

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг

г. Омск

« ____ » _____ 202_ г.

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Городская больница № 3» (Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ серия 55 № 003615391, выдано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 12 по Омской области, ОГРН 1025500521848) имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности № Л041-01165-55/00382525 от 25.08.2017г., выданную Министерством здравоохранения Омской области (г. Омск, ул. Красный Путь, д.6, тел.(3812)23-35-25), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Сайфуллиной Марины Лукмановны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин (-ка) ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО, действующий от собственного имени, или действующий через Законного представителя, ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО, или действующий через Представителя, ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО по доверенности № _____ от _____, или Заказчик (в случае внесения оплаты по договору Заказчиком), ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО реквизиты документа, удостоверяющего личность: 00 00 000000 именуемый(-ая) в дальнейшем «Потребитель» (Законный представитель Потребителя/Представитель потребителя/Заказчик), с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

I. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. В соответствии с настоящим Договором Исполнитель принимает на себя обязательства оказать Потребителю (Законному представителю Потребителя/Представителю потребителя/Заказчику) следующие платные медицинские и иные услуги:

№п/п	Наименование услуги	Кол-во, ед.	Цена, руб.	Сумма, руб.
1				
ИТОГО:				

(далее - Услуги), отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а Потребитель (Законный представитель Потребителя/Представитель потребителя/Заказчик) обязуется оплатить их в порядке и размере, установленных настоящим Договором.

В случае, если при предоставлении платных медицинских и иных услуг потребуются предоставление на возмездной основе дополнительных услуг, не предусмотренных настоящим Договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя (Законного представителя Потребителя/Представителя потребителя/Заказчика). Стоимость этих услуг согласовывается Исполнителем и Потребителем (Законным представителем Потребителя/Представителем потребителя/Заказчиком) дополнительно.

1.2. Объем оказываемых по настоящему Договору услуг определяется желанием Потребителя (Законного представителя Потребителя/Представителя потребителя/Заказчика) и организационно-техническими возможностями Исполнителя.

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия физического лица на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником Исполнителя в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи (в том числе информированного добровольного согласия на оперативное вмешательство, согласия на анестезиологическое пособие).

1.3. Подписывая настоящий Договор, получив в доступной форме информацию о состоянии здоровья, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, а также о результатах проведенного лечения, Потребитель (Законный представитель Потребителя/Представитель потребителя/Заказчик) дает свое согласие на обработку его персональных данных и предоставление платных медицинских услуг, оговоренных в настоящем Договоре, в том числе и медицинских услуг, предусмотренных в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

1.4. Период оказания платных медицинских услуг: с _____.202_ по _____.202_

II. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в помещениях БУЗОО «ГБ № 3».

2.2. До заключения настоящего Договора Потребитель (Законный представитель Потребителя/Представитель потребителя/Заказчик) ознакомлен с перечнем работ (услуг), отраженных в лицензии на медицинскую деятельность (Приложение № 1 к настоящему Договору), о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, о графике работы медицинских работников и режиме работы Исполнителя, ознакомлен с Прейскурантом Исполнителя, понимает содержащуюся в нем информацию, согласен с действующими ценами на медицинские услуги, а также уведомлен о том, что оплаченные денежные средства по настоящему Договору не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования.

2.3. Условия и сроки ожидания оказания услуг устанавливаются Исполнителем. Информация о них предоставляется Потребителю (Законному представителю Потребителя/Представителю потребителя/Заказчику) до заключения Договора. Срок ожидания оказания Услуги, осуществляемой в порядке живой очереди, не может превышать продолжительности режима работы Исполнителя в день оказания Услуги. Потребитель (Законный представитель Потребителя/Представитель потребителя/Заказчик) уведомлен и согласен с тем, что сроки предоставления Услуги, указанных в Договоре и дополнительных соглашениях, в определенных клинических ситуациях могут сдвигаться, что повлечет смещение очередности и увеличит время ожидания. В случае невозможности оказания Услуги в назначенные дату и/или время, Стороны вправе согласовать иные дату и/или время оказания Услуги.

2.4. В соответствии с пунктом 7 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023г. № 736, до заключения настоящего Договора Потребитель (Законный представитель Потребителя/Представитель потребителя/Заказчик) уведомлен о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.5. До заключения настоящего Договора Потребитель (Законный представитель Потребителя/Представитель потребителя/Заказчик) уведомлен о том, что несоблюдение им указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество оказываемой услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

III. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Качественно оказывать медицинские услуги, предусмотренные п.1.1. Договора, в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации, а также 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.

3.1.2. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

3.1.3. Предупредить Потребителя (Законного представителя Потребителя/Представителя потребителя/Заказчика) в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных в Договоре, и в случае предоставления дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя (при внезапных ситуациях) оказывать дополнительные услуги без взимания платы.

3.1.4. Обеспечивать применение разрешенных к применению в Российской Федерации лекарственных препаратов, лечебного питания, медицинских изделий, дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных средств, расходных материалов, изделий медицинского назначения, медицинского оборудования.

3.1.5. По письменному требованию Потребителя (Законного представителя Потребителя/Представителя потребителя/Заказчика) предоставить в доступной форме информацию:

- о стандартах и порядках оказания медицинской помощи, конкретном медицинском работнике, оказывающем услугу, его образовании и квалификации, о методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях, и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

- о результатах обследований, диагнозе, методах лечения и связанном с ними риске, о возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, а также об используемых лекарственных препаратах, медицинских изделиях, в том числе сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению;

- предоставить для ознакомления выписку из единого государственного реестра юридических лиц;

3.1.6. Выдать документ, подтверждающий оплату медицинских услуг (кассовый чек).

3.1.7. Вести медицинскую документацию в установленном порядке и обеспечить Потребителю (Законному представителю Потребителя/Представителю потребителя/Заказчику) непосредственное ознакомление по его требованию с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья (включая сведения о результатах обследований, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях и т. п.) и выдать копии этих медицинских документов.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. Требовать от Потребителя (Законного представителя Потребителя/Представителя потребителя/Заказчика) предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему платных медицинских услуг.

3.2.2. Требовать от Потребителя (Законного представителя Потребителя/Представителя потребителя/Заказчика) соблюдения внутреннего режима лечебного учреждения, графика прохождения процедур, исследований, соблюдения режима приема лекарственных препаратов, режима питания и других предписаний.

3.2.3. Отказать в оказании платных медицинских услуг при выявлении медицинских противопоказаний у Потребителя, в случае нахождения Потребителя (Законного представителя Потребителя/Представителя потребителя/Заказчика) в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, либо при заведомой невозможности достичь результата лечения, обнаруженной в ходе обследования и лечения; в случае неоплаты Потребителем (Законным представителем Потребителя/Представителем потребителя/Заказчиком) стоимости услуг на условиях настоящего Договора, при нарушении Потребителем (Законным представителем Потребителя/Представителем потребителя/Заказчиком) правил внутреннего распорядка учреждения.

3.3. Потребитель (Законный представитель Потребителя/Представитель потребителя/Заказчик) обязуется:

3.3.1. Своевременно и в полном объеме оплачивать предоставленные Исполнителем медицинские услуги, в соответствии с условиями настоящего Договора.

3.3.2. До оказания медицинской помощи информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, точно выполнять назначения врача по лечению, а также указания, предписанные на период после оказания услуг.

3.3.3. Выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, в том числе соблюдать режим работы учреждения и график приема врачей-специалистов, а также режим приема лекарственных препаратов, режим питания и другие предписания.

3.3.4. Отказаться на весь период оказания медицинских услуг от употребления наркотиков и лекарств их содержащих, психотропных препаратов, алкогольсодержащих напитков.

3.3.5. Своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению настоящего Договора.

3.4. Потребитель (Законный представитель Потребителя/Представитель потребителя/Заказчик) имеет право:

3.4.1. На выбор врача-специалиста.

3.4.2. Требовать соблюдения конфиденциальности информации о факте обращения Потребителя за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе его заболевания и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

3.4.3. На получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, на выбор лиц, которым в интересах Потребителя может быть передана информация о состоянии его здоровья.

3.4.4. На отказ от медицинского вмешательства.

