

Договор №

об оказании платных медицинских услуг

г. Ачинск

«__»__2023

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой центр охраны материнства и детства № 2», в лице начальника отдела договорной работы и организации размещения государственного заказа Трифоновой Елены Александровны, действующего на основании Доверенности № 3 от 11.07.2016 г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель» (Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-24-01-003999 от 31.05.2018 г Свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 24 №006445398 от 05.05.2016 г) с одной стороны и

являющийся законным представителем (опекуном, усыновителем) несовершеннолетнего (-ней)

именуемого (-ой) в дальнейшем "Потребитель", вместе также именуемые "Стороны", заключили настоящий Договор о нижеследующем:

ПОНЯТИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В НАСТОЯЩЕМ ДОГОВОРЕ

Для целей настоящего Договора используются следующие основные понятия:
платные медицинские услуги – медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;
потребитель – физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";
исполнитель – медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги потребителям (пациентам);
законный представитель (опекун, усыновитель) – совершеннолетнее физическое лицо, имеющий право представлять интересы несовершеннолетнего физического лица, который нуждается в медицинской помощи.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель на основании обращения Потребителя, либо его законного представителя, обязуется оказать ему медицинские услуги по (согласно сметы) (далее - "медицинские услуги"), а Потребитель, либо его законного представитель, выплачивает Исполнителю вознаграждение в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

1.2. Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу:

- 662150, г.Ачинск, проспект Лапенкова, стр.17;
- 662150, г.Ачинск, проспект Лапенкова, 15;
- 662150, г.Ачинск, микрорайон 3 строение 18.
- 662150, г.Ачинск, микрорайон 7, дом 8, помещение 81.

в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг"

1.3. Диагноз Потребителю был поставлен _____

1.4. Медицинские услуги должны быть предоставлены в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, в том числе предъявляемыми к качеству медицинских услуг.

1.5. Потребителю озвучены варианты лечения (обследования) и выбранный Потребителем (законным представителем) вариант.

2 ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Обеспечить Потребителя, а так же его законного представителя, бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения о:

а) порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;

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

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

г) других сведениях, относящихся к предмету настоящего Договора.

2.1.2. Оказывать Потребителю услуги, предусмотренные п. 1.1 настоящего Договора, а при необходимости и дополнительные медицинские услуги в соответствии с правилами и стандартами оказания медицинской помощи.

2.1.3. Представить Потребителю или его законному представителю, список своих сотрудников, обладающих специальным образованием и профессиональными навыками, для ознакомления и закрепления за ним специалистов и/или лечащего врача, которые будут оказывать медицинские услуги.

2.1.4. Не передавать и не показывать третьим лицам находящуюся у Исполнителя документацию о Потребителе, кроме случаев, определенных законодательством.

2.1.5. Сотрудничать при оказании услуг по настоящему Договору с иными медицинскими учреждениями и специалистами.

2.1.6. Предоставить в доступной форме информацию 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.

2.1.7. Представлять для ознакомления по требованию Потребителя копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением Перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с данной лицензией.

2.1.8. Соблюдать порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.2. Потребитель (законный представитель) обязуется:

2.2.1. Соблюдать Правила внутреннего распорядка Исполнителя.

2.2.2. Предоставить Исполнителю следующие документы:

- копия свидетельства о рождении Потребителя либо копия паспорта

- копия паспорта законного представителя

- копия документа, подтверждающего полномочия (родство) законного представителя (свидетельство о рождении, свидетельство о браке (в случае смены

фамилии представителем), решение суда и т.д.)

2.2.3. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

2.2.4. Кроме того, Потребитель, (его законный представитель), обязан:

- информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;
- соблюдать правила поведения пациентов в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения;
- выполнять все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих ему по настоящему Договору медицинские услуги, по лечению, в том числе соблюдать указания медицинского учреждения, предписанные на период после оказания услуг.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. Получать от Потребителя любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредставления либо неполного или неверного предоставления Потребителем, либо его законным представителем, информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

2.3.2. Требовать от Потребителя и его законного представителя соблюдения Правил оказания медицинских услуг.

