

«08» сентября 2023г.

УТВЕРЖДАЮ

Главный врач ГАУЗ «ЕЦРБ»

/Р.Р. Сафаров/

М.П.

« 11 » 09 2023г.



**ДОГОВОР № _____
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

г. Елабуга от « _____ » _____ 20 ____ г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Елабужская центральная районная больница», Республика Татарстан, город Елабуга, улица Пролетарская, дом 36, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице кассира Зайцевой Светланы Константиновны, действующей на основании доверенности № от _____, лицензии на осуществление медицинской деятельности от _____ (выписка из реестра лицензии по состоянию на _____), выданной Министерством здравоохранения Республики Татарстан, (адрес местонахождения и телефон выдавшего лицензирующего органа - г. Казань, улица Бутлерова, д.11/6, тел. 843-231-70-20), свидетельства о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц от 18 января 2013 года серия 16 № 006678106 ОГРН 1021606952421, выданного МРИ ФНС № 9, по Республике Татарстан, ИНН/ КПП 1646010862/164601001 с одной стороны, и

и Потребителем _____ года рождения (фамилия, имя, отчество)

паспортные данные _____ проживающий(ая) (фактический адрес проживания, телефон) _____

именуемого в дальнейшем «Потребитель», Заказчиком _____ (фамилия, имя, отчество)

паспортные данные _____ проживающий(ая) (фактический адрес проживания, телефон) _____

именуемого в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, далее по тексту договора, именуемые совместно «Стороны» заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Заказчику) на возмездной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к данному виду услуг (методам диагностики, профилактики и лечения), разрешенным на территории Российской Федерации в соответствии с Перечнем видов медицинской деятельности, разрешенных лицензией Исполнителя (Приложение № 1.1), в соответствии с Перечнем (Прейскурантом) платных медицинских услуг, а Потребитель (Заказчик) обязуется своевременно оплатить оказанные медицинские услуги в порядке и размере, установленным настоящим договором.

1.2. Потребитель (Заказчик) подтверждает, что на момент подписания настоящего договора Исполнитель уведомил его в доступной форме 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 оказания гражданам медицинской помощи. Подписав настоящий договор, Потребитель (Заказчик) добровольно согласился на оказание ему указанных в п.2.1. Договора медицинских услуг на платной основе.

1.3. При заключении договора Потребителю (Заказчику) предоставлена в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- а) порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
- б) информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- в) информации о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- г) другие сведения, относящиеся к предмету договора.

1.4. Срок оказания медицинских услуг (вписать нужно): _____

В случае изменения срока оказания медицинских услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора.

1.5. До заключения договора Потребитель (Заказчик) уведомлен 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 её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии его здоровья.

1.6. Оказываемые медицинские услуги (прописать полную информацию) _____

2. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов.

2.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю (Заказчику) согласно п.3.1.1. настоящего договора, определяется в соответствии с действующим в учреждении Перечнем (Прейскурантом цен) и (или) сметой платных медицинских услуг и составляет _____

(полная информация с расшифровкой стоимости услуг)

Стоимость медицинских услуг по настоящему договору остается неизменной в течение срока действия настоящего договора.

В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг согласно п. 3.1.6. настоящего договора их стоимость определяется по Перечню (Прейскуранту) платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного договора.

2.2. Действующий Перечень (Прейскурант цен) медицинских услуг на платной основе размещен на сайте в сети Интернет elacrб.tatarstan.ru и на информационных стендах Исполнителя по адресу: РТ, город Елабуга, ул. Пролетарская, д.36.

2.3. Расчеты между сторонами осуществляются: _____

Наличными через кассу Исполнителя, расположенную по адресу: РТ, город Елабуга, ул. Пролетарская, д.36 в день оказания платных медицинских услуг оказанных в соответствии с Перечнем оказываемых Потребителю (Заказчику) платных медицинских услуг;

2.4. При прекращении оказания медицинских услуг по инициативе Потребителя (Заказчика), Потребитель (Заказчик) обязуется оплатить Исполнителю фактически понесенные расходы.

3. Права и обязанности Сторон

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать Потребителю (Заказчику) платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых платных медицинских услуг (Приложение № 1.1, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора).

3.1.2. Выдать заключение с указанием результатов проведенных исследований и лечебных мероприятий.

3.1.3. Оказывать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим договором.

3.1.4. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством РФ порядке.

3.1.5. Немедленно известить Потребителя (Заказчика) о возможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению объема оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

3.1.6. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя (Заказчика).

Без согласия Потребителя (Заказчика) Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

3.1.7. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3.1.8. Обеспечить Потребителя (Заказчика) в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о месте оказания медицинских услуг, режиме работы, Перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов (Информация размещена на сайте в сети Интернет elacrb.tatarstan.ru и на информационных стендах Исполнителя по адресу: РТ, город Елабуга, ул. Пролетарская, д.36).

3.1.9. Обеспечить Потребителю (Заказчику) непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья Потребителя, и выдать по письменному требованию Потребителя (Заказчика) или его законного представителя копии медицинских документов, отражающих здоровье Потребителя.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. При выявлении у Потребителя противопоказаний к проведению лечебных и диагностических мероприятий отказать в их проведении.

3.2.2. Требовать от Потребителя (Заказчика) соблюдения графика прохождения процедур, режима при приеме лекарственных препаратов, назначений, рекомендаций специалистов, лечебно-охранительного режима, правил внутреннего распорядка лечебного учреждения, правил техники безопасности и пожарной безопасности.

3.2.3. Отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем (Заказчиком) правил внутреннего распорядка лечебного учреждения, рекомендаций и назначений специалистов и нарушении режима работы учреждения.

3.3. Потребитель (Заказчик) обязуется:

3.3.1. Оплатить оказанные медицинские услуги согласно Перечня (Прейскуранта) в размере и сроки, установленные в настоящем договоре.

3.3.2. Предоставить врачу до начала оказания медицинских услуг, данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных в других лечебных учреждениях (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

3.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему договору.

3.3.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги, соблюдать Правила внутреннего распорядка учреждения, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

3.3.5. Согласовывать со специалистами, оказывающими платные медицинские услуги употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей и пр.

3.4. Потребитель (Заказчик) имеет право:

3.4.1. Получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями порядков оказания медицинской помощи, стандартов, клинических рекомендаций и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи.

3.4.2. В доступной для него форме получить информацию о состоянии здоровья Потребителя, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

3.4.3. Получать у Исполнителя отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов на основании личного письменного заявления (либо заявления законного представителя).

3.4.4. Отказаться от получения услуги (до момента начала ее оказания) и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуги в течение 30 календарных дней.

4. Ответственность Сторон

4.1. В случае предоставления Потребителю (Заказчику) медицинской услуги ненадлежащего качества по причинам, не подпадающим под действие п.2.4. настоящего договора, либо в ненадлежащий срок, Исполнитель несет ответственность в соответствии с Законом Российской Федерации № 2300-1 от 7 февраля 1992 г. «О защите прав потребителей».

4.2. Потребитель (Заказчик) имеет право требовать в установленном порядке от Исполнителя возмещения ущерба, нанесенного Потребителю по вине Исполнителя. Во всех остальных случаях, не предусмотренных настоящим договором, ответственность Сторон наступает в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.3. При неисполнении Потребителем (Заказчиком) своих обязательств по настоящему договору Исполнитель не несет ответственности за качество предоставленных услуг.

4.4. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, если докажут, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы: наводнение, пожар, землетрясение, взрыв, эпидемия и др. явления природы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

4.5. Стороны обязуются решить все возникающие по настоящему договору споры и разногласия путем переговоров. Сторона считающая, что ее права нарушены, вправе направить другой стороне претензию. Срок рассмотрения претензии составляет 10 рабочих дней со дня получения. При отсутствии взаимоприемлемого решения спор передается в суд.

5. Конфиденциальность

5.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

5.2. Конфиденциальность не распространяется на случаи, указанные в статье 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» от 21 ноября 2011 года № 232-ФЗ «Соблюдение врачебной тайны» и Федерального закона «О персональных данных»

6. Срок действия договора и условия прекращения договора

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до исполнения Сторонами своих обязательств.

6.2. Договор может быть прекращен до истечения срока выполнения Сторонами своих обязательств:

6.2.1. по письменному соглашению Сторон при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы;

6.2.2. в одностороннем порядке по инициативе Потребителя (Заказчика) путем подачи заявления на имя руководителя учреждения, при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы;

6.2.3. в случае отказа Потребителя (Заказчика) после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика) о расторжении договора по инициативе Потребителя (Заказчика), при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7. Прочие условия

7.1. Вся медицинская документация является собственностью учреждения.

7.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

8. Адреса и реквизиты сторон

Потребитель (Заказчик):

Потребитель (Заказчик):

Исполнитель:

423603 РТ, г. Елабуга, пр. Нефтяников, д. 57
ИНН 1646010862 КПП 164601001
Министерство финансов РТ
(ГАУЗ «ЕЦРБ»), ЛАВ 18704001- Елаб ЦРБ)
Р/с 0322 4643 9200 0000 1120
Отделение –НБ Республики Татарстан
Банка России // УФК по Республике Отделение –НБ
Республики Татарстан
Банка России // УФК по Республике
Татарстан г. Казань
К/с 4010 2810 4453 7000 0079
БИК 019205400 ОГРН 1021606952421
ИНН 1646010862 КПП 164601001

тел. 885557-7-13-03

Кассир _____ С.К.Зайцева

М.П.

Приложение № 1.1 к договору на оказание платных медицинских услуг № _____ от _____ 20 _____ г.

Перечень работ и услуг, которые вправе осуществлять ГАУЗ «ЕЦРБ», в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность

По адресу: г. Елабуга, ул. Пролетарская, дом 36 оказываются следующие работы (услуги):

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу; вакцинации (проведению профилактических прививок); гигиеническому воспитанию; лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; лечебному делу; медицинской статистике; медицинскому массажу; неотложной медицинской помощи; операционному делу; общей практике; организации сестринского дела; рентгенологии; сестринскому делу; физиотерапии; функциональной диагностике; эпидемиологии.

При оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); неотложной медицинской помощи; организации здравоохранения и общественного здоровья; общей врачебной практике (семейной медицине); терапии;

При оказании врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: клинической лабораторной диагностике; неотложной медицинской помощи; общей врачебной практике (семейной медицине); организации здравоохранения и общественному здоровью; терапии.

При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); дерматовенерологии; инфекционным болезням; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; лечебной физкультуре и спортивной медицине; медицинской реабилитации; неврологии; неотложной медицинской помощи; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации); офтальмологии; профпатологии; психиатрии; психиатрии-наркологии; психотерапии; рентгенологии; рефлексотерапии; стоматологии терапевтической; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; фтизиатрии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; эндоскопии; эпидемиологии.

При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); кардиологии; клинической лабораторной диагностике; лечебной физкультуре и спортивной медицине; медицинской реабилитации; неврологии; неотложной медицинской помощи; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации); офтальмологии; психиатрии-наркологии; психотерапии; рентгенологии; рефлексотерапии; трансфузиологии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; эндоскопии; эпидемиологии.

При оказании паллиативной медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях по: клинической лабораторной диагностике; лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; медицинскому массажу; медицинской статистике; неврологии; медицинской реабилитации; общей практике; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; рентгенологии; сестринскому делу; терапии; урологии; хирургии; эндокринологии.

При проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); медицинским осмотрам профилактическим.

При проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приемные родители; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; медицинскому освидетельствованию на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического).

При проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе профессиональной пригодности; экспертизе временной нетрудоспособности.

Приложение № 1.2 к договору на оказание платных медицинских услуг № _____ от _____ 20__ г.

Утверждено Приказом ГАУЗ «ЕЦРБ» № 521 от 22.12.2016 г.

Лист информированного добровольного согласия на получение платных медицинских услуг

Я, _____ года рождения, зарегистрированный (ая) по адресу _____,

- Получил (а) исчерпывающие разъяснения по поводу своего заболевания (травмы), диагностических возможностей рутинных методов обследования, необходимого мне в связи с этим обследования _____

- Я проинформирован (а) о наличии возможностей провести обследование бесплатно в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, о наличии очередности на данное обследование, лечение в рамках Программы обязательного медицинского страхования (бесплатно), о квотах на бесплатное обследование и лечение, о наличии льготных контингентов больных в рамках выделенных квот.

- Я осознаю важность проведения рекомендованного мне лечащим врачом метода обследования _____

- Я согласен (на) на проведение _____ за счет личных средств вне квоты, существующей очередности. Претензий к лечащему врачу, лечебному учреждению не имею. Обращаться за возмещением затраченных средств в страховую организацию не буду.

Дата _____ ФИО пациента _____ подпись _____

Приложение № 1.3 к договору на оказание платных медицинских услуг № _____ от _____ 20__ г.

**СОГЛАСИЕ
пациента на обработку персональных данных**

Утверждено Приказом ГАУЗ «ЕЦРБ» № 465 от 07.09.2021 г.

Я, нижеподписавшийся _____ (Ф.И.О. полностью)

зарегистрированный по адресу: _____,

проживающий по адресу: _____,

документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____,

выдан _____

_____ (дата и название выдавшего органа)

являясь _____

(указать законное основание для представительства интересов ребенка: отцом, матерью, опекуном, попечителем, иные основания)

_____ (Ф.И.О. ребенка полностью)

зарегистрированного(ой) по адресу: _____,

проживающего(ой) по адресу: _____,

документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____,

выдан _____

_____ (дата и название выдавшего органа)

своей волей и в своем интересе подтверждаю свое согласие на обработку ГАУЗ «ЕЦРБ», расположенному по адресу: 423603, Республика Татарстан, город Елабуга, проспект Нефтяников, дом 57, моих персональных данных и персональных данных ребенка.

Цель обработки персональных данных: в соответствии с требованиями ст.ст. 23, 24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, оформления договорных отношений с пациентом при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну в соответствии с законодательством Российской Федерации в области персональных данных.

Законодательство Российской Федерации в области персональных данных основывается на Конституции Российской Федерации и международных договорах Российской Федерации и состоит из Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и других определяющих случаи и особенности обработки персональных данных Федеральных законов.

Перечень персональных данных, на обработку которых дано настоящее согласие:

- фамилия, имя, отчество;
- паспортные данные;
- сведения, содержащиеся в свидетельстве о рождении;
- дата и место рождения;
- адрес места жительства (по паспорту, фактический);
- пол;
- контактный номер телефона;
- семейное, социальное положение;
- место работы (учебы);
- должность (профессия);
- сведения о состоянии здоровья (в т.ч. группа здоровья, группа инвалидности и степень ограничения к трудовой деятельности, состояние диспансерного учета, зарегистрированные диагнозы);

- сведения об оказанных медицинских услугах (в т.ч. о проведенных лабораторных анализах и исследованиях и их результатах, выполненных оперативных вмешательствах, случаях стационарного лечения и их результатах);
- сведения о праве на льготу и льготное лекарственное обеспечение;
- сведения, содержащиеся в полисе медицинского страхования;
- страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС).

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: обработка персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Если распространение (в том числе передача) информации о персональных данных производится в непредусмотренных Федеральным законодательством случаях обязательного предоставления субъектом персональных данных своих персональных данных, оператор обязан запросить письменное согласие законного представителя ребенка в каждом отдельном случае.

Способы обработки персональных данных: на бумажных носителях; в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом; при участии и при непосредственном участии человека.

Срок, в течение которого действует согласие: до достижения цели обработки персональных данных моего ребенка или до момента утраты необходимости в их достижении, если иное не предусмотрено Федеральным законодательством.

Настоящее согласие может быть отозвано мной путем подачи в ГАУЗ «ЕЦРБ» письменного заявления об отзыве согласия.

Подтверждаю, что я ознакомлен с Положением о защите персональных данных пациентов ГАУЗ «ЕЦРБ», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

« ____ » _____ 20 ____ г. _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

**Приложение № 1.4 к договору на оказание платных медицинских услуг № _____ от _____ 20 ____ г.
СОГЛАСИЕ
на передачу персональных данных**

Я, _____ дата рождения: _____ паспорт: _____,
 _____ фамилия, имя, отчество _____ серия, номер
 выданный _____ выдавший орган _____ дата выдачи: _____,
 зарегистрированный (ая) по адресу: _____
 в лице законного представителя _____
 _____ фамилия, имя, отчество
 паспорт: _____, выданный _____
 _____ серия, номер _____ дата выдачи: _____
 _____ выдавший орган _____
 зарегистрированного (ой) по адресу: _____
 действующего(-ей) на основании: _____
 _____ основание (свидетельство о рождении,

_____ акт органа опеки и попечительства и др.)
 в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю свое согласие ГАУЗ

_____ наименование медицинской организации
 расположенному по адресу: _____ (далее-медицинская организация) на передачу в Министерство
 здравоохранения Республики Татарстан Татарстан (местонахождение: 420112, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 40/11) для последующей передачи им в Государственное
 учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Татарстан» (местонахождение: 420097, г.Казань, ул.Ветеринарная,
 д.б) 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.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме путем подачи соответствующего заявления в медицинскую организацию.

Гражданин (Законный представитель) _____ / _____
 « ____ » _____ г. _____
 подпись фамилия, инициалы

АКТ

на выполненные платные медицинские и немедицинские услуги

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Елабужская центральная районная больница», именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице кассира Зайцевой Светланы Костантиновны, действующей на основании доверенности № от _____, с одной стороны и _____ именуемый (ая) в дальнейшем Заказчик, действующий (ая) как физическое лицо, вместе именуемые "Стороны", подписали настоящий акт о том, что услуги по

Договору № _____ от _____ 20__ г. выполнены в соответствии с условиями договора. Претензий по объему, качеству и срокам выполненных услуг нет.

Настоящий акт подписан в 2 (двух) подлинных экземплярах на русском языке по одному для каждой из "Сторон".

Исполнитель _____

Заказчик _____

«08» сентября 2023г.

УТВЕРЖДАЮ

Главный врач ГАУЗ «ЕЦРБ»

/Р.Р. Сафаров/

М.П.

«11» 09 2023г.



**ДОГОВОР № _____
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

г. Елабуга

от « _____ » _____ 20 ____ г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Елабужская центральная районная больница», Республика Татарстан, город Елабуга, проспект Нефтяников, дом 57, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице кассира Харисовой Екатерины Викторовны, действующей на основании доверенности № от _____, лицензии на осуществление медицинской деятельности от _____ (выписка из реестра лицензии по состоянию на _____), выданной Министерством здравоохранения Республики Татарстан, (адрес местонахождения и телефон выдавшего лицензирующего органа - г. Казань, улица Бутлерова, д.11/6, тел. 843-231-70-20), свидетельства о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц от 18 января 2013 года серия 16 № 006678106 ОГРН 1021606952421, выданного МРИ ФНС № 9, по Республике Татарстан, ИНН/ КПП 1646010862/164601001 с одной стороны, и _____ года рождения Потребителем _____

(фамилия, имя, отчество)

паспортные данные _____

проживающий(ая) (фактический адрес проживания, телефон) _____

именуемого в дальнейшем «Потребитель», _____

Заказчиком _____

(фамилия, имя, отчество)

паспортные данные _____

проживающий (ая) (фактический адрес проживания, телефон) _____

именуемого в дальнейшем «Заказчик», _____

с другой стороны, далее по тексту договора, именуемые совместно «Стороны» заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Заказчику) на возмездной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к данному виду услуг (методам диагностики, профилактики и лечения), разрешенным на территории Российской Федерации в соответствии с Перечнем видов медицинской деятельности, разрешенных лицензией Исполнителя (Приложение № 1.1), в соответствии с Перечнем (Прейскурантом) платных медицинских услуг, а Потребитель (Заказчик) обязуется своевременно оплатить оказанные медицинские услуги в порядке и размере, установленном настоящим договором.

1.2. Потребитель (Заказчик) подтверждает, что на момент подписания настоящего договора Исполнитель уведомил его в доступной форме 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. Подписав настоящий договор, Потребитель (Заказчик) добровольно согласился на оказание ему указанных в п.2.1. Договора медицинских услуг на платной основе.

1.3. При заключении договора Потребителю (Заказчику) предоставлена в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

а) порядок оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, клинические рекомендации применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;

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

в) информации о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

г) информацию о вышестоящих и контролирующих органах, их наименовании, адресах и телефонах, куда с в случае возникновения жалобы может обратиться Потребитель (Заказчик);

д) другие сведения, относящиеся к предмету договора.

1.4. Срок оказания медицинских услуг (вписать нужное): _____

В случае изменения срока оказания медицинских услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора.

1.5. До заключения договора Потребитель (Заказчик) уведомлен 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 её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии его здоровья.

1.6. Оказываемые медицинские услуги (прописать полную информацию) _____

2. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов.

2.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю (Заказчику) согласно п.3.1.1. настоящего договора, определяется в соответствии с действующим в учреждении Перечнем (Прейскурантом цен) и (или) сметой платных медицинских услуг и составляет _____

(полная информация с расшифровкой стоимости услуг)

Стоимость медицинских услуг по настоящему договору остается неизменной в течение срока действия настоящего договора.

В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг согласно п. 3.1.6. настоящего договора их стоимость определяется по Перечню (Прейскуранту цен) платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного договора.

2.2. Действующий Перечень (Прейскурант цен) медицинских услуг на платной основе размещен на сайте в сети Интернет elacrb.tatarstan.ru и на информационных стендах Исполнителя по адресу: РТ, город Елабуга, пр-т Нефтяников, д.57.

2.3. Расчеты между сторонами осуществляются:

Наличными через кассу Исполнителя, в том числе через систему электронных платежей, расположенную по адресу: РТ, город Елабуга, пр-т Нефтяников, д.57 в день оказания платных медицинских услуг оказанных в соответствии с Перечнем оказываемых Потребителю (Заказчику) платных медицинских услуг;

2.4. При прекращении оказания медицинских услуг по инициативе Потребителя (Заказчика), Потребитель (Заказчик) обязуется оплатить Исполнителю фактически понесенные расходы.

3. Права и обязанности Сторон

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать Потребителю (Заказчику) платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых платных медицинских услуг (Приложение № 1.1, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора).

3.1.2. Выдать заключение с указанием результатов проведенных исследований и лечебных мероприятий.

3.1.3. Оказывать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим договором.

3.1.4. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством РФ порядке.

3.1.5. Немедленно известить Потребителя (Заказчика) о возможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению объема оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

3.1.6. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя (Заказчика) и оказать услуги только при заключении дополнительного соглашения или другого договора.

Без согласия Потребителя (Заказчика) Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

3.1.7. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3.1.8. Обеспечить Потребителя (Заказчика) в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о месте оказания медицинских услуг, режиме работы, Перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов (Информация размещена на сайте в сети Интернет elacrb.tatarstan.ru и на информационных стендах Исполнителя по адресу: РТ, город Елабуга, пр-т Нефтяников, д.57).

3.1.9. Обеспечить Потребителю (Заказчику) непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья Потребителя, и выдать по письменному требованию Потребителя (Заказчика) или его законного представителя копии медицинских документов, отражающих здоровье Потребителя.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. При выявлении у Потребителя противопоказаний к проведению лечебных и диагностических мероприятий отказать в их проведении.

3.2.2. Требовать от Потребителя (Заказчика) соблюдения графика прохождения процедур, режима при приеме лекарственных препаратов, назначений, рекомендаций специалистов, лечебно-охранительного режима, правил внутреннего распорядка лечебного учреждения, правил техники безопасности и пожарной безопасности.

3.2.3. Отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем (Заказчиком) правил внутреннего распорядка лечебного учреждения, рекомендаций и назначений специалистов и нарушении режима работы учреждения.

3.3. Потребитель (Заказчик) обязуется:

3.3.1. Оплатить оказанные медицинские услуги согласно Перечня (Прейскуранта) в размере и сроки, установленные в настоящем договоре.

3.3.2. Предоставить врачу до начала оказания медицинских услуг, данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных в других лечебных учреждениях (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

3.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему договору.

3.3.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги, соблюдать Правила внутреннего распорядка учреждения, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

3.3.5. Согласовывать со специалистами, оказывающими платные медицинские услуги употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей и пр.

3.4. Потребитель (Заказчик) имеет право:

3.4.1. Получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций, стандартов и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи.

3.4.2. В доступной для него форме получить информацию о состоянии здоровья Потребителя, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

3.4.3. Получать у Исполнителя отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов на основании личного письменного заявления (либо заявления законного представителя).

3.4.4. Отказаться от получения услуги (до момента начала ее оказания) и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуги в течение 30 календарных дней.

4. Ответственность Сторон

4.1. В случае предоставления Потребителю (Заказчику) медицинской услуги ненадлежащего качества по причинам, не подпадающим под действие п.2.4. настоящего договора, либо в ненадлежащий срок, Исполнитель несет ответственность в соответствии с Законом Российской Федерации № 2300-1 от 7 февраля 1992 г. «О защите прав потребителей».

4.2. Потребитель (Заказчик) имеет право требовать в установленном порядке от Исполнителя возмещения ущерба, нанесенного Потребителю по вине Исполнителя. Во всех остальных случаях, не предусмотренных настоящим договором, ответственность Сторон наступает в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.3. При неисполнении Потребителем (Заказчиком) своих обязательств по настоящему договору Исполнитель не несет ответственности за качество предоставленных услуг.

4.4. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, если докажут, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы: наводнение, пожар, землетрясение, взрыв, эпидемия и др. явления природы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

4.5. Стороны обязуются решить все возникающие по настоящему договору споры и разногласия путем переговоров. Сторона считающая, что ее права нарушены, вправе направить другой стороне претензию. Срок рассмотрения претензии составляет 10 рабочих дней со дня получения. При отсутствии взаимоприемлемого решения спор передается в суд.

5. Конфиденциальность

5.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

5.2. Конфиденциальность не распространяется на случаи, указанные в статье 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» от 21 ноября 2011 года № 232-ФЗ «Соблюдение врачебной тайны» и Федерального закона «О персональных данных»

6. Срок действия договора и условия прекращения договора

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до исполнения Сторонами своих обязательств.

6.2. Договор может быть прекращен до истечения срока выполнения Сторонами своих обязательств:

6.2.1. по письменному соглашению Сторон при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы;

6.2.2. в одностороннем порядке по инициативе Потребителя (Заказчика) путем подачи заявления на имя руководителя учреждения, при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы;

6.2.3. в случае отказа Потребителя (Заказчика) после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика) о расторжении договора по инициативе Потребителя (Заказчика), при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7. Прочие условия

7.1. Вся медицинская документация является собственностью учреждения.

7.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

8. Адреса и реквизиты сторон

Потребитель (Заказчик):

Исполнитель:
423603 РТ, г. Елабуга, пр. Нефтяников, д. 57
ИНН 1646010862 КПП 164601001
Министерство финансов РТ
(ГАУЗ «ЕЦРБ», ЛАВ 18704001 - Елаб ЦРБ)
Р/с 0322 4643 9200 0000 1120
Отделение –НБ Республики Татарстан
Банка России // УФК по Республике Отделение –НБ
Республики Татарстан
Банка России // УФК по Республике
Татарстан г. Казань
К/с 4010 2810 4453 7000 0079
БИК 019205400 ОГРН 1021606952421
ИНН 1646010862 КПП 164601001

Потребитель (Заказчик) _____

Кассир _____ Е.В.Харисова

М.П.

Приложение № 1.1 к договору на оказание платных медицинских услуг № _____ от _____ 20__ г.

Перечень работ и услуг, которые вправе осуществлять ГАУЗ «ЕЦРБ», в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность

По адресу: г. Елабуга, пр. Нефтяников, дом 57 оказываются следующие работы (услуги):
При оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу; анестезиологии и реаниматологии; вакцинации (проведению профилактических прививок); гигиеническому воспитанию; гистологии; дезинфектологии; лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; лечебному делу; медицинской статистике; медицинскому массажу; неотложной медицинской помощи; операционному делу; организации сестринского дела; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в косметологии; сестринскому делу в педиатрии; физиотерапии; функциональной диагностике; эпидемиологии.

При оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); неотложной медицинской помощи; организации здравоохранения и общественному здоровью; общей врачебной практике (семейной медицине); терапии; педиатрии.

При оказании врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: клинической лабораторной диагностике; неотложной медицинской помощи; организации здравоохранения и общественному здоровью; педиатрии.

При оказании специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); бактериологии; дерматовенерологии; детской хирургии; детской эндокринологии; инфекционным болезням; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; лечебной физкультуре и спортивной медицине; косметологии; медицинской реабилитации; неврологии; нейрохирургии; неотложной медицинской помощи; организации здравоохранения и общественному здоровью; оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации); офтальмологии; патологической анатомии; психиатрии; психиатрии-наркологии; рентгенологии; рефлексотерапии; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; физиатрии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; эндоскопии; эпидемиологии.

При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); анестезиологии и реаниматологии; бактериологии; дерматовенерологии; клинической лабораторной диагностике; лечебной физкультуре и спортивной медицине; медицинской статистике; неонатологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации); психиатрии-наркологии; рентгенологии; трансфузиологии; функциональной диагностике; эндоскопии; эпидемиологии.

При оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); кардиологии; неврологии; нейрохирургии; онкологии; офтальмологии; педиатрии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; терапии; травматологии и ортопедии; урологии; хирургии; медицинской реабилитации.

При оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерскому делу; акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); анестезиологии и реаниматологии; бактериологии; вакцинации (проведению профилактических прививок); детской хирургии; детской эндокринологии; диетологии; инфекционным болезням; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; лечебной физкультуре и спортивной медицине; медицинской реабилитации; медицинской статистике; медицинскому массажу; неврологии; нейрохирургии; неонатологии; операционному делу; организации здравоохранения и общественному здоровью; организации сестринского дела; оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации); офтальмологии; патологической анатомии; педиатрии; психиатрии; психиатрии-наркологии; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; рефлексотерапии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; терапии; травматологии и ортопедии; трансфузиологии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; эндоскопии; эпидемиологии.

При оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по: травматологии и ортопедии.

При оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи по: организации здравоохранения и общественному здоровью; медицинской статистике; скорой медицинской помощи.

При оказании паллиативной медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях по: клинической лабораторной диагностике; лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; медицинскому массажу; медицинской статистике; неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; педиатрии; сестринскому делу в педиатрии; **при оказании паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях по:** анестезиологии и реаниматологии; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; лабораторной диагностике; медицинской статистике; медицинской реабилитации; неврологии; сестринскому делу; хирургии; трансфузиологии; урологии; рентгенологии; физиотерапии.

При проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); медицинским осмотрам профилактическим.

Медицинскому освидетельствованию по: медицинскому освидетельствованию на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического).

При проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе профессиональной пригодности; экспертизе временной нетрудоспособности.

При обращении донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях организуются и выполняются работы (услуги) по заготовке, хранению донорской крови и (или) ее компонентов.

Приложение № 1.2 к договору на оказание платных медицинских услуг № _____ от _____ 20__ г.

Утверждено Приказом ГАУЗ «ЕЦРБ» № 521 от 22.12.2016 г.

Лист информированного добровольного согласия на получение платных медицинских услуг

Я, _____ года рождения, зарегистрированный (ая) по адресу _____,

- Получил (а) исчерпывающие разъяснения по поводу своего заболевания (травмы), диагностических возможностей рутинных методов обследования, необходимого мне в связи с этим обследованием _____

- Я проинформирован (а) о наличии возможностей провести обследование бесплатно в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, о наличии очередности на данное обследование, лечение в рамках Программы обязательного медицинского страхования (бесплатно), о квотах на бесплатное обследование и лечение, о наличии льготных контингентов больных в рамках выделенных квот.

- Я осознаю важность проведения рекомендованного мне лечащим врачом метода обследования _____

- Я согласен (на) на проведение _____ за счет личных средств вне квоты, существующей очередности. Претензий к лечащему врачу, лечебному учреждению не имею. Обращаться за возмещением затраченных средств в страховую организацию не буду.

Дата _____ ФИО пациента _____ подпись _____

Приложение № 1.3 к договору на оказание платных медицинских услуг № _____ от _____ 20__ г.

**СОГЛАСИЕ
пациента на обработку персональных данных**

Утверждено Приказом ГАУЗ «ЕЦРБ» № 465 от 07.09.2021г.

Я, нижеподписавшийся _____ (Ф.И.О. полностью)

зарегистрированный по адресу: _____

проживающий по адресу: _____

документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____

выдан _____

(дата и название выдавшего органа)

являюсь _____

(указать законное основание для представительства интересов ребенка: отцом, матерью, опекуном, попечителем, иные основания)

_____ (Ф.И.О. ребенка полностью)

зарегистрированного(ой) по адресу: _____

проживающего(ой) по адресу: _____

документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____

выдан _____

(дата и название выдавшего органа)

своей волей и в своем интересе подтверждаю свое согласие на обработку ГАУЗ «ЕЦРБ», расположенному по адресу: 423603, Республика Татарстан, город Елабуга, проспект Нефтяников, дом 57, моих персональных данных и персональных данных ребенка.

Цель обработки персональных данных: в соответствии с требованиями ст.ст. 23, 24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, оформления договорных отношений с пациентом при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну в соответствии с законодательством Российской Федерации в области персональных данных.

Законодательство Российской Федерации в области персональных данных основывается на Конституции Российской Федерации и международных договорах Российской Федерации и состоит из Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и других определяющих случаи и особенности обработки персональных данных Федеральных законов.

Перечень персональных данных, на обработку которых дано настоящее согласие:

- фамилия, имя, отчество;
- паспортные данные;
- сведения, содержащиеся в свидетельстве о рождении;

- дата и место рождения;
- адрес места жительства (по паспорту, фактический);
- пол;
- контактный номер телефона;
- семейное, социальное положение;
- место работы (учебы);
- должность (профессия);
- сведения о состоянии здоровья (в т.ч. группа здоровья, группа инвалидности и степень ограничения к трудовой деятельности, состояние диспансерного учета, зарегистрированные диагнозы);
- сведения об оказанных медицинских услугах (в т.ч. о проведенных лабораторных анализах и исследованиях и их результатах, выполненных оперативных вмешательствах, случаях стационарного лечения и их результатах);
- сведения о праве на льготу и льготное лекарственное обеспечение;
- сведения, содержащиеся в полисе медицинского страхования;
- страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС).

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: обработка персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Если распространение (в том числе передача) информации о персональных данных производится в непредусмотренных Федеральным законодательством случаях обязательного предоставления субъектом персональных данных своих персональных данных, оператор обязан запросить письменное согласие законного представителя ребенка в каждом отдельном случае.

Способы обработки персональных данных: на бумажных носителях; в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом; при участии и при непосредственном участии человека.

Срок, в течение которого действует согласие: до достижения цели обработки персональных данных моего ребенка или до момента утраты необходимости в их достижении, **если иное не предусмотрено Федеральным законодательством.**

Настоящее согласие может быть отозвано мной путем подачи в ГАУЗ «ЕЦРБ» письменного заявления об отзыве согласия.

Подтверждаю, что я ознакомлен с Положением о защите персональных данных пациентов ГАУЗ «ЕЦРБ», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

« ____ » _____ 20 ____ г. _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

Приложение № 1.4

СОГЛАСИЕ на передачу персональных данных

Я, _____ дата рождения: _____, паспорт: _____,
фамилия, имя, отчество _____ серия, номер _____
выданный _____ дата выдачи: _____,
выдавший орган _____

зарегистрированный (ая) по адресу: _____

в лице законного представителя _____

фамилия, имя, отчество _____

паспорт: _____, выданный _____

серия, номер _____

_____ дата выдачи: _____

выдавший орган _____

зарегистрированного (ой) по адресу: _____

действующего(-ей) на основании: _____

_____ основание (свидетельство о рождении,

_____ акт органа опеки и попечительства и др.)

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю свое согласие ГАУЗ

_____ наименование медицинской организации

расположенному по адресу: _____ (далее-медицинская организация) на

передачу в Министерство здравоохранения Республики Татарстан (местонахождение: 420111, г.Казань, ул.Бутлерова, д.40/11) 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.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме путем подачи соответствующего заявления в медицинскую организацию.

Гражданин (Законный представитель) _____ / _____

« ____ » _____ г. _____

подпись _____ фамилия, инициалы _____

Приложение 1.5

АКТ на выполненные платные медицинские и немедицинские услуги

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Елабужская центральная районная больница», именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице кассира Харисовой Екатерины Викторовны, действующей на основании доверенности № от _____, с одной стороны и _____ именуемый

(ая) в дальнейшем Заказчик, действующий (ая) как физическое лицо, вместе именуемые "Стороны", подписали настоящий акт о том, что услуги по Договору № _____ от _____ 20__ г. выполнены в соответствии с условиями договора. Претензий по объему, качеству и срокам выполненных услуг нет.
Настоящий акт подписан в 2 (двух) подлинных экземплярах на русском языке по одному для каждой из "Сторон".

Исполнитель _____

Заказчик _____

к Приказу ГАУЗ «ЕЦРБ» №470 от

«08» сентября 2023г.

УТВЕРЖДАЮ

Главный врач ГАУЗ «ЕЦРБ»

/Р.Р. Сафаров/

М.П.

«11» 09 2023г.



**ДОГОВОР № _____
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

г. Елабуга

от « _____ » _____ 20 ____ г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Елабужская центральная районная больница», именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице кассира Харисовой Екатерины Викторовны, действующей на основании доверенности № от _____, лицензии на осуществление медицинской деятельности от _____ года № _____ (выписка из реестра лицензий по состоянию на _____), выданной Министерством здравоохранения Республики Татарстан, (адрес местонахождения и телефон выдавшего лицензирующего органа - г. Казань, улица Островского, дом 11/6, тел. 843-231-79-98), свидетельства о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц от 18 января 2013 года серия 16 № 006678106 ОГРН 1021606952421, выданного МРИ ФНС № 9 по Республике ИНН/ КПП 1646010862/164601001 с одной стороны, и

Потребителем _____ года рождения

(фамилия, имя, отчество)

паспортные данные _____

проживающий(ая) (фактический адрес проживания, телефон) _____

именуемого в дальнейшем «Потребитель»,

Заказчиком _____

(фамилия, имя, отчество)

паспортные данные _____

проживающий (ая) (фактический адрес проживания, телефон) _____

именуемого в дальнейшем «Заказчик»,

с другой стороны, далее по тексту договора, именуемые совместно «Стороны» заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Заказчику) на возмездной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к данному виду услуг (методам диагностики, профилактики и лечения), разрешенным на территории Российской Федерации в соответствии с Перечнем видов медицинской деятельности, разрешенных лицензией Исполнителя (Приложение № 1.1), в соответствии с Перечнем (Прейскурантом) платных медицинских услуг, а Потребитель (Заказчик) обязуется своевременно оплатить оказанные медицинские услуги в порядке и размере, установленном настоящим договором.

1.2. Потребитель (Заказчик) подтверждает, что на момент подписания настоящего договора Исполнитель уведомил его в доступной форме 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. Подписав настоящий договор, Потребитель (Заказчик) добровольно согласился на оказание ему указанных в п.2.1. Договора медицинских услуг на платной основе.

1.3. При заключении договора Потребителю (Заказчику) предоставлена в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
- информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- информация 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.

1.4. Срок оказания медицинских услуг (вписать нужное): _____

В случае изменения срока оказания медицинских услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора.

1.5. До заключения договора Потребитель (Заказчик) уведомлен 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 её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии его здоровья.

1.6. Оказываемые медицинские услуги (прописать полную информацию) _____

2. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов.

2.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю (Заказчику) согласно п.3.1.1. настоящего договора, определяется в соответствии с действующим в учреждении Перечнем (Прейскурантом цен) и (или) сметой платных медицинских услуг и составляет _____

(полная информация с расшифровкой стоимости услуг)

Стоимость медицинских услуг по настоящему договору остается неизменной в течение срока действия настоящего договора.

В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг согласно п. 3.1.6. настоящего договора их стоимость определяется по Перечню (Прейскуранту цен) платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного договора.

2.2. Действующий Перечень (Прейскурант цен) медицинских услуг на платной основе размещен на сайте в сети Интернет elacrб.tatarstan.ru и на информационных стендах Исполнителя по адресу: РТ, город Елабуга, пр-т Нефтяников, д.57.

2.3. Расчеты между сторонами осуществляются:

Наличными через кассу Исполнителя, расположенную по адресу: РТ, город Елабуга, пр-т Нефтяников, д.57 в день оказания платных медицинских услуг оказанных в соответствии с Перечнем оказываемых Потребителю (Заказчику) платных медицинских услуг;

2.4. При прекращении оказания медицинских услуг по инициативе Потребителя (Заказчика), Потребитель (Заказчик) обязуется оплатить Исполнителю фактически понесенные расходы.

3. Права и обязанности Сторон

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать Потребителю (Заказчику) платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых платных медицинских услуг (Приложение № 1.1, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора).

3.1.2. Выдать заключение с указанием результатов проведенных исследований и лечебных мероприятий.

3.1.3. Оказывать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим договором.

3.1.4. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством РФ порядке.

3.1.5. Немедленно известить Потребителя (Заказчика) о возможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению объема оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

3.1.6. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя (Заказчика).

Без согласия Потребителя (Заказчика) Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

При оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); неотложной медицинской помощи; организации здравоохранения и общественному здоровью; общей врачебной практике (семейной медицине); терапии; педиатрии.

При оказании врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: клинической лабораторной диагностике; неотложной медицинской помощи; организации здравоохранения и общественному здоровью; педиатрии.

При оказании специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); бактериологии; дерматовенерологии; детской хирургии; детской эндокринологии; инфекционным болезням; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; лечебной физкультуре и спортивной медицине; косметологии; медицинской реабилитации; неврологии; нейрохирургии; неотложной медицинской помощи; организации здравоохранения и общественному здоровью; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; патологической анатомии; психиатрии; психиатрии-наркологии; рентгенологии; рефлексотерапии; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; физиатрии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; эндоскопии; эпидемиологии.

При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); анестезиологии и реаниматологии; бактериологии; дерматовенерологии; клинической лабораторной диагностике; лечебной физкультуре и спортивной медицине; медицинской статистике; неонатологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); психиатрии-наркологии; рентгенологии; трансфузиологии; функциональной диагностике; эндоскопии; эпидемиологии.

При оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); кардиологии; неврологии; нейрохирургии; онкологии; офтальмологии; педиатрии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; терапии; травматологии и ортопедии; урологии; хирургии; медицинской реабилитации.

При оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерскому делу; акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); анестезиологии и реаниматологии; бактериологии; вакцинации (проведению профилактических прививок); детской хирургии; детской эндокринологии; диетологии; инфекционным болезням; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; лечебной физкультуре и спортивной медицине; медицинской реабилитации; медицинской статистике; медицинскому массажу; неврологии; нейрохирургии; неонатологии; операционному делу; организации здравоохранения и общественному здоровью; организации сестринского дела; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; патологической анатомии; педиатрии; психиатрии; психиатрии-наркологии; рентгенологии; рефлексотерапии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; терапии; травматологии и ортопедии; трансфузиологии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; эндоскопии; эпидемиологии.

При оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по: травматологии и ортопедии.

При оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи по: организации здравоохранения и общественному здоровью; медицинской статистике; скорой медицинской помощи.

При оказании паллиативной медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях по: клинической лабораторной диагностике; лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; медицинскому массажу; медицинской статистике; неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; педиатрии; сестринскому делу в педиатрии; **при оказании паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях по:** анестезиологии и реаниматологии; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; лабораторной диагностике; медицинской статистике; медицинской реабилитации; неврологии; сестринскому делу; хирургии; трансфузиологии; урологии; рентгенологии; физиотерапии.

При проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); медицинским осмотрам профилактическим.

Медицинскому освидетельствованию по: медицинскому освидетельствованию на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического).

При проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе профессиональной пригодности; экспертизе временной нетрудоспособности.

При обращении донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях организуются и выполняются работы (услуги) по заготовке, хранению донорской крови и (или) ее компонентов.

Приложение № 1.2 к договору на оказание платных медицинских услуг № _____ от _____ 20__ г.

Утверждено Приказом ГАУЗ «ЕЦРБ» № 521 от 22.12.2016 г.

Лист информированного добровольного согласия на получение платных медицинских услуг

Я, _____, _____ года рождения, зарегистрированный (ая) по адресу _____,

- Получил (а) исчерпывающие разъяснения по поводу своего заболевания (травмы), диагностических возможностей рутинных методов обследования, необходимого мне в связи с этим обследования _____

- Я проинформирован (а) о наличии возможностей провести обследование бесплатно в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, о наличии очередности на данное обследование, лечение в рамках Программы обязательного медицинского страхования (бесплатно), о квотах на бесплатное обследование и лечение, о наличии льготных контингентов больных в рамках выделенных квот.

- Я осознаю важность проведения рекомендованного мне лечащим врачом метода обследования _____

- Я согласен (на) на проведение _____ за счет личных средств вне квоты, существующей очередности. Претензий к лечащему врачу, лечебному учреждению не имею. Обращаться за возмещением затраченных средств в страховую организацию не буду.

Дата _____ ФИО пациента _____ подпись _____

Приложение 1.3

Утверждено Приказом ГАУЗ «ЕЦРБ» № 465 от 07.09.2021 г.

**СОГЛАСИЕ
родителя или законного представителя ребенка на обработку
персональных данных**

Я, нижеподписавшийся _____ (Ф.И.О. полностью)

зарегистрированный по адресу: _____

проживающий по адресу: _____

документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____

выдан _____ (дата и название выдавшего органа)

являясь _____

(указать законное основание для представительства интересов ребенка: отцом, матерью, опекуном, попечителем, иные основания)

_____ (Ф.И.О. ребенка полностью)

зарегистрированного(ой) по адресу: _____

проживающего(ой) по адресу: _____

документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____

выдан _____ (дата и название выдавшего органа)

своей волей и в своем интересе подтверждаю свое согласие на обработку ГАУЗ «ЕЦРБ», расположенному по адресу: 423603, Республика Татарстан, город Елабуга, проспект Нефтяников, дом 57, моих персональных данных и персональных данных ребенка.

Цель обработки персональных данных: в соответствии с требованиями ст.ст. 23, 24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, оформления договорных отношений с пациентом при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну в соответствии с законодательством Российской Федерации в области персональных данных.

Законодательство Российской Федерации в области персональных данных основывается на Конституции Российской Федерации и междуародных договорах Российской Федерации и состоит из Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и других определяющих случаи и особенности обработки персональных данных Федеральных законов.

Перечень персональных данных, на обработку которых дано настоящее согласие:

- фамилия, имя, отчество;

- паспортные данные;

«08» сентября 2023г.

УТВЕРЖДАЮ

Главный врач ГАУЗ «ЕЦРБ»

/Р.Р. Сафаров/

М.П.

«11» 09 2023г.

**ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ НЕМЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № _____**

г. Елабуга

от « _____ » _____ 20__ г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Елабужская центральная районная больница», Республика Татарстан, город Елабуга, проспект Нефтяников, дом 57, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице кассира Харисовой Екатерины Викторовны, действующей на основании доверенности № от _____, лицензии на осуществление медицинской деятельности от _____ (выписка из реестра лицензии по состоянию на _____), выданной Министерством здравоохранения Республики Татарстан, (адрес местонахождения и телефон выдавшего лицензирующего органа - г. Казань, улица Бутлерова, д.11/6, тел. 843-231-70-20), свидетельства о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц от 18 января 2013 года серия 16 № 006678106 ОГРН 1021606952421, выданного МРИ ФНС № 9, по Республике Татарстан, ИНН/ КПП 1646010862/164601001 с одной стороны, и

, и
Потребителем _____ года рождения

(фамилия, имя, отчество)

паспортные данные _____
проживающий(ая) (фактический адрес проживания, телефон) _____
именуемого в дальнейшем «Потребитель»,
Заказчиком _____

(фамилия, имя, отчество)

паспортные данные _____
проживающий(ая) (фактический адрес проживания, телефон) _____
именуемого в дальнейшем «Заказчик»,
именуемые совместно «Стороны» заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По договору возмездного оказания услуг Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Заказчику) услуги, указанные в п. 1.2 настоящего договора, а Потребитель (Заказчик) обязуется оплатить заказанные услуги.

1.2. Исполнитель обязуется оказать следующие услуги:

1.3. Срок оказания услуг (вписать нужное): _____

В случае изменения срока оказания услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора.

2. Стоимость услуг и порядок расчетов.

2.1. Стоимость платных немедицинских услуг, оказываемых Потребителю (Заказчику) согласно п.3.1.1. настоящего договора, определяется в соответствии с действующим в учреждении Перечнем (Прейскурантом цен) и (или) расчетами платных немедицинских услуг и составляет

(полная информация с расшифровкой стоимости услуг)

Стоимость услуг по настоящему договору остается неизменной в течение срока действия настоящего договора.

2.2. Расчеты между сторонами осуществляются:

Наличными через кассу Исполнителя, расположенную по адресу: РТ, город Елабуга, пр-т Нефтяников, д.57 в день оказания услуги;

2.3. При прекращении оказания услуги по инициативе Потребителя (Заказчик), Потребитель (Заказчик) обязуется оплатить Исполнителю фактически понесенные расходы.

3. Права и обязанности Сторон

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать Потребителю (Заказчику) платные немедицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых платных немедицинских услуг (приложение № 1.1, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора).

3.1.2. Оказывать услугу качественно и в полном объеме в соответствии с настоящим договором.

3.2. Потребитель (Заказчик) обязуется:

3.2.1. Оплатить оказанные услуги согласно Перечню (Прейскуранту цен) в размере и сроки, установленные в настоящем договоре.

3.2.2. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных немедицинских услуг по настоящему договору.

3.3. Потребитель (Заказчик) имеет право:

3.3.1. Отказаться от получения услуги (до момента начала ее оказания) и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуги в течение 30 календарных дней.

4. Ответственность Сторон

4.1. Потребитель (Заказчик) имеет право требовать в установленном порядке от Исполнителя возмещения ущерба, нанесенного Потребителю (Заказчику) по вине Исполнителя. Во всех остальных случаях, не предусмотренных настоящим договором, ответственность Сторон наступает в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.2. При неисполнении Потребителем (Заказчиком) своих обязательств по настоящему договору Исполнитель не несет ответственности за качество предоставленных услуг.

5. Конфиденциальность

5.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора (Приложение № 1.2).

6. Срок действия договора и условия прекращения договора

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до исполнения Сторонами своих обязательств.

6.2. В случае отказа Потребителя (Заказчика) после заключения договора от получения услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика) о расторжении договора по инициативе Потребителя (Заказчика), при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7. Прочие условия

7.1. Стороны обязуются решать все возникшие по настоящему договору споры и разногласия путем переговоров. Сторона считающая, что её права нарушены, вправе направить другой стороне письмо с изложением своих претензий. Сторона, получившая претензию, обязана ответить на нее в срок не позже 10 дней с момента получения претензии. В случае неполучения ответа Сторона, пославшая претензию, может обратиться в суд за защитой своих прав.

7.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

8. Адреса и реквизиты сторон

Потребитель (Заказчик):

Исполнитель:

423603 РТ, г. Елабуга, пр. Нефтяников, д. 57
ИНН 1646010862 КПП 164601001
Министерство финансов РТ
(ГАУЗ «ЕЦРБ», ЛАВ 18704001 - Елаб ЦРБ)
Р/с 0322 4643 9200 0000 1120
Отделение –НБ Республики Татарстан
Банка России // УФК по Республике
Республики Татарстан
Банка России // УФК по Республике
Татарстан г. Казань
К/с 4010 2810 4453 7000 0079
БИК 019205400 ОГРН 1021606952421
ИНН 1646010862 КПП 164601001
Кассир _____ Е.В.Харисова

Приложение № 1.1

Перечень немедицинских услуг оказываемых на платной основе
по ГАУЗ "ЕЦРБ" на 2023 год

№/п	Наименование услуг	Цена услуг
1	Подготовка и выдача справок, выписок из архива (дубликат при оформлении медицинских документов)	120,00
2	Выписка из медицинской документации для страховых компаний	120,00
3	Дубликат больничного листа	220,00
4	Дубликат справки анализа (лаборатория)	120,00
5	Ксерокопирование - 1 страница	8,00
6	Прокат костылей - 1 сутки на период до 1 месяца	50,00
7	Прокат костылей - 1 сутки на период от месяца и более	30,00
8	Транспортировка пациентов в пределах г.Елабуга (в случаях не предусмотренных Программой государственных гарантий)	600,00
9	Транспортировка пациентов за пределы г.Елабуга (в случаях не предусмотренных Программой государственных гарантий)	Стоимость рассчитывается по расстоянию и затраченному времени
10	Трудовая книжка	300,00
11	Вкладыш к трудовой книжке	3000,00
12	Пребывание в палате повышенной комфортности (1 сутки в травматологическом, педиатрическом, офтальмологическом, отоларингологическом, родильном, неврологическом, терапевтическом, хирургическом, гинекологическом отделениях и отделении платных услуг)	1200,00
13	Пребывание в палате повышенной комфортности (1 сутки в инфекционном отделении)	800,00
14	Пребывание в палате повышенной комфортности дневного стационара (1 день)	800,00
15	Кислородный коктейль 250 мл	50,00

СОГЛАСИЕ

Утверждено Приказом ГАУЗ «ЕЦРБ» № 465 от 07.09.2021г.

пациента на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся

_____ (Ф.И.О. полностью)

зарегистрированный по адресу: _____

проживающий по адресу: _____

документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____

выдан _____

_____ (дата и название выдавшего органа)

являясь _____

(указать законное основание для представительства интересов ребенка: отцом, матерью, опекуном, попечителем, иные основания)

_____ (Ф.И.О. ребенка полностью)

зарегистрированного(ой) по адресу: _____

проживающего(ой) по адресу: _____

документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____

выдан _____

_____ (дата и название выдавшего органа)

своей волей и в своем интересе подтверждаю свое согласие на обработку ГАУЗ «ЕЦРБ», расположенному по адресу: 423603, Республика Татарстан, город Елабуга, проспект Нефтяников, дом 57, моих персональных данных и персональных данных ребенка.

Цель обработки персональных данных: в соответствии с требованиями ст.ст. 23, 24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, оформления договорных отношений с пациентом при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну в соответствии с законодательством Российской Федерации в области персональных данных.

Законодательство Российской Федерации в области персональных данных основывается на Конституции Российской Федерации и международных договорах Российской Федерации и состоит из Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и других определяющих случаи и особенности обработки персональных данных Федеральных законов.

Перечень персональных данных, на обработку которых дано настоящее согласие:

- фамилия, имя, отчество;
- паспортные данные;
- сведения, содержащиеся в свидетельстве о рождении;
- дата и место рождения;

- адрес места жительства (по паспорту, фактический);
- пол;
- контактный номер телефона;
- семейное, социальное положение;
- место работы (учебы);
- должность (профессия);
- сведения о состоянии здоровья (в т.ч. группа здоровья, группа инвалидности и степень ограничения к трудовой деятельности, состояние диспансерного учета, зарегистрированные диагнозы);
- сведения об оказанных медицинских услугах (в т.ч. о проведенных лабораторных анализах и исследованиях и их результатах, выполненных оперативных вмешательствах, случаях стационарного лечения и их результатах);
- сведения о праве на льготу и льготное лекарственное обеспечение;
- сведения, содержащиеся в полисе медицинского страхования;
- страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС).

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: обработка персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Если распространение (в том числе передача) информации о персональных данных производится в непредусмотренных Федеральным законодательством случаях обязательно предоставления субъектом персональных данных своих персональных данных, оператор обязан запросить письменное согласие законного представителя ребенка в каждом отдельном случае.

Способы обработки персональных данных: на бумажных носителях; в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом; при участии и при непосредственном участии человека.

Срок, в течение которого действует согласие: до достижения цели обработки персональных данных моего ребенка или до момента утраты необходимости в их достижении, если иное не предусмотрено Федеральным законодательством.

Настоящее согласие может быть отозвано мной путем подачи в ГАУЗ «ЕЦРБ» письменного заявления об отзыве согласия.

Подтверждаю, что я ознакомлен с Положением о защите персональных данных пациентов ГАУЗ «ЕЦРБ», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

« ____ » _____ 20 ____ г.

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

«08» сентября 2023г.

УТВЕРЖДАЮ

Главный врач ГАУЗ «ЕЦРБ»

/Р.Р. Сафаров/



М.П. _____
«11» 09 2023г.

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ НЕМЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № _____

г. Елабуга от «__» _____ 20__ г.
Государственное автономное учреждение здравоохранения «Елабужская центральная районная больница», Республика Татарстан, город Елабуга, улица Пролетарская, дом 36, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице кассира Зайцевой Светланы Константиновны, действующей на основании доверенности № от _____, лицензии на осуществление медицинской деятельности от _____ (выписка из реестра лицензии по состоянию на _____), выданной Министерством здравоохранения Республики Татарстан, (адрес местонахождения и телефон выдавшего лицензирующего органа - г. Казань, улица Бутлерова, д.11/6, тел. 843-231-70-20), свидетельства о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц от 18 января 2013 года серия 16 № 006678106 ОГРН 1021606952421, выданного МРИ ФНС № 9, по Республике Татарстан, ИНН/ КПП 1646010862/164601001 с одной стороны, и Потребителем _____ года рождения

(фамилия, имя, отчество)
паспортные данные _____
проживающий(ая) (фактический адрес проживания, телефон) _____
именуемого в дальнейшем «Потребитель»,
Заказчиком _____
(фамилия, имя, отчество)

паспортные данные _____
проживающий(ая) (фактический адрес проживания, телефон) _____
именуемого в дальнейшем «Заказчик»,
далее по тексту договора, именуемые совместно «Стороны» заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1. По договору возмездного оказания услуг Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Заказчику) услуги, указанные в п. 1.2 настоящего договора, а заказчик обязуется оплатить заказанные услуги.
- 1.2. Исполнитель обязуется оказать следующие услуги:

- 1.3. Срок оказания услуг (вписать нужное): _____
В случае изменения срока оказания услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора.
- 2. Стоимость услуг и порядок расчетов.
2.1. Стоимость платных немедицинских услуг, оказываемых Потребителю (Заказчику) согласно п.3.1.1. настоящего договора, определяется в соответствии с действующим в учреждении Перечнем (Прейскурантом цен) и (или) расчетами платных немедицинских услуг и составляет _____

(полная информация с расшифровкой стоимости услуг)

- Стоимость услуг по настоящему договору остается неизменной в течение срока действия настоящего договора.
- 2.2. Расчеты между сторонами осуществляются:
- 2.3. При прекращении оказания услуги по инициативе Потребителя (Заказчика), Потребитель (Заказчик) обязуется оплатить Исполнителю фактически понесенные расходы

3. Права и обязанности Сторон

- 3.1. Исполнитель обязуется:
 - 3.1.1. Оказать Потребителю платные немедицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых платных немедицинских услуг (приложение № 1.1, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора).
 - 3.1.2. Оказывать услугу качественно и в полном объеме в соответствии с настоящим договором.
- 3.2. Потребитель (Заказчик) обязуется:
 - 3.2.1. Оплатить оказанные услуги согласно Перечню (Прейскуранту цен) в размере и сроки, установленные в настоящем договоре.
 - 3.2.2. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных немедицинских услуг по настоящему договору.
- 3.3. Потребитель (Заказчик) имеет право:
 - 3.3.1. Отказаться от получения услуги (до момента начала ее оказания) и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуги в течение 30 календарных дней.

4. Ответственность Сторон

- 4.1. Потребитель (Заказчик) имеет право требовать в установленном порядке от Исполнителя возмещения ущерба, нанесенного Потребителю (Заказчику) по вине Исполнителя. Во всех остальных случаях, не предусмотренных настоящим договором, ответственность Сторон наступает в соответствии с действующим законодательством РФ.
- 4.2. При неисполнении Потребителем (Заказчиком) своих обязательств по настоящему договору Исполнитель не несет ответственности за качество предоставленных услуг.

5. Конфиденциальность

- 5.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора (Приложение № 1.2).

6. Срок действия договора и условия прекращения договора

- 6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до исполнения Сторонами своих обязательств.
- 6.2. В случае отказа Потребителя (Заказчика) после заключения договора от получения услуг договор расторгается. Исполнитель информирует потребителя о расторжении договора по инициативе Потребителя (Заказчика), при этом потребитель оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7. Прочие условия

- 7.1. Стороны обязуются решать все возникшие по настоящему договору споры и разногласия путем переговоров. Сторона считающая, что её права нарушены, вправе направить другой стороне письмо с изложением своих претензий. Сторона, получившая претензию, обязана ответить на нее в срок не позже 10 дней с момента получения претензии. В случае неполучения ответа Сторона, пославшая претензию, может обратиться в суд за защитой своих прав.
- 7.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

8. Адреса и реквизиты сторон

Потребитель (Заказчик): _____ Исполнитель: _____

423603 РТ, г. Елабуга, пр. Нефтяников, д. 57
ИНН 1646010862 КПП 164601001
Министерство финансов РТ
(ГАУЗ «ЕЦРБ», ЛАВ 18704001- Елаб ЦРБ)
Р/с 0322 4643 9200 0000 1120
Отделение –НБ Республики Татарстан
Банка России // УФК по Республике Отделение
Республики Татарстан
Банка России // УФК по Республике
Татарстан г. Казань
К/с 4010 2810 4453 7000 0079
БИК 019205400 ОГРН 1021606952421
ИНН 1646010862 КПП 164601001
тел. 885557-7-13-03
Кассир _____ С.К.Зайцева

Приложение № 1.1

Перечень немедицинских услуг, оказываемых на платной основе, в Поликлинике ГАУЗ "ЕЦРБ" по адресу: г. Елабуга, ул. Пролетарская, д.36 на 2023 год

№/п	Наименование услуг	Цена услуг
1	Дубликат справки анализа (лаборатория)	120,0
2	Подготовка и выдача справок, выписок из архива (дубликат при оформлении медицинских документов)	120,0
3	Ксерокопирование - 1 страница	8,00

Приложение № 1.2 к договору на оказание платных медицинских услуг № _____ от _____ 20__ г.

СОГЛАСИЕ
пациента на обработку персональных данных

Утверждено Приказом ГАУЗ «ЕЦРБ» № 465 от 07.09.2021 г.

Я, нижеподписавшийся (яся) _____ (Ф.И.О. полностью)
зарегистрированный по адресу: _____
проживающий по адресу: _____
документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____
выдан _____ (дата и название выдавшего органа)

своей волей и в своем интересе подтверждаю свое согласие на обработку ГАУЗ «ЕЦРБ», расположенному по адресу: 423603, Республика Татарстан, город Елабуга, проспект Нефтяников, дом, 57 моих персональных данных.

Цель обработки персональных данных: в соответствии с требованиями ст.ст.23,24 Конституции РФ, ст. 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных», в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, оформление договорных отношений с пациентом при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну в соответствии с законодательством Российской Федерации в области персональных данных.

Законодательство Российской Федерации в области персональных данных основывается на Конституции Российской Федерации и международных договорах Российской Федерации и состоит из Федерального закона от 27.06.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и других определяющих случаи и особенности обработки персональных данных Федеральных законов.

Перечень персональных данных, на обработку которых дано настоящее согласие:

- фамилия, имя, отчество;
- паспортные данные;
- дата и место рождения;
- пол;
- адрес места жительства (по паспорту, фактический);
- контактный номер телефона;
- семейное, социальное положение;
- место работы (учебы);
- сведения о состоянии здоровья (в т.ч. группа здоровья, группа инвалидности и степень ограничения к трудовой деятельности, состояние диспансерного учета, зарегистрированные диагнозы);
- сведения об оказанных медицинских услугах (в т.ч. о проведенных лабораторных анализах и исследованиях и их результатах, выполненных оперативных вмешательствах, случаях стационарного лечения и их результатах);
- сведения о праве на льготу и льготное лекарственное обеспечение;
- сведения, содержащиеся в полисе медицинского страхования;
- сведения, содержащиеся в страховом свидетельстве государственного пенсионного страхования (СНИЛС).

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: обработка персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Если распространение (в том числе передача) информации о персональных данных производится в не предусмотренных Федеральным законодательством случаях обязательного предоставления субъектом персональных данных своих персональных данных, оператор обязан запросить письменное согласие пациента в каждом отдельном случае.

Способы обработки персональных данных: на бумажных носителях; в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом; при участии и при непосредственном участии человека.

Срок, в течение которого действует согласие: до достижения цели обработки персональных данных или до момента утраты необходимости в их достижении, если иное не предусмотрено Федеральным законодательством.

Настоящее согласие может быть отозвано мной путем подачи в ГАУЗ «ЕЦРБ» письменного заявления об отзыве согласия.

Подтверждаю, что я ознакомлен с Положением о защите персональных данных пациентов ГАУЗ «ЕЦРБ», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

« ____ » _____ 20__ г.

(подпись)

(расшифровка подписи пациента)