3.4.5. На возмещение вреда, причиненного здоровью Потребителя при оказании ему медицинской помощи, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

3.4.6. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

3.4.7. Направить обращение (жалобу) в органы государственной власти и организации в письменном виде по адресам: Министерство здравоохранения Омской области – 644043, г. Омск, ул. Красный путь, д.6, Email: minzdrav@minzdrav.omskportal.ru; Территориальный фонд обязательного медицинского страхования – 644010, г. Омск, ул. Масленникова, 68, Email: general@tfoms.omsk.ru; Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Омской области – 644001, г. Омск, ул. 10 лет Октября, 98, Email: rpn@55.rosпотrebnadzor.ru; Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Омской области – 644024, г. Омск, ул. Сенная, 22, Email: priemnaya@reg55.roszdravnadzor.ru; БУЗОО «Городская больница № 3» – 644029, г. Омск, ул. Энергетиков, д. 19, Email: gb3adm@mail.ru.

IV. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

4.1. Стоимость предоставляемых медицинских услуг определяется в п.1.1. настоящего Договора.
4.2. Оплата услуг осуществляется Потребителем (Законным представителем Потребителя/Представителем потребителя/Заказчиком) в порядке 100-процентной предоплаты до получения Услуги, путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или эквайринговым способом.

V. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ

5.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами принятых на себя обязательств по настоящему Договору.

5.2. Настоящий Договор может быть изменен либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленному в виде Соглашения и подписанному Исполнителем и Потребителем (Законным представителем Потребителя/Представителем потребителя/Заказчиком).

5.3. Настоящий Договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по настоящему Договору.

5.4. В случае полного отказа Потребителя (Законного представителя Потребителя/Представителя потребителя/Заказчика) от получения медицинских услуг после заключения Договора и оплаты услуг Договор расторгается, при этом Потребитель (Законный представитель Потребителя/Представитель потребителя/Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору. В случае частичного отказа от оказания услуг Потребителю (Законному представителю Потребителя/Представителю потребителя/Заказчику) подлежат возврату денежные средства пропорционально объему оказанных услуг. Требования Потребителя (Законного представителя Потребителя/Представителя потребителя/Заказчика) о возврате уплаченной за услугу денежной суммы, в связи с отказом от исполнения Договора, подлежат удовлетворению в десятидневный срок со дня предъявления соответствующего требования.

VI. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Потребителем (Законным представителем Потребителя/Представителем потребителя/Заказчиком) условий настоящего Договора, в случаях осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Потребителя, а также в случае, если Потребитель (Законный представитель Потребителя/Представитель потребителя/Заказчик) не проинформировал Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

6.4. Все споры и разногласия, возникшие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров между Сторонами, а в случае не достижения согласия – в суде общей юрисдикции по правилам подведомственности и подсудности, установленным гражданским процессуальным законодательством.

6.5. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему договору, если это явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения договора (пожар, наводнение, землетрясение, военные действия, постановления Правительства и государственных органов и другие обстоятельства, находящиеся вне разумного контроля сторон).

VII. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

7.1. Исполнитель обязуется соблюдать конфиденциальность информации о факте обращения Потребителя за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

7.2. С согласия Потребителя (Законного представителя Потребителя/Представителя потребителя/Заказчика) допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Потребителя.

7.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Потребителя (законного представителя Потребителя/Представителя потребителя/Заказчика) допускается в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

VIII. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

8.1. Стороны договариваются, что при подписании Договора Исполнитель вправе использовать факсимильное воспроизведение подписи с помощью средств механического копирования (факсимиле), являющееся аналогом собственноручной подписи и имеющее юридическую силу.