2.3.3. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

2.4. Потребитель (законный представитель) имеет право:

2.4.1. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с п. 1.1 настоящего Договора.

2.4.2. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.

2.5. Предоставление Исполнителем дополнительных услуг оформляется дополнительным соглашением Сторон и оплачивается дополнительно.

2.6. До заключения настоящего Договора Потребитель уведомлен (законный представитель) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (работающего у него медицинского работника), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

2.7. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора.

3. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА

3.1. Условия получения Потребителем _____
медицинских услуг:

3.2. При оказании услуг, не указанных в перечне, в соответствии с предусмотренным п. 2.5 настоящего Договора дополнительным соглашением Исполнитель представляет Потребителю дополнительный акт, который после подписания Сторонами является подтверждением оказания дополнительных услуг Исполнителем Потребителю.

3.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя..

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

3.4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется 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 от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

3.5. В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. При этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

3.6. К отношениям, связанным с исполнением настоящего Договора, применяются положения Закона Российской Федерации от 07.02.1992 N 2300-1 "О защите прав потребителей".

4. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

4.1. Стоимость медицинских услуг составляет

Перечень медицинских услуг указывается в смете (Приложение № 2)

4.2.Сроки оплаты: предоплата 100%.

Денежные средства вносятся на следующие реквизиты:

ИНН — 2443047354, КПП — 244301001,Получатель:Минфин края (КГБУЗ «ККЦОМД №2» л/с 75192Б71481),Банк получателя:ОТДЕЛЕНИЕ КРАСНОЯРСК БАНКА РОССИИ//УФК по Красноярскому краю г. Красноярский,БИК банка:010407105, р/сч: 03224643040000001900,Отр. код — 710500000000000000 130,ОКТМО — 04703000

4.3. Датой оплаты денежных средств считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или день внесения денежных средств в кассу Исполнителя.

4.4. Дополнительные услуги оплачиваются на основании отчета (акта) об оказанных услугах в течение 10 (десяти) дней с момента его оформления Сторонами.

4.5. В случае неоказания, оказания услуг ненадлежащего качества и при иных основаниях для возврата денежных средств Исполнитель возвращает Потребителю (законному представителю) деньги и выплачивает компенсацию в течение 10 (десяти) дней с момента предъявления требования Потребителем.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя.

5.2. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам оказания услуг Потребитель (его законный представитель) вправе по своему выбору:

- назначить новый срок оказания услуги;

- потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;
- потребовать исполнения услуги другим специалистом;
- расторгнуть настоящий Договор и потребовать возмещения убытков.

5.3. Нарушение установленных настоящим Договором сроков исполнения услуг должно сопровождаться выплатой Потребителю (законному представителю) неустойки в порядке и размере, которые определяются Законом Российской Федерации от 07.02.1992 N 2300-1 "О защите прав потребителей"

5.4. По соглашению (договору) Сторон указанная в п. 5.3 настоящего Договора неустойка может быть выплачена за счет уменьшения стоимости предоставленной медицинской услуги, предоставления Потребителю дополнительных услуг без оплаты, возврата части ранее внесенного аванса.

5.5. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

5.6. Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по Договору, обязана не позднее 3 (трех) дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

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

5.8. Исполнитель и его работники, оказывающие услуги по настоящему Договору, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании Потребителю медицинской помощи.

6. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

6.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

6.2. При неурегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

7.1. Срок действия настоящего Договора - с момента подписания до полного исполнения сторонами обязательств.

7.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию Сторон.

7.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон.

8. ИНЫЕ УСЛОВИЯ

- 8.1. Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.
- 8.2. Настоящий Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.
- 8.3. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются:
- 8.3.1. Письменное согласие законного представителя на оказание платной медицинской услуги (для Потребителей от 14 до 18 лет. (Приложение № 1)
- 8.3.2. Смета на оказание медицинских услуг. (Приложение № 2)
- 8.3.3. Согласие на обработку персональных данных (Приложение № 3)
- 8.3.4. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (Приложение № 4)

9. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Потребитель:	Законный представитель:	Исполнитель:
		Трифорова Елена Александровна
	г.р.	г.р.
Документ, удостоверяющий личность:	Документ, удостоверяющий личность:	г.Ачинск, просп.Лапенкова, стр.17 Минфин края (КГБУЗ «ККЦОМД № 2», л/с 75192Б71481) ИНН 2443047354 КПП 244301001 р/счет 03224643040000001900 в ОТДЕЛЕНИЕ КРАСНОЯРСКОГО БАНКА РОССИИ//УФК по Красноярскому краю г. Красноярский БИК 010407105 Отр.код. 710500000000000000 130
Адрес регистрации:	Адрес регистрации:	
Адрес проживания:	Адрес проживания:	

Е.А. Трифонова

Второй экземпляр договора получил _____

Услуги оказаны в полном объеме, претензий не имею. _____

СОГЛАСИЕ
законного представителя
на оказание платных медицинских услуг несовершеннолетнему потребителю

Я, _____, Паспорт гражданина Российской Федерации серия _____ № _____, выдан _____, являясь законным представителем несовершеннолетнего _____, даю свое согласие на оказание медицинской помощи на платной основе.

свидетельство о рождении (паспорт) серия _____ № _____ выдан _____

« _____ » _____ 2023 г.

Приложение № 2 к договору
на оказание медицинских услуг
От «___» _____ 2023 г.

СМЕТА
на оказание медицинских услуг

[illegible]

Срок оказания медицинских услуг 1 день.

Смету составил _____

« » _____ 2023 г.

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств,
включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств,
на которые граждане дают информированное добровольное согласие
при выборе врача и медицинской организации для получения
первичной медико-санитарной помощи**

Я, _____, паспорт:
_____ № _____ выдан: _____, адрес
_____ регистрации: _____,
являясь законным представителем несовершеннолетнего _____,
свидетельство о рождении (паспорт) серия _____ № _____, выдан _____

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в КГБУЗ «ККЦОМД № 2» (ИНН 2443047354)

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть):

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

Порядок и возможность получения услуги в рамках программы государственных гарантий (БЕСПЛАТНО) мне разъяснены до момента подписания договора и данного согласия

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

«___» _____ 202__ г.
(дата оформления)

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____, паспорт:
№ _____ выдан «___» _____ г., являясь законным представителем несовершеннолетнего
_____ ,
свидетельство о рождении (паспорт) серия _____ № _____, выдан «___» _____ г.

даю согласие

краевому государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Красноярский краевой центр охраны материнства и детства № 2» расположенному по адресу: г.Ачинск, проспект Лапенкова, стр.17, моих персональных данных (персональных данных несовершеннолетнего потребителя) по договору на оказание платных медицинских услуг от «___» _____ 202__ г. № _____, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о страховой медицинской организации, выбранной мной, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные другим должностным лицам Оператора, или должностных лиц других медицинских учреждений в интересах моего обследования и лечения, или для осуществления ведомственного контроля качества её оказания.

Обработка вышеуказанных персональных данных будет осуществляться с использованием средств автоматизации или без использования таких средств путем смешанной обработки персональных данных (сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных).

Я предоставляю право Оператору передавать и поручать обработку вышеуказанных персональных данных Министерству здравоохранения Российской Федерации (127994, ГСП-4, г. Москва, пер. Рахмановский, д. 3), Министерству здравоохранения Красноярского края (660017, г. Красноярск, ул. Красной армии, 3), КГБУЗ «Красноярский краевой медицинский информационно-аналитический центр» (660049, г. Красноярск, ул. Вейнбаума, д. 26), Территориальному фонду обязательного медицинского здравоохранения Красноярского края (660075, г. Красноярск, ул. Копылова, 2Б), для их внесения в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ), в том числе с целью предоставления мне доступа к моим персональным данным, медицинским документам, информации об оказанных услугах, данных о прикреплении и других сведений в личном кабинете пациента, с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной «___» _____ 202__ г. г. и действует бессрочно.

«___» _____ 202__ г. _____