Договор на оказание платных медицинских услуг

г. Иркутск «___» _____202 г.

Областное государственное автономное учреждение здравоохранения «Иркутская городская детская стоматологическая поликлиника» (ОГАУЗ «ИГДСП»), в лице главного врача Соболевой Натальи Николаевны, действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, с одной стороны и Гражданин (ка) _____, именуемый (ая) в дальнейшем **«Заказчик»**, с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор (далее – Договор) в пользу Гражданина (ки) _____, именуемого (ой) в дальнейшем **«Потребитель»** о нижеследующем:

1. Сведения о сторонах

Сведения об Исполнителе:

1. Областное государственное автономное учреждение здравоохранения «Иркутская городская детская стоматологическая поликлиника» (ОГАУЗ «ИГДСП»). График работы в будние дни с 8-00 до 20-00, суббота с 09-00 до 15-00. Т.8-3952-35-97-68, т/ф 8-3952-35-41-13
2. Адрес местонахождения: г. Иркутск, пр. Маршала Жукова, 62.
3. Свидетельство о внесении сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ серия 38 № 003575451, ОГРН 1023801541917, выдано ИМНС России по Октябрьскому округу г. Иркутска Иркутской области.
4. Лицензия № Л041-01108-38/00333685 от 09.08.2019 г. на осуществление медицинской деятельности, выдана министерством здравоохранения Иркутской области (г. Иркутск, ул. Карла Маркса, 29, тел. 8-3952- 28-03-26).
5. Исполнитель имеет право осуществлять платные медицинские услуги, в соответствии с перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации, указанных в лицензии.

Сведения о Заказчике:

_____

(ФИО, адрес места жительства)

Сведения о Потребителе (пациенте):

_____

(ФИО, адрес места жительства)

2. Предмет Договора

2.1. По настоящему Договору Исполнитель предоставляет Потребителю (пациенту) по поручению Заказчика **платные медицинские услуги** в соответствии с выданной лицензией на осуществление медицинской деятельности (Лицензия № ЛО-38-01-003624 от 09.08.2019, выдана Министерством здравоохранения Иркутской области, г. Иркутск, ул. Карла Маркса, 29, тел.8-3952- 28-03-26, согласно Прейскуранту цен (тарифов) на платные медицинские услуги (далее – Прейскурант), утвержденным в установленном порядке, а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги.

2.1.1. Платные медицинские услуги предоставляются в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, в том числе к их объему и срокам оказания, разрешенными на территории РФ, утвержденными в установленном порядке.

2.1.2. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается:

- в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;
- в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;
- на основе клинических рекомендаций;
- с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - стандарт медицинской помощи).

2.1.3. Платные медицинские услуги должны соответствовать номенклатуре медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Потребителя.

2.2. Платные медицинские услуги Потребителю (Пациенту) на основании Перечня работ (услуг), в соответствии с выданной лицензией на осуществление медицинской деятельности, выданной в установленном порядке. Наименование, количество, стоимость платных медицинских услуг, информация о медицинских работниках, осуществляющих платные медицинские услуги, предоставленных Потребителю(Пациенту) указывается в приложении 2, являющемся неотъемлемой частью договора.

2.3. Получателем платных медицинских услуг является Потребитель.

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

2.5. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, является неотъемлемой частью настоящего договора.

2.6. Сроки предоставления услуг согласуются сторонами при каждом последующем посещении и указываются путем внесения записи о назначении следующего визита Пациента в Клинику и оказываются до момента выполнения Клиникой обязательств по Договору и Приложениям к нему в полном объеме

3. Права и обязанности Сторон

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать Потребителю (пациенту) платные медицинские услуги только при наличии информированного добровольного согласия Заказчика согласно приложения № 1 являющемся неотъемлемой частью договора, в соответствии с Перечнем оказываемых Потребителю (пациенту) платных медицинских услуг, согласно п. 2.2. настоящего Договора.

3.1.2. Поручить медицинскому работнику осуществить платную медицинскую услугу стандартного качества. (приложение 2 настоящего Договора)

3.1.3. Медицинская помощь при предоставлении Услуг организуется и оказывается в соответствии с положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями и на основе клинических рекомендаций.

3.1.4. Услуги предоставляются в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Законного представителя.

3.1.5. Качество предоставляемых Услуг соответствует обязательным требованиям к качеству медицинских услуг, установленных действующим законодательством и условиям Договора.

