

Договор №
на оказание услуг

г. Рязань

«....» 2019 г.

Государственное бюджетное учреждение Рязанской области «Областная клиническая больница им. Н.А. Семашко» (ГБУ РО «ОКБ им. Н.А. Семашко»), адрес местонахождения: 390005, г. Рязань, ул. Семашко, д. 3, именуемое далее – «Исполнитель», в лице заместителя главного врача по поликлинике Удовиченко Ольги Борисовны, действующего на основании Доверенности №2555 от 19.10.2018г. (Лицензии № ЛО-62-01-001827 от 23.04.2018г.) , с одной стороны, и Гр. , именуемый(ая) в дальнейшем "Потребитель", действующий по собственному волеизъявлению, с другой стороны, в дальнейшем именуемые "Стороны", заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора, срок оказания услуг.

- 1.1 Исполнитель на основании обращения Потребителя обязуется оказать следующие медицинские услуги: , а Потребитель обязуется оплатить предоставляемые услуги согласно настоящему договору. Исполнитель вправе привлекать для исполнения настоящего договора третьих лиц, оставаясь ответственным за их действия перед Заказчиком.
- 1.2 Срок оказания услуг с по.....
- 1.3 Место оказания услуг:

2. Порядок и условия предоставления услуг, права и обязанности сторон.

- 2.1 Условия предоставления платных медицинских услуг, предусмотренных в приложении №2 к настоящему договору, соответствуют Постановлению Правительства РФ от 04.10.12г. № 1006.
- 2.2 Если при предоставлении платных медицинских услуг требуются дополнительные медицинские услуги по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются бесплатно в соответствии с ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан РФ".
- 2.4. **Потребитель обязуется:**
- 2.4.1 Оплатить услуги в размере и порядке, указанном в разделе 3 настоящего договора.
- 2.4.2 Соблюдать внутренний режим Исполнителя, график приема врачей-специалистов, выполнять назначения медицинского персонала. При прохождении лечения (процедур) сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия.
- 2.4.3 Дать добровольное согласие на медицинское вмешательство, или отказаться от него (в письменной форме).
- 2.4.4 Ущерб, возникший в результате утраты или повреждения имущества Исполнителя, нанесенный Потребителем, должен быть возмещен в полном объеме.
- 2.5 **Потребитель имеет право:**
- 2.5.1 Получать от Исполнителя для ознакомления в доступной форме любые сведения о состоянии своего здоровья, результаты анализов и пр., а так же отказаться от получения Услуг.
- 2.5.2 При обнаружении недостатков оказанной услуги вправе по своему выбору потребовать:
- безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги;
 - соответствующего уменьшения цены оказанной услуги;
 - безвозмездного повторного оказания услуги;
 - возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги своими силами или третьими лицами.
- 2.6 **Исполнитель обязуется:**
- 2.6.1 Оказать медицинские услуги в соответствии с утвержденными в учреждении стандартами оказания медицинских услуг. После проведения лечения выдавать медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из них), отражающие состояние здоровья пациента после получения платных медицинских услуг.
- 2.6.2 Обеспечить конфиденциальность информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии здоровья Потребителя.

3. Стоимость, сроки и порядок оплаты услуг

- 3.1 Сумма Договора составляет: 0 руб (Ноль рублей 00 коп.)
- 3.2 Оплата услуг производится путем внесения 100 % предоплаты и считается произведенной при поступлении денежных средств Исполнителю. Цена на услуги не подлежит изменению с момента подписания настоящего договора.
- 3.3 Оплата за продление срока предоставления услуги производится согласно п. 3.2. настоящего договора.

4. Прочие условия

- 4.1 Потребитель дает согласие на проведение следующей услуги:
- 4.2 Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.
- 4.3 Договор может быть изменен или расторгнут по соглашению Сторон до начала оказания услуг. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения услуг договор расторгается, и Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему договору.
- 4.4 Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон.
- 4.5 Договор действует с момента заключения до исполнения Сторонами принятых на себя обязательств.

5. Реквизиты Сторон

Исполнитель:

ГБУ РО «ОКБ им. Н.А. Семашко»
390005, г. Рязань, ул. Семашко, д. 3
ИНН 6230008037, ОКОНХ 91511, ОКПО 01942786
р/с 40601810000001000001 в Отделении Рязани г.Рязань, БИК 46126001

Потребитель:

Ф.И.О.
Адрес регистрации:
Паспортные данные:

