественному здоровья, офтальмологии, эпидемиологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: анестезиологии и реаниматологии, клинической лабораторной диагностике, организации здравоохранения и общественному здоровью, офтальмологии. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: анестезиологии и реаниматологии, диетологии, клинической лабораторной



диагностике, лабораторной диагностике, медицинской оптике, медицинской статистике, операционному делу, организации здравоохранения и общественному здоровью, организации сестринского дела, офтальмологии, рентгенологии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, терапии, физиотерапии, эпидемиологии; при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, диетологии, клинической лабораторной диагностике, медицинской оптике, медицинской статистике, операционному делу, организации здравоохранения и общественному здоровью, организации сестринского дела, офтальмологии, педиатрии, рентгенологии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, терапии, физиотерапии; при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по: офтальмологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности)

в лице главного врача **Василькиной Анны Николаевны**, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «**ИСПОЛНИТЕЛЬ**», с одной стороны, и

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. потребителя)

именуемый в дальнейшем «**ПОТРЕБИТЕЛЬ**», с другой стороны, в соответствии с Федеральным Законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29 ноября 2010 г. №326 и Федеральным Законом №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г., Постановлением Правительства РФ «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных услуг» от 4 октября 2012 года № 1006, Приказом от 09 января 2018 г. № 96-а «Об организации платных медицинских услуг в Государственном бюджетном учреждении Республики Мордовия «Республиканская офтальмологическая больница», заключили настоящий договор о нижеследующем:

## 1. Предмет договора.

1.1. **ИСПОЛНИТЕЛЬ** оказывает качественное(ую) Услугу (обследование, лечение, консультацию) (нужное подчеркнуть) медицинского характера в виде профилактической, лечебно-диагностической, реабилитационной помощи, включающую в себя:

№ № п/п	Наименование медицинской услуги



## **2. Права и обязанности сторон.**

2.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется осуществить качественное (ую) обследование, лечение, консультацию (нужное подчеркнуть) врачом-специалистом

\_\_\_\_\_ в течении \_\_\_\_\_ суток со дня подписания договора, по общепринятым мировой медицинской практикой методикам.

2.4. При выявлении необходимости производства дополнительных медицинских услуг ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется уведомить об этом ПОТРЕБИТЕЛЯ в письменном виде.

2.5. При согласии на производство дополнительных услуг ПОТРЕБИТЕЛЬ обязуется оплатить стоимость дополнительных услуг в отдельном порядке согласно действующим тарифам.

2.6. ПОТРЕБИТЕЛЬ обязуется:

- оплатить получаемую Услугу, внимательно ознакомиться с информацией, касающейся его лечения (приложение №1 к настоящему договору);
- обязуется выполнять требования медицинского персонала, обеспечивающие безопасность и качественное предоставление медицинской услуги, в т.ч. выполнять рекомендации лечащего врача.

2.7. ПОТРЕБИТЕЛЬ имеет право выбора специалиста.

## **3. Стоимость услуг и порядок оплаты.**

3.1. Стоимость предоставленной медицинской услуги, согласно п.1 договора составляет \_\_\_\_\_

(сумма цифрами и прописью)

3.2. Оплата Услуги, осуществляется ПОТРЕБИТЕЛЕМ, согласно действующим тарифам, согласованным с Министерством Здравоохранения Республики Мордовия в порядке 100 % предоплаты.

3.3. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязан выдать ПОТРЕБИТЕЛЮ документ, подтверждающий произведенную оплату представленных медицинских услуг.

3.4. ИСПОЛНИТЕЛЬ после исполнения договора выдает ПОТРЕБИТЕЛЮ (законному представителю ПОТРЕБИТЕЛЯ) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

## **4. Ответственность сторон.**

4.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Сторонами своих обязанностей по настоящему договору, стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ не несет ответственности (за результаты оказания Услуги) в случаях несоблюдения ПОТРЕБИТЕЛЕМ рекомендаций по лечению и иных неправомерных действий.

4.3. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим Договором или в связи с ним, Стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров. В случае невозможности их разрешения таким путем они будут рассмотрены в соответствии с порядком, установленным законодательством.

## **5. Срок действия договора. Порядок изменения и расторжения договора.**

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до получения ПОТРЕБИТЕЛЕМ Услуги. Настоящий договор без подписанного ПОТРЕБИТЕЛЕМ приложения №1 к настоящему договору юридической силы не имеет.