3.1.6. Оказывать платные медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором, после внесения Потребителем денежных средств, в порядке, определенном разделом 4 настоящего Договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату.

3.1.7. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством РФ порядке.

3.1.8. Исполнитель обязан соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся здоровья Потребителя (пациента).

3.2. Исполнитель вправе:

3.2.1. При выявлении у Потребителя противопоказаний к проведению лечебных и диагностических мероприятий отказать в их проведении.

3.2.2. Требовать от Потребителя соблюдения:
- графика прохождения процедур;
- режима при приеме лекарственных препаратов;
- назначений, рекомендаций специалистов;
- лечебно-охранительного режима;
- правил внутреннего распорядка лечебного учреждения;
- правил техники безопасности и пожарной безопасности.
3.2.3. Отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем правил внутреннего распорядка лечебного учреждения, рекомендаций и назначений специалистов и нарушении режима работы учреждения.
3.2.4. Использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Потребителя, достаточных для его идентификации.
3.3. Потребитель обязуется:
3.3.1. Оплатить предоставленные Исполнителем платные медицинские услуги, согласно Прейскуранту цен (тарифов), и в порядке, определенном разделом 4 настоящего Договора, до начала их оказания.
3.3.2. Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии здоровья Потребителя (пациента), в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.
3.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору.
3.3.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих платные медицинские услуги по настоящему Договору.
3.3.5. При предоставлении платных медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) о любых изменениях самочувствия Потребителя (пациента).
3.3.6. Соблюдать график приема медицинских работников, предоставляющих платные медицинские услуги по настоящему Договору.
3.3.7. Соблюдать внутренний режим нахождения в медицинской организации, правила техники безопасности и пожарной безопасности.
3.3.8. Извещать о невозможности явиться на приём, не менее чем за сутки.
3.4. Потребитель имеет право:
3.4.1. Получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями порядков оказания медицинской помощи, стандартов и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи.
3.4.2. Получить информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.
3.4.3. Получить у Исполнителя 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, без взимания дополнительной платы.

4. Цена и порядок оплаты услуг

4.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю (пациенту) согласно п. 2.2. настоящего Договора, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом цен (тарифов) платных медицинских услуг.
4.2. Оплата платных медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Заказчиком до начала их оказания путем внесения 100% предоплаты наличными/безналичными денежными средствами в кассу Организации, либо перечислением денежных средств на лицевой счет Организации по учету средств от приносящей доход деятельности. Заказчику после оплаты платных медицинских услуг выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых платных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (установленного образца)).

5. Порядок исполнения договора

5.1. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика. Без согласия Заказчика Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.
5.2. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя (пациента) при внезапных острых заболеваниях, состояниях и обострениях хронических заболеваниях, то такие услуги Исполнитель оказывает без взимания платы.
5.3. К отношениям, связанным с исполнением настоящего Договора применяются положения закона РФ от 07 февраля 1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителя».

6. Ответственность сторон

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.
6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя (пациента) в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.
6.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Заказчиком неполной информации о здоровье Потребителя (пациента).
6.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Заказчиком условий настоящего Договора.
6.5. Стороны освобождаются от ответственности за полное или частичное неисполнение обязательств по Договору в случае, если неисполнение обязательств явилось следствием форс-мажорных обстоятельств: пожары, наводнения, землетрясения, забастовки, войны, действия органов государственной власти или других независящих от Сторон обстоятельств.

7. Порядок изменения и расторжения Договора

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами всех своих обязательств.
7.2. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Заказчика (Потребителя) после заключения настоящего Договора от получения платных медицинских услуг при этом Заказчик (Потребитель) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

8. Заключительные положения

8.1. Договор на оказание платных медицинских услуг заключается в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Заказчика (Потребителя).
8.2. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, Стороны будут решать по возможности путем переговоров. При невозможности достижения согласий, спор подлежит передаче на рассмотрение суда, в соответствии с действующим законодательством РФ.

9. Согласие на обработку персональных данных

Настоящим, я даю свое согласие на обработку ОГАУЗ «ИГДСП» персональных данных моих (**моего ребенка** _____). Согласие распространяется на следующую информацию: мои (моего ребенка) фамилия, имя, отчество, год, месяц, день и место рождения, адрес и другая информация, относящаяся к моей (моего ребенка) личности. Согласие на обработку персональных данных дается мною в целях получения услуг, оказываемых Исполнителем. Согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных, которые необходимы для достижения вышеуказанных целей, включая без ограничения: сбор, систематизацию, накопление, хранение, использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение, а также осуществление любых иных действий с персональными данными в соответствии с действующим законодательством. Обработка персональных данных осуществляется следующим образом: с использование средств автоматизации, без использования средств автоматизации (неавтоматизированная обработка). При обработке персональных данных Исполнитель не ограничен в применении способов их обработки. Я согласен, что в случае необходимости Исполнитель вправе предоставить мои (моего ребенка) персональные данные для достижения указанных выше целей третьему лицу. Такие третьи лица имеют право на обработку персональных данных моих (моего ребенка) на основании настоящего согласия. Настоящее согласие дается мною бессрочно, но может быть отозвано посредством направления мною письменного уведомления не менее чем за 1 (один) месяц до момента отзыва согласия.

К настоящему Договору прилагается:

1. Приложение № 1 Информированное согласие об объеме и условиях, оказываемых платных медицинских услуг.
2. Приложение№2

10. Юридические адреса и банковские реквизиты Сторон

Исполнитель:	**Заказчик:**
ОГАУЗ «ИГДСП»	ФИО_____
664057 г. Иркутск, пр. Маршала Жукова, 62	_____
Тел. (3952) 35-97-68, 35-97-63	Адрес места жительства_____
ИНН/КПП 3811031460/381101001	_____
Минфин Иркутской области	Телефон _____
(ОГАУЗ «ИГДСП»,	Паспорт сер_____№_____
л/с 80303050225)	Дата выдачи_____
р/с 40601810500003000002	
Отделение Иркутск, г. Иркутск	
БИК 042520001	
Главный врач	
_____/Соболева Н.Н../	_____/_____
МП	(подпись) (ФИО)

Приложение № 1
к договору_____
на оказания платных
медицинских услуг
«___» _____ 202__ г.

Информированное добровольное согласие
об объеме и условиях, оказываемых платных медицинских услуг

Я, Заказчик (законный представитель пациента) _____, получил (а) от работников ОГАУЗ «ИГДСП», полную информацию о возможности и условиях оказания мне бесплатных медицинских услуг в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, застрахованных на территории РФ, и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я совершенно осознанно понимаю, что могу воспользоваться нормами Конституции Российской Федерации, декларирующей мне право на бесплатную медицинскую помощь в государственных или муниципальных учреждениях здравоохранения. В данном случае я, использую право расширенной свободы выбора при получении медицинской помощи и выбираю альтернативный вариант лечения на платной основе.

Я использую свое право, данное мне статьей 84 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и выбираю оказание платных медицинских услуг.

1. Я подтверждаю, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:
- ознакомил меня с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. № 736)
- ознакомил меня с действующим в Организации Прейскурантом цен (тарифов) на платные медицинские услуги;
- уведомил меня о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, застрахованных на территории РФ, и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- уведомил меня о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, оказывающего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество оказываемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя (пациента), и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ОГАУЗ «ИГДСП» за возникновение побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, ответственности не несет;
2. Я подтверждаю, что добровольно отказываюсь от альтернативной возможности получения бесплатной медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования (ОМС) и согласен оплатить стоимость выбранных мною платных медицинских услуг в соответствии с Прейскурантом цен (тарифов) на платные медицинские услуги.
3. Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия об объеме и условиях, оказываемых платных медицинских услуг, мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.
4. Настоящее информированное согласие подписано мною после проведения предварительной беседы и является приложением к Договору об оказании платных медицинских услуг.

Исполнитель:	**Заказчик:**
Главный врач	
_____ /Соболева Н.Н./	_____/_____
МП	(подпись) (ФИО)

Приложение № 2
к договору_____
на оказания платных
медицинских услуг
«___» _____ 201__ г.

Перечень предоставляемых потребителю платных медицинских услуг.

№ п/п	Наименование услуги/ или код услуги	Количество	Стоимость услуги, рублей	Сумма, рублей	Медицинский работник, осуществляющий платную медицинскую услугу	Подпись медицинского работника

Исполнитель:
Главный врач

_____ /Соболева Н.Н./
МП

Заказчик:

_____/_____
(подпись) (ФИО)