

ДОГОВОР № % {Number} %
ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Азнакаево

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Азнакаевская центральная районная больница» (ГАУЗ «Азнакаевская ЦРБ»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице **Шигапова Ильдара Фирралиевича** и % {AmbulanceEvent / AmbulanceCard / Patient / FIO} %, именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА

1.1. Сведения об Исполнителе:

1.1.1. Полное фирменное наименование: Государственное автономное учреждение здравоохранения «Азнакаевская центральная районная больница».

1.1.2. Адрес места нахождения: 423330, Российская Федерация, Республика Татарстан, г. Азнакаево, ул. Хасаншиной, 21

1.1.3. Адрес(а) мест(а) оказания медицинских услуг: % {Post/Division / Branch / Address / DisplayName} %.

1.1.4. Свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 16 № 006334647 выдано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №15 по Республике Татарстан, ОГРН 1001601569980.

1.1.5. Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01181-16/00363198 от 24 декабря 2020 г. выдана Министерством здравоохранения Республики Татарстану, адрес лицензирующего органа: 420111, Республика Татарстан, г. Казань, Островского 11/6; тел: (8432) 231-79-20.

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией содержится в соответствующей Лицензии Исполнителя, и находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

1.2. Сведения о Заказчике:

1.2.1. Фамилия, имя и отчество, адрес места жительства и телефон Заказчика: % {AmbulanceEvent / AmbulanceCard / Patient / FIO} %, % {AmbulanceEvent / AmbulanceCard / Patient / AddressLegal / Address} %, тел. % {AmbulanceEvent / AmbulanceCard / Patient / PhoneNumbersString} %

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Исполнитель обязуется оказать Заказчику платные медицинские услуги, а Заказчик обязуется оплатить оказываемые услуги в соответствии с условиями настоящего договора.

2.2. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, указывается в направлениях на медицинские услуги, выдаваемых Исполнителем и являющихся неотъемлемой частью настоящего договора. (Приложение №1)

(наименование платной услуги)

2.3. Сроки оказания медицинских услуг указывается в направлениях на медицинские услуги, выдаваемых Исполнителем и являющихся неотъемлемой частью настоящего договора.

2.4. При заключении договора Заказчику 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 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.

2.5. Срок оказания услуг в течение 10 рабочих дней с момента подписания договора.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

3.1. Стоимость услуг по настоящему договору определяется исходя из действующего Прейскуранта Исполнителя и указывается в направлениях на медицинские услуги, с учетом примененных скидок (при их наличии). В размере % {TotalCost} % рублей

3.2. Стоимость медицинских услуг может быть изменена в связи с заменой обследования с продлением срока лечения, увеличением фактических затрат на лечение, усложнением операции, проведением дополнительных диагностических, лечебных мероприятий и в силу других обстоятельств. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг Исполнитель обязуется своевременно предупредить об этом Заказчика. В случае согласия Заказчика на оказание дополнительных услуг ему выдается направление на медицинские услуги, согласно п. 2.2 настоящего договора. Заказчик вправе отказаться от оказания дополнительных услуг. В этом случае Исполнитель вправе требовать уплаты стоимости оказанных услуг.

3.3. Оплата медицинских услуг производится в день подписания настоящего договора или непосредственно в день оказания каждой медицинской услуги, на основании Прейскуранта Исполнителя. Иной порядок и сроки оплаты могут быть определены по соглашению сторон. Заказчик ознакомлен с Прейскурантом до подписания настоящего договора.

3.4. Оплата осуществляется Заказчиком путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. В случае обращения Заказчика по направлению другой медицинской организации оплата может быть осуществлена указанной организацией.

3.5. Исполнитель разъясняет, а Заказчик понимает, что денежные средства, добровольно затраченные Заказчиком в рамках настоящего договора, возврату через страховую компанию, либо из других источников не подлежат, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

3.6. По требованию Заказчика на предоставление платных медицинских услуг составляется смета, которая становится неотъемлемой частью настоящего договора. (Приложение №1)

4. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

4.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Заказчика и его согласия приобрести медицинскую услугу на возмездной основе, о чем свидетельствует подписание Заказчиком настоящего договора.

4.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с 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 другими документами, в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.3. Заказчик 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 Российской Федерации.

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

4.6. Исполнитель после исполнения договора выдает Заказчику медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Заказчика после получения медицинских услуг.

4.7. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии Информированного добровольного согласия Заказчика на медицинское вмешательство.

4.8. Исполнитель имеет право привлекать соисполнителей для оказания медицинской помощи Заказчику, если необходимые по медицинским показаниям виды медицинской помощи (лабораторные исследования) не могут быть оказаны непосредственно Исполнителем.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕИСПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

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

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Заказчика в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.3. Исполнитель проинформировал Заказчика 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 Заказчика.

5.4. Заказчик несет ответственность за нарушение условий договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.5. Заказчик несет ответственность за нарушение условий договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством РФ.

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

6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. Изменение или расторжение договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

6.2. Заказчик вправе отказаться от дальнейшего оказания медицинских услуг в любое время до истечения срока, предусмотренного пунктом 2.3. настоящего договора. В этом случае Заказчик обязан оплатить фактически произведенные до дня получения Исполнителем уведомления о расторжении договора затраты Исполнителя на оказание медицинских услуг по настоящему договору.

6.3. При уменьшении объема оказанных медицинских услуг в связи с досрочным расторжением договора или по другим основаниям Исполнитель возвращает Заказчику разницу между оплаченной суммой и стоимостью оказанных медицинских услуг в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня обращения Заказчика с заявлением о возврате денежных средств.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ

7.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует по 31 декабря 2023 г. Договор считается продленным на неопределенный срок в случае, если ни одна из сторон не направила другой стороне уведомление о его расторжении.

7.2. Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон.

8. ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ:
ГАУЗ «Азнакаевская ЦРБ»

Подпись: _____
М.П.

ЗАКАЗЧИК:

% {AmbulanceEvent / AmbulanceCard / Patient / FIO} %
(фамилия, имя и отчество)

Подпись: _____

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся, Сведения о субъекте ПДН:

Фамилия: % {AmbulanceEvent / AmbulanceCard / Patient / LastName} %	Реквизиты основного документа, удостоверяющего личность: Наименование: % {AmbulanceEvent / AmbulanceCard / Patient / DocType / DisplayName} %
Имя: % {AmbulanceEvent / AmbulanceCard / Patient / FirstName} %	Серия и номер: % {AmbulanceEvent / AmbulanceCard / Patient / DocSeries} % % {AmbulanceEvent / AmbulanceCard / Patient / DocNumber} %
Отчество: % {AmbulanceEvent / AmbulanceCard / Patient / FatherName} %	Дата выдачи: % STR({AmbulanceEvent / AmbulanceCard / Patient / DocIssueDate} , "dd.MM.yyyy") %
Адрес: % {AmbulanceEvent / AmbulanceCard / Patient / AddressReal / DisplayName} %	Наименование органа, выдавшего документ: % {AmbulanceEvent / AmbulanceCard / Patient / DocIssueOrg} %

Телефон: % {AmbulanceEvent / AmbulanceCard / Patient / PhoneNumbersString} %

принял(а) решение о предоставлении моих персональных данных ГАУЗ «Азнакаевская ЦРБ» (далее- Оператор), юридический адрес: 423330, РТ, Азнакаевский район, ул. Хасаншиной, д.21, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также исполнения договора оказания медицинских услуг.

Я уведомлен о том, что мои персональные данные будут обрабатываться после отзыва согласия в случаях, предусмотренных законодательством. Я даю согласие на обработку следующих категорий моих персональных данных, в том числе специальных категорий: Фамилия, имя, отчество; Тип, серия и номер документа, удостоверяющего личность; Дата выдачи документа, удостоверяющего личность, и выдавшем его органе; Место и дата рождения; Пол; Гражданство; Адрес фактического проживания; Адрес регистрации по месту жительства; Дата регистрации; Контактные данные (номер телефона, адрес электронной почты); СНИЛС; Данные полиса ОМС (или ДМС); Сведения, составляющие врачебную тайну (сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении); Иные сведения, необходимые исключительно для достижения целей, указанных выше.

Я даю согласие на автоматизированную, неавтоматизированную и (или) смешанную обработку моих персональных данных и совершение следующих действий с ними: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Оператор имеет право при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями.

Подписанием настоящего документа я даю согласие на передачу и обработку своих персональных данных (наименование и адрес)

, с целью исполнения договора оказания медицинских услуг (привлечение соисполнителей к оказанию услуг, которые не могут быть оказаны ГАУЗ «Азнакаевская ЦРБ» самостоятельно).

Даю согласие Оператору на передачу во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по Договору ДМС, по Договору оказания платных медицинских услуг и т.д.) на обмен (присл и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией (Работодателем)

Наименование и адрес

и (или) территориальным Фондом ОМС с целью исполнения сторонами обязательств в рамках заключенного между Оператором и указанными лицами договора.

Даю согласие на передачу Оператором в Министерство здравоохранения Республики Татарстан (местонахождение: 420111, г. Казань, ул.Островского, д.11/6) для последующей передачи им в Государственное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Татарстан» (местонахождение: 420097, г. Казань, ул. Ветеринарная, д.6) в автоматизированной системе и без использования средств автоматизации персональных данных: моих или ребенка (опекаемого) (нужное подчеркнуть), включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, сведения о паспортных данных (серия, номер, выдавший орган, дата выдачи), а также сведения о факте обращения в медицинскую организацию за оказанием платных медицинских услуг, о полученных в медицинской организации платных медицинских услугах, для осуществления проверки соблюдения медицинской организацией законодательства об обязательном медицинском страховании.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет двадцать пять лет. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации. Данное согласие может быть отозвано путем личной подачи письменного заявления в ГАУЗ «Азнакаевское ЦРБ» юридический адрес: 423330, РТ, г. Азнакаево, ул. Хасаншиной, д.21

Да	Я выражаю согласие на получение информационных сообщений, в том числе рекламного характера, на указанный мной номер телефона и/или адрес электронной почты (п. 1 ст. 18 ФЗ №38-ФЗ «О рекламе»)
Нет	

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 _____

Дата % %STR({ContractDate},"dd.MM.yyyy")% %

ГАУЗ «Азнакаевская ЦРБ» информирует о том, что медицинскую помощь (услуги) возможно получить бесплатно в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Ознакомиться с программой можно на стенде в поликлинике и на сайте ГАУЗ «Азнакаевская ЦРБ»: <http://azncrb.ru>.

(подпись)

% {AmbulanceEvent / AmbulanceCard / Patient / FIO} %
(Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина)