

До заключения настоящего договора я, _____, являясь Потребителем платной медицинской услуги, уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника БУЗОО «ГП № 9», предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

«__» _____ 20__ года

ФИО

ДОГОВОР

на оказание платных медицинских услуг № _____

г. Омск

«__» _____ 2023 года

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Городская поликлиника № 9» (сокращенно БУЗОО «ГП № 9»), действующее на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-55-01-002566 от 11.07.2019 г., в лице главного врача Гайзер Людмила Ивановны, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка) _____ именуемый(ая) далее «Потребитель», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. В соответствии с настоящим договором Исполнитель обязуется оказать Потребителю на возмездной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам профилактики, диагностики и лечения, разрешенным на территории РФ (далее - Услуги), а Потребитель обязуется своевременно оплатить стоимость Услуг, предоставляемых по настоящему Договору и выполнить требования Исполнителя для целей обеспечения своевременного и качественного оказания Услуг, включая предоставление необходимых для этого сведений.

1.2. Наименование, вид Услуги, стоимость, срок ее оказания, сведения о лице, непосредственно оказывающем Услугу, указываются в Перечне платных услуг, согласно приложению № 1 к настоящему договору, являющегося его неотъемлемой частью.

2. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ УСЛУГИ

2.1. Исполнитель оказывает медицинские услуги в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность от 11.07.2019 г. № ЛО-55-01-002566, выданную Министерством здравоохранения Омской области (г. Омск, ул.Красный Путь, 6, тел. 23-35-25), Срок действия лицензии: бессрочно. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность «Учреждения» в соответствии с выданной лицензией:

«1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

акушерскому делу; лабораторной диагностике; лечебному делу; лечебной физкультуре, медицинскому массажу; неотложной медицинской помощи, рентгенологии; сестринскому делу; физиотерапии; функциональной диагностике;

2) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

терапии, неотложной медицинской помощи;

3) при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по:

неотложной медицинской помощи; сестринскому делу, терапии, неврологии, хирургии

4) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); дерматовенерологии; инфекционным болезням; клинической лабораторной диагностике; лечебной физкультуре и спортивной медицине, неврологии; неотложной медицинской помощи; онкологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; профпатологии; психиатрии-наркологии; рентгенологии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; эпидемиологии;

5). При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги):

по медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); медицинским осмотрам (предсменным, послесменным); медицинским осмотрам профилактическим;

при проведении медицинских освидетельствований на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием;

при проведении медицинских экспертиз по:

экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе профессиональной пригодности; экспертизе временной нетрудоспособности.»

2.2. Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи предоставляется Потребителю перед оказанием Услуги медицинским работником, ее оказывающим.

2.3. Сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации размещены на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу <https://poliklinika9omsk.ru>.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГИ, СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

3.1. Стоимость Услуги определяется согласно прейскуранту, действующему у Исполнителя (далее-прейскурант) на дату оплаты Услуги. Прейскурант размещен на информационных стендах в помещениях Исполнителя и на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу <https://poliklinika9omsk.ru>.

3.2. Оплата Услуги производится наличными денежными средствами в кассу Исполнителя или безналичным путем с использованием электронного средства платежа на условиях предоплаты 100% стоимости услуг (до оказания Услуги).

3.3. Датой оплаты Услуги считается дата поступления денежных средств Исполнителю.

3.4. Исполнитель оказывает Услуги по настоящему Договору в помещениях Исполнителя по адресам:

- 644121, г. Омск, ул.Кучерявенко, д. 10;

- 644121, г. Омск, ул. Кучерявенко, д.3.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Права и обязанности Исполнителя:

4.1.1. Выдать Потребителю документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек или бланк строгой отчетности).

4.1.2. Предоставить Потребителю бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемых Услугах, бланк Информированного добровольного согласия.

4.1.3. Предоставить квалифицированную, качественную Услугу Потребителю, в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

4.1.4. По окончании оказания Услуги выдать Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения Услуги, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы. Указанные медицинские документы также подтверждают факт предоставления Исполнителем Потребителю Услуги и ее получение Потребителем.

