

До заключения Договора Исполнитель уведомил в письменной форме Потребителя 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 потребителя

ДОГОВОР № _____
ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Тюменский район

«__» _____ 20__ г.

Автономное учреждение социального обслуживания населения Тюменской области «Центр медицинской и социальной реабилитации «Пышма», имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности № ЛО-72-01-002568 от 29.08.2017 г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего (ей) на основании _____, с одной стороны, и гражданин _____,

(Ф.И.О.)

именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель» («Заказчик»), с другой стороны, далее при совместном упоминании именуемые Сторонами, руководствуясь Федеральным законом от 21.11.2011 № 232-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» (далее Федеральный закон № 232-ФЗ) и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА

1.1. Сведения об Исполнителе:

1.1.1. Полное и сокращенное наименование: Автономное учреждение социального обслуживания населения Тюменской области «Центр медицинской и социальной реабилитации «Пышма» (АУ СОН ТО «Центр медицинской и социальной реабилитации «Пышма»);

1.1.2. Адрес места нахождения: 625503, Тюменская область, Тюменский район, 28 км Ялуторовского тракта, № 8;

1.1.3. Адрес места оказания медицинских услуг: 625503, Тюменская область, Тюменский район, 28 км Ялуторовского тракта, № 8;

1.1.4. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществляющего государственную регистрацию: Свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 72 № 001506970 выдано ИФНС по г. Тюмени № 3 27.12.2007 г.;

1.1.5. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа: лицензия № ЛО-72-01-002568 от 29 августа 2017 г. выдана Департаментом здравоохранения Тюменской области, 625048, г. Тюмень, ул. Малыгина, д. 48. Тел. (3452) 42-78-00.

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией содержится в соответствующей Лицензии Исполнителя, копия которой является частью настоящего Договора (приложением к настоящему Договору) и находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

1.2. Сведения о Потребителе (Заказчике):

1.2.1. Фамилия, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон Потребителя:

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские и дополнительные услуги, а Потребитель обязуется оплатить оказываемые услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

Предоставляемые в рамках настоящего Договора медицинские услуги являются разными, отделенными по времени и технологическим подходам друг от друга самостоятельными медицинскими услугами.

Перечень платных медицинских и дополнительных услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором, объем работ и услуг и сроки их оказания указываются (содержатся) в Дополнительном соглашении, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.2. При заключении Договора Потребителю предоставлена в доступной форме информация о возможности 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, а также информация (предоставляемая по требованию Потребителя) о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;

- информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

- информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- другие сведения, относящиеся к предмету Договора.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

3.1. Стоимость конкретных платных медицинских услуг, оказываемых по настоящему договору, указывается в Приложении № 1 к настоящему договору.

Стоимость платных медицинских услуг по настоящему Договору определяется, исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта, в соответствии с фактическим объемом оказанных платных медицинских услуг.

3.2. Общая стоимость платных медицинских услуг по настоящему Договору составляет _____ (_____) руб. ___ коп.

3.3. Стороны согласны, что оплата конкретной медицинской услуги производится непосредственно в день оказания такой услуги, на основании Прейскуранта Исполнителя. Иной порядок и сроки оплаты могут быть предусмотрены в Дополнительном соглашении Сторон.

Потребитель ознакомлен с Прейскурантом до подписания настоящего Договора.

3.4. Оплата осуществляется Потребителем путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, либо иным, не запрещенным законом способом.

3.5. После оплаты Потребителю выдается контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности, подтверждающий произведенную Потребителем оплату.

3.6. Исполнитель разъясняет, а Потребитель понимает, что денежные средства, добровольно затраченные Потребителем в рамках настоящего Договора, возврату через страховую компанию либо из других источников не подлежат, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

3.7. По требованию Потребителя, оплатившего услуги, Исполнитель обязан выдать ему справку об оплате медицинских услуг установленной формы для представления в налоговые органы РФ.

4. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

4.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Потребителя и его согласия приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет собственных средств, о чем свидетельствует подписание Потребителем настоящего Договора и Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

4.2. Медицинские и дополнительные услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензией на медицинскую деятельность, порядками, стандартами (в полном объеме порядков и стандартов, либо в объеме, превышающем соответствующий порядок и/или стандарт и/или в виде отдельных медицинских вмешательств – по соглашению сторон) и других документов, в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.3. Потребитель предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

4.4. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.5. Потребитель незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

4.6. Исполнителем после исполнения Договора выдаются Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

4.7. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии Информированного добровольного согласия Потребителя.

5. СОГЛАСИЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ НА ОБРАБОТКУ ЕГО ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

5.1. Потребитель в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ дает согласие на обработку и передачу его персональных данных.

5.1.1. Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных указаны в п. 1.1. Договора.

5.1.2. Цель обработки персональных данных: оказание медицинских услуг и осуществление иных, связанных с этим мероприятий.

5.1.3. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество; пол; дата (число, месяц, год) рождения; серия и номер документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи документа, выдавшем документ органе; сведения о регистрации по месту жительства и временной регистрации по месту пребывания; номера контактных телефонов; адрес электронной почты; сведения о родстве, семейном положении, сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью а также биометрические персональные данные – анализы, рост, вес, иные физиологические или биологические характеристики человека, в том числе его изображение (фотография и видеозапись), которые позволяют установить личность субъекта и иная персональная информация, предоставленная Заявителем учреждению.

5.1.4. Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение использования, распространение, в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных).

5.1.5. Общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных: внесение персональных данных в электронную базу данных, включение в списки (реестры) и отчетные формы и другие способы обработки.

5.1.6. Срок, в течение которого действует согласие: со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

5.1.7. Порядок отзыва согласия: отзыв согласия осуществляется путем подачи субъектом персональных данных соответствующего письменного заявления оператору, получившему согласие.

Подпись Потребителя (Заказчика): _____/_____/

Подпись от лица Оператора (Исполнителя): _____/_____/

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

6.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента (Потребителя) в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством РФ.

6.3. Потребитель несет ответственность за нарушение условий Договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством РФ.

6.4. Потребитель несет ответственность за нарушение условий Договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, в соответствии с действующим законодательством РФ.

6.5. В случаях, предусмотренных п. 6.3. - 6.4. Договора, Исполнитель вправе приостановить проведение лечебно-диагностических мероприятий (за исключением проведения лечения по жизненным показаниям, экстренной и неотложной помощи).

7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

7.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

7.2. В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. В случае расторжения Договора по инициативе Потребителя (в том числе – в случае отказа Потребителя от получения услуг), он оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ

8.1. Договор считается заключенным со дня его подписания и действует до полного исполнения сторонами взятых на себя обязательств.

8.2. Договор составлен в двух экземплярах, по одному – для каждой из Сторон.

9. ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ

АУ СОН ТО «Центр медицинской и социальной реабилитации «Пышма»

ПОТРЕБИТЕЛЬ (ЗАКАЗЧИК)

(фамилия, имя и отчество (если имеется))

(должность)

(подпись)

(ФИО)

Подпись Потребителя (Заказчика) _____

М.П.

ПЕРЕЧЕНЬ
платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю

№	Наименование услуги	Срок оказания услуги	Кол-во услуг	Стоимость за ед. услуги, руб.	Сумма, руб.
ИТОГО:					

Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором, объем работ и услуг и сроки их оказания согласованы сторонами.

ИСПОЛНИТЕЛЬ

АУ СОН ТО «Центр медицинской и социальной реабилитации «Пышма»

ПОТРЕБИТЕЛЬ (ЗАКАЗЧИК)

(фамилия, имя и отчество (если имеется))

(должность)

(подпись)
М.П.

(ФИО)

Подпись Потребителя (Заказчика) _____

АКТ ОБ ОКАЗАННЫХ УСЛУГАХ № _____
по договору возмездного оказания медицинских услуг
№ _____ от «___» _____ г.

Тюменский район

«___» _____ г.

Автономное учреждение социального обслуживания населения Тюменской области «Центр медицинской и социальной реабилитации «Пышма», имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности № ЛО-72-01-002568 от 29 августа 2017 г. именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующей (ей) на основании _____, с одной стороны, и _____,

(Ф.И.О.)

именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель» («Заказчик»), с другой стороны, подписали настоящий акт, о том что: Исполнитель оказал Потребителю платные медицинские услуги в объеме, установленном договором. К качеству, объемам и срокам оказания услуг Потребителю Заказчик (законный представитель Потребителя) претензий не имеет.

Настоящий Акт подписан Сторонами в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

Исполнитель:

Автономное учреждение социального обслуживания населения Тюменской области «Центр медицинской и социальной реабилитации «Пышма»

Потребитель (Заказчик):

(Ф.И.О.)

Адрес места нахождения: 625503, Тюменская область, Тюменский район, 28 км Ялуторовского тракта, № 8.
ИНН 7224037183, КПП 722401001,
ОГРН 1077203065521

Адрес места жительства: _____

(должность)

М.П.

(подпись)

(ФИО)

(подпись)

(Ф.И.О.)