_____/Удовиченко О.Б./
«....» 2019 г.

_____/_____
«....» 2019 г.

г. Рязань

АКТ
об оказании услуг

Государственное бюджетное учреждение Рязанской области «Областная клиническая больница им. Н.А. Семашко» (ГБУ РО «ОКБ им. Н.А. Семашко»), адрес местонахождения: 390005, г. Рязань, ул. Семашко, д. 3, именуемое далее – «Исполнитель», в лице заместителя главного врача по поликлинике Удовиченко Ольги Борисовны, действующего на основании Доверенности №2555 от 19.10.2018г. (Лицензии № ЛО-62-01-001827 от 23.04.2018г.) , с одной стороны, и Гр. , именуемый(ая) в дальнейшем "Потребитель", действующий по собственному волеизъявлению, с другой стороны, в дальнейшем именуемые "Стороны", подписали настоящий акт о нижеследующем:

1. Услуги, предусмотренные договором № от «....» 2019 г. на оказание услуг, оказаны в полном объеме.
2. Услуги оказаны на сумму: 0 руб (Ноль рублей 00 коп.)
3. Расчеты по вышеуказанному договору произведены своевременно и в полном объеме.
4. Претензий по договору Стороны друг к другу не имеют.

Исполнитель:

ГБУ РО «ОКБ им. Н.А. Семашко»
390005, г. Рязань,
ул. Семашко, д. 3
ИНН 6230008037
ОКОНХ 91511
ОКПО 01942786
р/с 40601810000001000001 в Отделении Рязани г.Рязань, БИК
46126001

Потребитель:

Ф.И.О.

Адрес регистрации:
Паспортные данные:

_____/Удовиченко О.Б./
«....» 2019 г.

«....» 2019 г.

МЗ СР РФ Министерство
здравоохранения Рязанской
области
Государственное бюджетное
учреждение Рязанской области
"Областная клиническая
больница им. Н.А. Семашко"
(ГБУ РО "ОКБ им. Н.А.

Приложение №4

к договору № на оказание
платных медицинских услуг

№ от «...» 2019 г.

ТАЛОН
по оказанию платных медицинских услуг

Ф.И.О. Пациента:
г. Рождения: г.

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Дата оказания услуги	Исполнитель	
				ФИО	Табельный номер

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ (ОТКАЗ) НА (ОТ) МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

НАСТОЯЩЕЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ составлено в соответствии со ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и Постановления Правительства РФ от 04.10.2012г. N 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг".

Мне:

(ФИО пациента или его законного представителя)

разъяснены состояние моего здоровья и характер необходимых диагностических и лечебных мероприятий, а также Порядок получения медицинских услуг на бесплатной основе, в рамках территориальной программы госгарантий бесплатного оказания медицинской помощи населению Рязанской области на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов.

Настоящим я доверяю врачу и его коллегам выполнить все необходимые медицинские вмешательства в соответствии с моим состоянием здоровья: _____.

Содержание указанных выше медицинских действий, их цель и методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные осложнения и последствия, а так же предполагаемые результаты оказания медицинской помощи мне известны. Я хорошо понял разъяснения Врача. Я понимаю, что в ходе выполнения указанных выше медицинских действий может возникнуть необходимость выполнения другого вмешательства, исследования или операции, не указанных выше. Я доверяю Врачу и его ассистентам принять соответствующее решение в соответствии с их профессиональным суждением и выполнить любые медицинские действия, которые Врач сочтёт необходимыми для улучшения моего состояния. Я согласен (а) на переливание крови и её компонентов в ходе операции или в послеоперационном периоде, если возникнет такая необходимость, а так же если возникнет эта необходимость по другим причинам.

Содержание документа мною прочитано, разъяснено мне врачом, оно полностью мне понятно, что я и удостоверяю своей подписью.

_____/

«...» 2019 г.

УВЕДОМЛЕНИЕ

Администрация ГБУ РО "ОКБ им. Н.А. Семашко" во исполнение Правительства РФ от 04.10.2012г. N 1006 уведомляет: "Несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских сотрудников лечебного учреждения оказывающих платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья". С настоящим уведомлением ознакомлен до момента заключения договора:

_____/

«...» 2019 г.

**Письменное согласие пациента
на обработку его персональных данных
в информационных системах ГБУ РО "ОКБ им. Н.А. Семашко"**

Я сам принимаю решение о предоставлении своих персональных данных и даю согласие на их обработку ГБУ РО "Областная клиническая больница им. Н.А. Семашко"; 390005, г.Рязань, ул.Семашко, д.3; тел./факс: (4912) 76-57-23; kbsemashko@yandex.ru (далее - Оператор) в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я представляю право медицинским работникам осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включающими: фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, образование, профессию, адрес проживания, контактный телефон, 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. 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).

Настоящее согласие дано мной «....» 2019 г. и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать согласие посредством составления соответствующего письменного документа. Который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте

Я имел (а) возможность задавать любые вопросы по обработке своих персональных данных в информационных системах персональных данных ГБУ РО ОКБ им. Н.А. Семашко

Подпись субъекта персональных данных:

_____ //

или законного представителя субъекта персональных данных _____