ДОГОВОР № (ОБРАЗЕЦ)
об оказании платных медицинских услуг

г. Ярославль от "10" Январь 2 025 г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ярославской области "Клиническая больница № 2", именуемое в дальнейшем «Исполнитель», действующее в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности № ЛО-76-01-002661 от 16.09.2019 г. выданной Департаментом здравоохранения и фармации Ярославской области, в лице Шершакова Елена Николаевна, действующей на основании доверенности № 20/2022 от 13.12.2022, с одной стороны, и гражданин (ка)

Петрова Мария Эдуардовна

именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», в соответствии с Гражданским кодексом РФ, Законом «О защите прав потребителей», федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ и Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. В соответствии с настоящим Договором Потребитель поручает, а Исполнитель принимает на себя обязательство по желанию Потребителя оказать платную медицинскую услугу:

Дуплексное сканирование брюшной аорты и ее висцеральных ветвей

1.2. Потребитель обязуется оплачивать медицинские услуги, предоставляемые ему, и выполнять рекомендации Исполнителя, направленные на обеспечение качества предоставляемых медицинских услуг.

2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Проинформировать Потребителя о Территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи;
2.1.2. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг лицензии учреждения и требованиям, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенных на территории Российской Федерации. При оказании медицинских услуг использовать оборудование, инструментарий и материалы, разрешенные к применению в РФ, имеющие соответствующие сертификаты и сроки годности.
2.1.3. Обеспечить Потребителя информацией о режиме работы, прейскуранте платных медицинских услуг, условиях их получения, а также сведениями о квалификации специалистов.
2.1.4. Оказать Потребителю квалифицированную медицинскую услугу;
2.1.5. Информировать Потребителя о предлагаемых методах обследования и лечения, возможности развития осложнений при проведении сложных лечебно-диагностических манипуляций или операций.
2.1.6. Обеспечивать реализацию прав Потребителя, в соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Самостоятельно определять характер исследований и манипуляций, для установления диагноза и лечения Потребителя;
2.2.2. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для лечения, назначить другого специалиста соответствующего профиля и квалификации.

2.3. Потребитель обязуется:

2.3.1. Информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;
2.3.2. Оплатить оказываемые услуги в порядке, определенном настоящим Договором;
2.3.3. Точно выполнять врачебные рекомендации, соблюдать режим работы Исполнителя, соблюдать правила санитарно-противоэпидемического режима, техники безопасности и противопожарной безопасности;
2.3.4. Достоверно и в полном объеме сообщать всю информацию о своем здоровье, как при заполнении карты здоровья, так и в ходе лечения в случае изменения состояния здоровья.

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. На предоставление полной и достоверной информации о предоставляемой услуге;
2.4.2. В случае ненадлежащего оказания медицинской услуги Потребитель вправе по своему выбору потребовать безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги или соответствующего уменьшения цены оказанной услуги.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

3.1. Стоимость услуг, предоставляемых Потребителю по настоящему Договору, определяется действующим прейскурантом Исполнителя и составляет

Одна тысяча четыреста рублей 00 копеек

, и является ориентировочной. При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ, не предусмотренных договором, они выполняются с согласия Потребителя, с оплатой по утверждённому прейскуранту.
3.2. Оплата медицинских услуг производится Потребителем в форме 100% предоплаты, до получения Услуги путём внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя.
3.3. В процессе оказания медицинской услуги стоимость может быть увеличена в связи с необходимостью проведения дополнительных диагностических, лечебных мероприятий, изменения фактических затрат на лечение и других обстоятельств, которые невозможно было предусмотреть при заключении настоящего Договора. В этом случае стороны заключают новый Договор до начала предоставления Потребителю этих услуг.

4. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

4.1. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в помещении Исполнителя.
4.2. Оказание услуг по настоящему Договору производится в порядке очереди Потребителя на прием.
4.3. Срок оказания медицинской услуги определяется по соглашению сторон.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по Договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения Потребителем своих обязанностей или по другим основаниям, предусмотренным законодательством.
5.2. Исполнитель освобождается от ответственности за причинение вреда здоровью Потребителю в случаях, если:
5.2.1. проявились осложнения, связанные с тем, что Потребитель не предоставил Исполнителю полную и достоверную информацию об имеющихся у него заболеваниях.
5.2.2. осложнения наступили из-за не соблюдения Потребителем врачебных рекомендаций.

5.2.3. вред причинен в рамках обоснованного профессионального риска.
5.3. Потребитель гарантирует, что при возникновении каких-либо осложнений, прямо или косвенно связанных с выполнением медицинских услуг Исполнителем, предоставит об этом информацию Исполнителю, в том числе и в случае непредвиденной госпитализации в другое медицинское учреждение, если способен это сделать по состоянию своего здоровья.

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания сторонами и действует до полного исполнения обязательств сторонами. Исполнением обязательств считается выдача Потребителю медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.
6.2. Все споры и разногласия, возникающие при исполнении настоящего Договора, разрешаются сторонами путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.
6.3. При возникновении разногласий сторон по вопросу качества оказанных услуг, до обращения в суд Потребитель обязан предъявить письменную претензию Исполнителю. Исполнитель обязан в течение одного месяца рассмотреть претензию Потребителя и дать обоснованный, письменный ответ.
6.4. Настоящий Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию Сторон.
6.5. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.
6.6. Исполнителем доведено до сведения Потребителя информация о возможности и порядке получения медицинских услуг на бесплатной основе
6.7. Потребитель дает добровольное согласие на проведение данной медицинской услуги на возмездной основе.
6.8. Стороны пришли к соглашению об использовании «Исполнителем» факсимильного воспроизведения подписи главного врача для подписания настоящего Договора

7. СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

7.1. Потребитель ознакомлен с Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и дает добровольное согласие на проведение данной медицинской услуги на возмездной основе.

7.2. Я, нижеподписавшийся, в соответствии с требованиями ст.9 Федерального закона от 27.07.06г. № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю оператору персональных данных – ГБУЗ ЯО "КБ № 2", свое согласие на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный (е) телефон (ы), реквизиты документа, удостоверяющего личность, полиса ОМС, ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионномфонде 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 действия (операции) с моими персональными данными для выполнения функций в соответствии с должностной инструкцией, 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. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС), в Единой государственной информационной системе здравоохранения Ярославской области на передачу моих персональных данных третьей стороне 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 осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну (323-ФЗ ст.91). Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. 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.

_____ (Подпись)

8. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель:	**Потребитель:**
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ярославской области "Клиническая больница № 2"	ФИО Петрова М.Э.
	Дата рождения _____
Местонахождение:150030, г. Ярославль, Суздальское шоссе, д. 39 ,	Гражданство _____
	Адрес с индексом _____
Банковские реквизиты:	_____
	_____
ДФ ЯО (ГБУЗ ЯО "КБ № 2", 901.06.029.6)	Паспорт серии _____ №_____
р/с 03224643780000007101 Отделение Ярославль // УФК по Ярославской области г.Ярославль	Выдан (кем) _____
БИК 017888102	_____
Кор.счет 40102810245370000065	Когда _____
ИНН 7604359290 КПП 760401001	ИНН

Исполнитель: **Потребитель:**

_____ Шершакова Елена Николаевна _____ Петрова М.Э.

По доверенности № 20/2022 от 13.12.2022 (ФИО)

М.П.