5.2. Договор будет считаться прекращенным после выполнения всех взаимных обязательств и урегулирования всех расчетов между сторонами.

5.3. Любые изменения и дополнения к настоящему договору должны быть составлены в письменной форме и подписаны Сторонами либо их уполномоченными представителями.

5.4. Договор на оказание платных медицинских услуг составлен в трех экземплярах, по одному для каждой стороны. Каждый из них имеет одинаковую юридическую силу.

5.5. Настоящий договор может быть изменен, расторгнут по соглашению сторон.

## **6. Особые условия.**

6.1. ПОТРЕБИТЕЛЬ обязан строго выполнять все рекомендации, сделанные ИСПОЛНИТЕЛЕМ, которые отражены в утвержденной медицинской документации (ф. №003/у, ф. №025/у-04). При несоблюдении данных рекомендаций ИСПОЛНИТЕЛЬ не несет ответственность за неблагоприятный исход лечения.

6.2. При самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, ПОТРЕБИТЕЛЬ:

информирован, о том, что медицинские услуги он может получить бесплатно по месту жительства в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, но изъявляет желание получить данные медицинские услуги на платной основе у ИСПОЛНИТЕЛЯ.

6.3. ПОТРЕБИТЕЛЬ с порядком, условиями и оплатой указанной медицинской услуги ознакомлен и согласен.



## 7. Юридические адреса и подписи сторон

<b>«ИСПОЛНИТЕЛЬ»</b>	<b>«ПОТРЕБИТЕЛЬ»</b>
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Мордовия «Республиканская офтальмологическая больница» 430000, г. Саранск, ул. Титова, 28	Адрес места жительства: _____ _____ Тел: _____ Ф.И.О. _____ _____
Главный врач _____ А.Н. Василькина	_____ (подпись ПОТРЕБИТЕЛЯ)

**Добровольное информационное согласие  
об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг**

г. Саранск

«\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

**Я,**

**ПОТРЕБИТЕЛЬ**

\_\_\_\_\_ ,  
в рамках договора на оказание платных медицинских услуг, желаю получить **платные медицинские услуги** в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республики Мордовия «Республиканская офтальмологическая больница» (далее – ГБУЗ Республики Мордовия «РОБ»), при этом мне разъяснено, что при предоставлении платных медицинских услуг соблюдаются порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации, и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников ГБУЗ Республики Мордовия «РОБ» полную информацию о возможности и условиях 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, **даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.**

2. Мне разъяснено и я осознал (а), что проводимое лечение мне **не гарантирует 100 % результат** и что при проведении медицинской услуги и после нее, как в ближайшем, так и в отделенном периоде, возможны различные осложнения.

3. Мне разъяснено и я осознал (а), что **несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя**, 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.

4. Я согласен (согласна) 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 Республики Мордовия «РОБ» не несет ответственности за их возникновение.

5. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие медицинские услуги, которые я хочу получить в ГБУЗ Республики Мордовия «РОБ» и согласен (на) их оплатить.

№№ п/п	Наименование медицинской услуги

6. Я ознакомлен (на) с действующим прейскурантом платных медицинских услуг и согласен (на) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.

7. Я проинформирован (а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других медицинских организациях, и **подтверждаю свое согласие** на получение указанной медицинской услуги в ГБУЗ Республики Мордовия «РОБ».

8. Настоящее добровольное согласие мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

**ПОТРЕБИТЕЛЬ:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество, и подпись пациента)

Настоящее соглашение подписано пациентом на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(должность, фамилия, отчество ответственного лица, подпись)



Приложение № 2  
к договору  
№ \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Главному врачу  
Государственного бюджетного учреждения здравоохранения  
Республики Мордовия  
«Республиканская офтальмологическая больница»  
Василькиной А.Н.

### ЗАЯВЛЕНИЕ

о согласии на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество полностью)  
проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(по месту регистрации)  
паспорт \_\_\_\_\_, выдан «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года

\_\_\_\_\_ (название выдавшего органа и дата выдачи)

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку Государственным учреждением здравоохранения Республики Мордовия «Республиканская офтальмологическая больница», г. Саранск. ул. Титова, д. 28 (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные 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 (договором 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 \_\_\_\_\_

(название 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 будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

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

Настоящее согласие дано мной « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ года и 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.

Контактный телефон(ы) \_\_\_\_\_

Почтовый адрес \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_