4.1.5. В случае возникновения неотложных состояний у Потребителя, Исполнитель вправе осуществлять действия в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", в том числе принимать решение о медицинском вмешательстве в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.

4.2. Права и обязанности Потребителя:

4.2.1. Потребитель обязан оплатить стоимость Услуг Исполнителю в соответствии с условиями настоящего договора.

4.2.2. Потребитель обязан выполнить требования, от которых зависит качественное предоставление медицинской помощи. В случае выявления Исполнителем ненадлежащей подготовки к оказанию Услуг или ее отсутствия Исполнитель вправе отказаться от оказания Услуг в одностороннем порядке, произведя

возврат Заказчику стоимости Услуги, уплаченной по договору.

4.2.3. Потребитель в ходе оказания Услуг обязан выполнять все медицинские указания, рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения, своевременно информировать медицинского работника об изменениях в состоянии здоровья (самочувствии).

4.2.4. Потребитель обязан информировать медицинского работника до оказания Услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания Услуг.

4.2.5. Потребитель обязан подписать Информированное добровольное согласие на оказание Услуги. В случае отказа от подписания Информированного добровольного согласия на оказание Услуги Исполнитель отказывает в оказании Услуг в одностороннем порядке, произведя возврат Заказчику стоимости Услуги, уплаченной по договору.

4.2.6. Потребитель обязан соблюдать Правила поведения пациентов в БУЗОО "ГП № 9".

4.2.7. После заключения договора Потребитель имеет право отказаться от получения медицинских Услуг до момента начала их оказания и потребовать возврата уплаченных денежных средств в соответствии с действующим законодательством, оплатив исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

4.2.8. Потребитель имеет право на сохранение врачебной тайны и персональных данных в соответствии с действующим законодательством.

4.2.9. Потребитель вправе в любое время расторгнуть договор, уплатив Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением настоящего договора.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Стороны несут ответственность за виновное неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. В случае оказания Потребителю Услуги ненадлежащего качества, подтвержденного результатами врачебной экспертизы, Потребитель имеет право:

*по личному заявлению оформить возврат денежных средств в кассе Исполнителя;

*безвозмездно (за счет Исполнителя) устранить недостатки оказанной Услуги (повторно осуществить оказание Услуги);

5.3. Потребитель несет имущественную ответственность за причинение ущерба Исполнителю в размере действительной стоимости поврежденного (утраченного) имущества, если такое повреждение (утрата) явилось следствием действий Потребителя. В этом случае Потребитель также обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

5.4. За нарушение санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя, повлекшее за собой причинение ущерба Исполнителю, Потребитель обязан возместить причиненные убытки.

6. СРОКИ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

6.1. Исполнитель оказывает Услуги в соответствии с утвержденным главным врачом режимом работы Исполнителя в течение всего срока действия настоящего договора.

6.2. Дата, время, номер кабинета оказания Услуги указываются в Приложении к данному договору.

6.3. Срок ожидания оказания Услуги, осуществляемой в порядке живой очереди, не может превышать продолжительности режима работы Исполнителя в день оказания Услуги. Заказчик уведомлен и согласен с тем, что сроки предоставления Услуг, указанных в дополнительных соглашениях, в определенных клинических ситуациях могут сдвигаться, что повлечет смещение очередности и увеличит время ожидания. В случае невозможности оказания Услуги в назначенные дату и/или время, Стороны вправе согласовать иные дату и/или время оказания Услуги.

6.4. В случае возникновения форс-мажорных обстоятельств (неисправность (поломка) оборудования, нетрудоспособность медицинского работника, оказывающего Услугу и т.п.) срок оказания Услуг может быть перенесен Исполнителем по согласованию с Потребителем посредством телефонной связи, по номеру, указанному в разделе 8 настоящего договора.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1. Подписанием настоящего договора Потребитель подтверждает, что он:

- проинформирован Исполнителем о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также о порядке, об объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, однако принял решение о самостоятельном обращении за получением платных медицинских услуг;

- получил в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, а именно: порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информацию о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

- уведомлен, что при нахождении на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязан соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

7.2. Потребитель дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в Федеральном законе от 27.07.2006 г. №152-ФЗ "О персональных данных", для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

7.3. Настоящий договор признается заключенным с момента его подписания сторонами и прекращается по истечении 12 месяцев с даты его заключения, но не ранее полного исполнения Сторонами, принятых на себя обязательств.

7.4. Все споры, вытекающие из настоящего договора, решаются путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

7.5. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Потребителя.

7.6. Настоящий договор может быть изменен или расторгнут в любой момент времени по взаимному соглашению сторон.

Потребитель ознакомлен с:

- действующим Прейскурантом на медицинские услуги БУЗОО «ГП № 9»;

- Правилами поведения пациентов в БУЗОО "ГП № 9";

- Правилами предоставления платных медицинских услуг в БУЗОО «ГП № 9».

8. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель

бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
"Городская поликлиника № 9"
Адрес места нахождения: 644121, Омская область, г.Омск,
ул. Кучерявенко, д.10
Тел. 40-12-26, факс: 40-12-26
Министерство финансов Омской области (БУЗОО
"Городская поликлиника № 9" л/с 006220528)
ИНН 5505023295 КПП 550501001
Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ сер. 55
№003614665, выданное Межрайонной инспекцией ФНС
№12 по Омской обл. 12.01.2012 г.,
Единый казначейский счет 40102810245370000044
Казначейский счет 0322464352000005201
Операционно-кассовый центр № 6 Сибирского главного
управления Центрального банка Российской Федерации
(ОКЦ № 6 СибГУ Банка России)
БИК 015209001 ОКТМО 52701000001 ОКАТО 52401372000
ОГРН 1025501173686

Главный врач _____ (Л.И.Гайзер)

Потребитель (законный представитель Потребителя)

ФИО _____

Адрес места жительства _____

Документы, удостоверяющие личность _____

Телефон _____

Потребитель (законный
представитель Потребителя) _____

**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, _____
(Ф.И.О. гражданина)

"__" _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

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. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (*ненужное зачеркнуть*) в бюджетном учреждении здравоохранения Омской области "Городская поликлиника № 10"

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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 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)

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

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

"__" _____ 202_ г.
(дата оформления)

**Информированное добровольное согласие
на хранение, обработку и передачу персональных данных.**

На основании:

"Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации",

"Федерального закона Российской Федерации от 27 июля 2006 года №152-ФЗ "О персональных данных"

Я, Заказчик (законный представитель Потребителя)

(ФИО прописывается полностью)

действующий от имени и в интересах

(ФИО прописывается полностью)

Даю согласие на хранение, обработку и передачу персональных данных (фамилия, имя отчество, дата рождения, адрес проживания, серия, номер паспорта и дата его выдачи) своих и потребителя.

Целью хранения, обработки и передачи персональных данных, является установление медицинского диагноза потребителя, выявление показаний и противопоказаний потребителя для оказания медицинских и медико-социальных услуг.

Срок действия "согласия" не ограничен.

"__" _____ 20__ г. _____ / _____ /
(подпись Заказчика) (расшифровка подписи)

До заключения настоящего договора я, _____, являясь Потребителем платной медицинской услуги, уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника БУЗОО «ГП № 9», предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

«__» _____ 20__ года

ФИО

ДОГОВОР

на оказание платных медицинских услуг № _____

г. Омск

«__» _____ 2023 года

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Городская поликлиника № 9» (сокращенно БУЗОО «ГП № 9»), действующее на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-55-01-002566 от 11.07.2019 г., в лице медрегистратора регистратуры Валуйской Галины Анатольевны, действующего на основании доверенности от _____ № _____, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка) _____ именуемый(ая) далее «Потребитель», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

5. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

5.1. В соответствии с настоящим договором Исполнитель обязуется оказать Потребителю на возмездной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам профилактики, диагностики и лечения, разрешенным на территории РФ (далее - Услуги), а Потребитель обязуется своевременно оплатить стоимость Услуг, предоставляемых по настоящему Договору и выполнить требования Исполнителя для целей обеспечения своевременного и качественного оказания Услуг, включая предоставление необходимых для этого сведений.

5.2. Наименование, вид Услуги, стоимость, срок ее оказания, сведения о лице, непосредственно оказывающем Услугу, указываются в Перечне платных услуг, согласно приложению № 1 к настоящему договору, являющегося его неотъемлемой частью.

6. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ УСЛУГИ

2.1. Исполнитель оказывает медицинские услуги в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность от 11.07.2019 г. № ЛО-55-01-002566, выданную Министерством здравоохранения Омской области (г. Омск, ул. Красный Путь, 6, тел. 23-35-25), Срок действия лицензии: бессрочно. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность «Учреждения» в соответствии с выданной лицензией:

«1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу; лабораторной диагностике; лечебному делу; лечебной физкультуре, медицинскому массажу; неотложной медицинской помощи, рентгенологии; сестринскому делу; физиотерапии; функциональной диагностике;

2) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии, неотложной медицинской помощи;

3) при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: неотложной медицинской помощи; сестринскому делу, терапии, неврологии, хирургии

4) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); дерматовенерологии; инфекционным болезням; клинической лабораторной диагностике; лечебной физкультуре и спортивной медицине, неврологии; неотложной медицинской помощи; онкологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; профпатологии; психиатрии-наркологии; рентгенологии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; эпидемиологии;

5). При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги):

по медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); медицинским осмотрам (предсменным, послесменным); медицинским осмотрам профилактическим;

при проведении медицинских освидетельствований на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием;

при проведении медицинских экспертиз по:

экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе профессиональной пригодности; экспертизе временной нетрудоспособности.»

2.2. Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи предоставляется Потребителю перед оказанием Услуги медицинским работником, ее оказывающим.

2.3. Сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации размещены на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу <https://poliklinika9omsk.ru>.

7. СТОИМОСТЬ УСЛУГИ, СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

7.1. Стоимость Услуги определяется согласно прейскуранту, действующему у Исполнителя (далее-прейскурант) на дату оплаты Услуги. Прейскурант размещен на информационных стендах в помещениях Исполнителя и на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу <https://poliklinika9omsk.ru>.

7.2. Оплата Услуги производится наличными денежными средствами в кассу Исполнителя или безналичным путем с использованием электронного средства платежа на условиях предоплаты 100% стоимости услуг (до оказания Услуги).

7.3. Датой оплаты Услуги считается дата поступления денежных средств Исполнителю.

3.4. Исполнитель оказывает Услуги по настоящему Договору в помещениях Исполнителя по адресам:

- 644121, г. Омск, ул. Кучерявенко, д. 10;

- 644121, г. Омск, ул. Кучерявенко, д.3.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Права и обязанности Исполнителя:

4.1.1. Выдать Потребителю документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек или бланк строгой отчетности).

4.1.2. Предоставить Потребителю бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемых Услугах, бланк Информированного добровольного согласия.

4.1.3. Предоставить квалифицированную, качественную Услугу Потребителю, в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи,

утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

4.1.4. По окончании оказания Услуги выдать Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения Услуги, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы. Указанные медицинские документы также подтверждают факт предоставления Исполнителем Потребителю Услуги и ее получение Потребителем.

4.1.5. В случае возникновения неотложных состояний у Потребителя, Исполнитель вправе осуществлять действия в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", в том числе принимать решение о медицинском вмешательстве в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.

4.2. Права и обязанности Потребителя:

4.2.1. Потребитель обязан оплатить стоимость Услуг Исполнителю в соответствии с условиями настоящего договора.

4.2.2. Потребитель обязан выполнить требования, от которых зависит качественное предоставление медицинской помощи. В случае выявления Исполнителем ненадлежащей подготовки к оказанию Услуг или ее отсутствия Исполнитель вправе отказаться от оказания Услуг в одностороннем порядке, произведя возврат Заказчику стоимости Услуги, уплаченной по договору.

4.2.3. Потребитель в ходе оказания Услуг обязан выполнять все медицинские указания, рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения, своевременно информировать медицинского работника об изменениях в состоянии здоровья (самочувствии).

4.2.4. Потребитель обязан информировать медицинского работника до оказания Услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания Услуг.

4.2.5. Потребитель обязан подписать Информированное добровольное согласие на оказание Услуги. В случае отказа от подписания Информированного добровольного согласия на оказание Услуги Исполнитель отказывается в оказании Услуг в одностороннем порядке, произведя возврат Заказчику стоимости Услуги, уплаченной по договору.

4.2.6. Потребитель обязан соблюдать Правила поведения пациентов в БУЗОО "ГП № 9".

4.2.7. После заключения договора Потребитель имеет право отказаться от получения медицинских Услуг до момента начала их оказания и потребовать возврата уплаченных денежных средств в соответствии с действующим законодательством, оплатив исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

4.2.8. Потребитель имеет право на сохранение врачебной тайны и персональных данных в соответствии с действующим законодательством.

4.2.9. Потребитель вправе в любое время расторгнуть договор, уплатив Исполнителю фактические понесенные расходы, связанные с исполнением настоящего договора.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Стороны несут ответственность за виновное неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. В случае оказания Потребителю Услуги ненадлежащего качества, подтвержденного результатами врачебной экспертизы, Потребитель имеет право:

• по личному заявлению оформить возврат денежных средств в кассе Исполнителя;

• безвозмездно (за счет Исполнителя) устранить недостатки оказанной Услуги (повторно осуществить оказание Услуги);

5.3. Потребитель несет имущественную ответственность за причинение ущерба Исполнителю в размере действительной стоимости поврежденного (утраченного) имущества, если такое повреждение (утрата) явилось следствием действий Потребителя. В этом случае Потребитель также обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

5.4. За нарушение санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя, повлекшее за собой причинение ущерба Исполнителю, Потребитель обязан возместить причиненные убытки.

6. СРОКИ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

6.1. Исполнитель оказывает Услуги в соответствии с утвержденным главным врачом режимом работы Исполнителя в течение всего срока действия настоящего договора.

6.2. Дата, время, номер кабинета оказания Услуги указываются в Приложении к данному договору.

6.3. Срок ожидания оказания Услуги, осуществляемой в порядке живой очереди, не может превышать продолжительности режима работы Исполнителя в день оказания Услуги. Заказчик уведомлен и согласен с тем, что сроки предоставления Услуг, указанных в дополнительных соглашениях, в определенных клинических ситуациях могут сдвигаться, что повлечет смещение очередности и увеличит время ожидания. В случае невозможности оказания Услуги в назначенные дату и/или время, Стороны вправе согласовать иные дату и/или время оказания Услуги.

6.4. В случае возникновения форс-мажорных обстоятельств (неисправность оборудования, нетрудоспособность медицинского работника, оказывающего Услугу и т.п.) срок оказания Услуг может быть перенесен Исполнителем по согласованию с Потребителем посредством телефонной связи, по номеру, указанному в разделе 8 настоящего договора.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1. Подписанием настоящего договора Потребитель подтверждает, что он:

- проинформирован Исполнителем о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также о порядке, об объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, однако принял решение о самостоятельном обращении за получением платных медицинских услуг;

- получил в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, а именно: порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информацию о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

- уведомлен, что при нахождении на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязан соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

7.2. Потребитель дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в Федеральном законе от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных", для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

7.3. Настоящий договор признается заключенным с момента его подписания сторонами и прекращается по истечении 12 месяцев с даты его заключения, но не ранее полного исполнения Сторонами, принятых на себя обязательств.

7.4. Все споры, вытекающие из настоящего договора, решаются путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

7.5. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Потребителя.

7.6. Настоящий договор может быть изменен или расторгнут в любой момент времени по взаимному соглашению сторон.

Потребитель ознакомлен с:

- действующим Прейскурантом на медицинские услуги БУЗОО «ГП № 9»;

- Правилами поведения пациентов в БУЗОО "ГП № 9";

- Правилами предоставления платных медицинских услуг в БУЗОО «ГП № 9».

8. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель

бюджетное учреждение здравоохранения Омской области "Городская поликлиника № 9"
Адрес места нахождения: 644121, Омская область, г.Омск, ул. Кучерявенко, д.10
Тел. 40-12-26, факс: 40-12-26
Министерство финансов Омской области (БУЗОО "Городская поликлиника № 9" л/с 006220528)
ИНН 5505023295 КПП 550501001

Потребитель (законный представитель Потребителя)

ФИО _____

Адрес места жительства _____

Документы, удостоверяющие личность _____