8.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, которые имеют одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

IX. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель:	Потребитель
Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Городская больница № 3» 644029, г. Омск, ул. Энергетиков, д. 19 ИНН: 5501041575 КПП: 550101001 ОГРН: 1025500521848 Тел/факс: (3812) 67-03-72/67-34-52 Email: gb3adm@mail.ru Главный врач: _____ /М.Л. Сайфуллина М.П.	(Законный представитель Потребителя/ Представитель потребителя/Заказчик): Ф.И.О.: ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО Паспортные данные: <u>00 00 000000</u> Выдан: Дата выдачи: Зарегистрирован по адресу: _____ Адрес для направления ответов на письменные обращения: _____ (ФИО)

Перечень работ (услуг), отраженных в лицензии на медицинскую деятельность БУЗОО «ГБ № 3»

Поликлиника БУЗОО «ГБ № 3» по адресу: 644029, г. Омск, ул. Энергетиков, д. 19:

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

- 1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу; вакцинации (проведению профилактических прививок); лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; лечебному делу; медицинской статистике; медицинскому массажу; рентгенологии; сестринскому делу; физиотерапии; функциональной диагностике.
- 2) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); терапии.
- 3) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: терапии.
- 4) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); гастроэнтерологии; дерматовенерологии; инфекционным болезням; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; неврологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации); офтальмологии; профпатологии; психиатрии-наркологии; пульмонологии; ревматологии; рентгенологии; спортивной медицине; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; эндоскопии.
- 5) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: гастроэнтерологии; клинической лабораторной диагностике; неврологии; ультразвуковой диагностике; урологии; функциональной диагностике; эндокринологии.
- 6) При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе профессиональной пригодности.
- 7) При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым); медицинским осмотрам профилактическим.
- 8) При проведении медицинских освидетельствований организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием.

Центральное патологоанатомическое отделение БУЗОО «ГБ № 3» по адресу: 644029, г. Омск, ул. Энергетиков, д. 15 А:

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

- 1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: гистологии.
 - 2) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: патологической анатомии.
- При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):
- 1) при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: гистологии; патологической анатомии.

Отделение общей врачебной практики БУЗОО «ГБ № 3» по адресу: 644083, г. Омск, ул. Глинки, д. 3 А:

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

- 1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу; вакцинации (проведению профилактических прививок); лабораторной диагностике; общей практике; сестринскому делу; функциональной диагностике.
- 2) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); общей врачебной практике (семейной медицине).
- 3) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: клинической лабораторной диагностике; общей врачебной практике (семейной медицине).
- 4) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: эндоскопии.
- 5) При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности.

Здравпункт БОУОО СПО «Омский промышленно-экономический колледж» по адресу: 644065, г. Омск, ул. 22-го Апреля, д. 38:

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

- 1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лечебному делу.
- 2) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии; терапии.

Здравпункт БОУОО СПО «Омский промышленно-экономический колледж» по адресу: 644029, г. Омск, ул. Нефтезаводская, д. 6:

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

- 1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); лечебному делу.
- 2) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии; терапии.

Здравпункт БПОУ ОО «Омский монтажный техникум» по адресу: 644065, г. Омск, ул. Магистральная, д. 40 А:

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

- 1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); лечебному делу.
- 2) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии; терапии.

**Информированное добровольное согласие пациента
по объему и условиям получения платных медицинских услуг
в бюджетном учреждении здравоохранения Омской области
«Городская больница № 3»**

г. Омск

«__» _____ 202_ год

Я, Потребитель (Законный представитель Потребителя/Представитель потребителя/Заказчик)

_____ (фамилия, имя, отчество)

ознакомлен (а) с правами и обязанностями Потребителя, предусмотренными статьей 41 Конституции РФ, статьями 18-23, 27 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 г. № 736 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу Постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006».

Работниками БУЗОО «ГБ № 3» мне предоставлена полная информация о возможности и условиях получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи по моему заболеванию без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

До заключения Договора на оказание платных медицинских услуг я получил (а) информацию о БУЗОО «ГБ № 3», о лицензии на право осуществления медицинской деятельности и соответствующем ей перечне платных медицинских и иных услуг, а также о ценах на платные услуги, условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты, о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, о графике работы медицинских работников, режиме работы учреждения, о контролирурующих органах как по надзору в сфере здравоохранения, так и в сфере защиты прав потребителей (их адреса и телефоны), об условиях и сроках ожидания оказания платных медицинских услуг.

Я, получив от работников БУЗОО «ГБ № 3» полную информацию о возможностях и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, хочу воспользоваться своим правом и даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов (а) их оплатить.

Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны платные медицинские услуги, которые я хочу получить в БУЗОО «ГБ № 3» и согласен(на) их оплатить в соответствии с действующим прейскурантом цен на платные медицинские услуги в БУЗОО «ГБ № 3».

Я проинформирован(на) о том, что по поводу имеющегося у меня заболевания я могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях и подтверждаю свое согласие на лечение и получение платных медицинских услуг в БУЗОО «ГБ № 3». В данном случае, я использую право расширенной свободы выбора при получении медицинской помощи при моем заболевании и выбираю альтернативный вариант лечения на платной основе.

Настоящее информированное добровольное согласие пациента по объему и условиям получения платных медицинских услуг в бюджетном учреждении здравоохранения Омской области «Городская больница № 3» мною прочитано, я полностью согласен(на) на предоставление предложенных мне платных медицинских услуг и даю письменное согласие на их получение.

_____ (ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО)

(подпись)

УВЕДОМЛЕНИЕ

Я, Потребитель (Законный представитель Потребителя/Представитель потребителя/Заказчик) ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО в доступной для меня форме *уведомлен(а) 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 пациента.*
Согласен(сна) на подписание Договора на оказание платных медицинских услуг

подпись

(Ф.И.О.)

«__» _____ 202__ г.

АКТ

оказанных медицинских услуг по Договору на оказание платных медицинских услуг

город Омск

«__» _____ 202__ года

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Городская больница № 3», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Сайфуллиной Марины Лукмановны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин(-ка) ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО (далее – Потребитель/Законный представитель Потребителя/ Представитель потребителя/Заказчик) с другой стороны составили настоящий акт о нижеследующем:

В период с __.__.202__ по __.__.202__ Исполнителем оказаны медицинские услуги Потребителю (Законному представителю Потребителю/Представителю потребителя/Заказчику) в составе:

№п/п	Наименование услуги	Кол-во, ед.	Цена, руб.	Сумма, руб.
1				
ИТОГО:				

Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок.

Потребитель (Законный представитель Потребителя/Представитель потребителя/Заказчик) претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

Исполнитель:	Потребитель
Главный врач: _____ /М.Л. Сайфуллина/ М.П.	(Законный представитель Потребителя/ Представитель потребителя/Заказчик): _____ (ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО)

)

СОГЛАСИЕ СУБЪЕКТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ НА ОБРАБОТКУ ЕГО ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Ф.И.О. субъекта персональных данных: ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО

Адрес регистрации: _____

Документ, удостоверяющий личность: _____

Серия, номер и дата выдачи: 00 00 000000 выдан 0

Орган, выдавший документ: _____

Даю согласие бюджетному учреждению здравоохранения Омской области «Городская больница № 3» (далее – Оператор), расположенному по адресу: Российская Федерация, город Омск, улица Энергетиков, дом 19, на обработку моих персональных данных для осуществления медико-профилактических мероприятий, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка моих персональных данных осуществляется лицами, профессионально занимающимися медицинской деятельностью и обязанными в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну по следующему перечню персональных данных: фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), пол, дата рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, дата регистрации, страховой номер индивидуального лицевого счета, номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица, анамнез, диагноз, сведения об организации, оказавшей медицинские услуги, вид оказанной медицинской помощи, условия оказания медицинской помощи, сроки оказания медицинской помощи, объем оказанной медицинской помощи, результат обращения за медицинской помощью, номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии), сведения об оказанных медицинских услугах, примененные клинические рекомендации, стандарты и порядки оказания медицинской помощи, сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу.

Предоставляю Оператору право осуществлять ведение персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности. В случае, если Оператор поручит обработку персональных данных другому лицу, ответственность перед субъектом персональных данных за действия указанного лица несет Оператор.

Лицо, осуществляющее обработку персональных данных по поручению Оператора, несет ответственность перед Оператором.

Даю согласие субъекта персональных данных на обработку моих персональных данных в течение срока хранения медицинской карты амбулаторного больного (форма медицинской документации № 025/у) – двадцать пять лет. Оставляю за собой право отозвать согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных посредством составления соответствующего письменного заявления, которое будет вручено лично под расписку представителю Оператора или направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении.

«__» _____ 202__ г.

Субъект персональных данных _____ / ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО