

ДОГОВОР № _____
на предоставление платных медицинских услуг

«___» _____ 20___ г.

г. Красный Сулин

Гражданин(ка) _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с одной стороны, и Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Районная больница» г. Красного Сулина и Красносулинского района Ростовской области (ОГРН 1026102159005, поставлено на учет в Межрайонной инспекции Федеральной налоговой службы №21 по Ростовской области 16.09.1999г., имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности №ЛО-61-01-006926 от 24.01.2019г., выданную министерством здравоохранения Ростовской области, расположенным по адресу: 344029, г.Ростов-на-Дону, ул.1-й Конной Армии, 33, тел.8-863-242-42-14), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице кассира аппарата управления Рыжовой Елены Сергеевны действующего на основании Доверенности №3 от «15» февраля 2019г., с другой стороны, заключили договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется предоставить Пациенту на возмездной основе медицинские услуги: _____, а Пациент обязуется своевременно оплатить стоимость предоставленных медицинских услуг. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006.

1.2. Подписывая настоящий договор, Пациент подтверждает, что ему было разъяснено право на получение бесплатной медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования и желает получить медицинские услуги на платной основе, отказавшись от предложенной ему альтернативной возможности. Также был разъяснен порядок, условия и объем оказания таких услуг.

1.3.Срок оказания с даты подписания настоящего договора по _____.

2. Права и обязанности сторон

2.1.Исполнитель обязан:

2.1.1. Оказать медицинские услуги лично в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи.

2.1.2. Своевременно и качественно оказывать медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего договора; при оказании медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению российским законодательством;

2.1.3. Выдавать Пациенту кассовый чек и/или иной документ, подтверждающий оплату услуг.

2.1.4. По окончании оказания медицинской услуги выдать Пациенту или его законному представителю медицинские документы (их копии, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Пациента

2.1.5. Предоставить Пациенту бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемых услугах.

2.1.6. Соблюдать врачебную тайну.

2.2. Пациент обязан:

2.2.1. Предварительно оплатить медицинские услуги, оказываемые Исполнителем, согласно условиям настоящего Договора;

2.2.2. Информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания услуг.

2.2.3. Соблюдать правила внутреннего распорядка и правила поведения в Учреждении.

2.3. Пациент вправе:

2.3.1. Отказаться от исполнения настоящего Договора в любое время, возместив Исполнителю фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему договору.

2.3.2. Получать информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения и обследования.

2.3.3. Совместно с медицинским персоналом Исполнителя определять фактический перечень услуг, которые он желает получить.

3. Стоимость услуг и порядок расчетов

3.1. Стоимость медицинских услуг определяется Прейскурантом цен Исполнителя, действующим на момент оплаты услуги.

3.2. Пациент обязан в полном объеме оплатить предоставляемые медицинские услуги.

3.3. Датой оплаты считается дата поступления денежных средств в кассу Исполнителя.

4 . Ответственность сторон

4.1. В случае ненадлежащего исполнения Договора одной из сторон, повлекшего неблагоприятные последствия для другой стороны, ответственность наступает согласно действующему законодательству Российской Федерации.

4.2. Исполнитель несет ответственность перед Пациентом за неисполнение, либо ненадлежащее исполнение условий настоящего договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а также в случаях причинения вреда жизни и здоровью Пациента.

4.3. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств, если докажет, что это произошло вследствие действий непреодолимой силы или нарушения Пациентом требований п.2.2. настоящего Договора.

4.4. Пациент несет имущественную ответственность за причинение ущерба Учреждению в размере действительной стоимости поврежденного (утраченного) имущества, если такое повреждение (утрата) явились следствием действий Пациента. В этом случае Пациент также обязан возместить учреждению возникшие вследствие этого убытки.

5. Прочие условия

5.1. Пациент дает Исполнителю согласие на обработку персональных данных в объеме и способами, указанными в Федеральном законе № 152-ФЗ «О персональных данных» для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

5.2. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором или в связи с ним, стороны примут все меры к их разрешению путем переговоров. В случае невозможности урегулировать спор путем переговоров, споры подлежат разрешению в судебном порядке.

5.3. Пациент дает разрешение на ведение медицинской документации в электронной форме.

5.4. Договор признается заключенным с момента его подписания сторонами и действует до полного исполнения своих обязательств сторонами.

5.5. Договор составлен в 2-х подлинных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

5.6. По вопросам, не предусмотренным настоящим договором, стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

5.7. Настоящий договор может быть изменен только по письменному соглашению сторон.

5.8. Настоящий договор может быть расторгнут до окончания срока его действия: по соглашению сторон, совершенному в письменном виде; по решению суда при нарушении одной из сторон условий настоящего договора; в случае одностороннего отказа одной из сторон от исполнения договора с уведомлением другой стороны не менее чем за 10 (десять) дней.

6. Адреса, реквизиты и подписи сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ:	ПАЦИЕНТ:
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Районная больница» г. Красного Сулина и Красносулинского района Ростовской области 346361, Ростовская область, г. Красный Сулин, ул. Фурманова, 32 тел. 5-25-05, факс 5-36-44 получатель: УФК по Ростовской области (МБУЗ «РБ» л/с 20586Х49860) ИНН 6148002931	_____

	Паспорт: серия _____ № _____ Выдан _____

	Адрес регистрации _____

КПП 614801001

ОКАТО 60226501000

Отделение по Ростовской области Южного
главного управления Центрального банка
Российской Федерации
(Отделение Ростов-на-Дону)
р/с 40701810960151000005
БИК 046015001

Подпись: _____

Телефон _____

Подпись: _____

К Договору № _____
от _____

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных.

На основании Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных
данных»

Я, _____

_____ года рождения, зарегистрированный (-ая) по адресу:

паспорт: серия _____ № _____, выданный _____

_____ дата выдачи:

_____ код подразделения: _____ даю МБУЗ «РБ», расположенному

по адресу: ул. Фурманова, 32, г.Красный Сулин, Ростовской обл., **согласие на обработку моих
персональных данных в целях установления медицинского диагноза и оказания
медицинских услуг.**

Предоставляю Оператору право осуществлять действия по обработке моих персональных
данных, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление,
изменение), использование, передачу, удаление, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать
мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных
(автоматизированную) и не автоматизированную (без использования средств автоматизации, в т.ч.
для ведения архива). Оператор имеет право, во исполнение своих обязательств, на прием-
передачу моих персональных данных страховой компании, где я застрахован. Срок хранения
моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских
документов(медицинской карты). Передача моих персональных данных иным лицам или иное
разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия (кроме случаев
предусмотренных законами РФ).

Настоящее согласие дано мной бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления
соответствующего письменного документа, который может быть мной направлен в адрес
Оператора по почте заказным письмом или лично вручен под расписку представителю
Оператора.

(дата)

(личная подпись)

(расшифровка подписи)

Данное согласие принято _____

(дата)

(подпись лица,

расшифровка подписи, принявшего согласие)