

ДО ЗАКЛЮЧЕНИЯ НАСТОЯЩЕГО Договора, Я как Заказчик (Потребитель (Пациент)) информирован (-на) о возможности получения медицинской услуги бесплатно по Программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи и Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Ростовской области.

Я информирован(-а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

Мне в доступной форме предоставлена исчерпывающая информация о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации); 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, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе, в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Потребитель (представитель Потребителя) _____ / _____ /

Договор №
на оказание платных медицинских услуг

г. Ростов-на-Дону

«__» _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Детская городская поликлиника 1» в г. Ростове-на-Дону (далее - **ГБУ РО «ДГП № 1» в г. Ростове-на-Дону**)

- адрес местонахождения: 344029, г. Ростов-на-Дону, ул. Сержантова, 3;

- адрес мест оказания медицинских услуг: 344029, г. Ростов-на-Дону, ул. Сержантова, д. 3; 344029, г. Ростов-на-Дону, ул. 1-й Конной армии д. 20/8, 344029, г. Ростов-на-Дону, ул. Сержантова д. 10/100-100а; 344020, Ростов-на-Дону, ул. 26-го июня д. 98а; 344093, г. Ростов-на-Дону, ул. Туполева 9/2; 344009, ул. Щаденко д. 2/256, 344112, 344112, г. Ростов-на-Дону, ул. Ватутина д. 4;

- ОГРН 1026104034681, ИНН 6166044155, выдан Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 23 по Ростовской области 29.08.2001 г.;

- лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01050-61/00375903 от 01.03.2018 г., выдана Министерством здравоохранения Ростовской области (г. Ростов-на-Дону, ул. 1-ой Конной Армии, 33 тел. (863)242-30-96);

- адрес сайта в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»: <http://rdp1.ru>

именуемый в дальнейшем «Исполнитель»,

в лице главного врача Ерофеева Владислава Николаевича, действующего на основании Устава с одной стороны и

(ФИО Заказчика, законного представителя)

именуемый в дальнейшем «Заказчик», документ удостоверяющий личность: паспорт серия _____ номер _____ выдан _____, проживающий (ая) по адресу: _____,

действующий (ая) в интересах несовершеннолетнего _____, дата рождения _____, проживающего по адресу: _____,

в дальнейшем «Потребитель (Пациент)» с другой стороны, именуемые в дальнейшем Стороны заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется в соответствии с действующей лицензией на медицинские услуги, оказать Потребителю (Пациенту) медицинские услуги, перечень которых указан в приложениях настоящему Договору, а Потребитель уплачивает Исполнителю их стоимость в соответствии с настоящим Договором.

1.2. Место оказания услуг в соответствии с приложениями к настоящему Договору.

1.3. Заказчик и/или Потребитель (Пациент) уведомлен:

- что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях;

- о предоставляемых платных услугах, содержащих следующие сведения: порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи; информации о конкретном медицинском работнике, предоставляющем платную медицинскую услугу; информации о методах оказания медицинской помощи, связанных с ним рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; иных сведениях, относящиеся к предмету настоящего договора.

2. Стоимость и порядок оплаты медицинских услуг

2.1. Стоимость услуг устанавливается действующим прейскурантом цен Исполнителя, действующим на момент оказания услуги.

2.2. Оплата услуг по настоящему договору осуществляется Потребителем (Заказчиком) путем внесения наличных денег в кассу Исполнителя либо безналичным способом с использованием платежных карт и иных электронных средств.

2.3. Датой оплаты считается дата поступления денежных средств в кассу (расчетный счет) Исполнителя.

2.4. Расчеты между сторонами осуществляются в российских рублях с предоставлением платежных документов, подтверждающих произведенную оплату (контрольно-кассовый чек), и Акта приемки оказанных услуг;

2.5. Возврат денежных средств осуществляется при предъявлении следующих документов: для граждан РФ – паспорт гражданина РФ, удостоверение личности военнослужащего РФ (военный билет), временное удостоверение личности гражданина РФ, удостоверение личности гражданина РФ, постоянно проживающего за пределами РФ (загранпаспорт); для иностранных граждан – паспорт иностранного гражданина, разрешение на временное проживание, вид на жительство, удостоверение беженца, свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем на территории РФ, свидетельство о предоставлении временного убежища на территории РФ в соответствии с установленным законодательством порядке.

3. Права и обязанности сторон

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм; по заявлению Потребителя предоставлять медицинские документы (их копии) и выписки из них в порядке и сроки, установленные приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них».

3.1.2. обеспечить неразглашение информации, составляющей врачебную тайну, в соответствии со ст. 13 ФЗ от 1.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3.1.3. соблюдать нормы действующего законодательства Российской Федерации, в том числе, Закон РФ от 07.02.1992 г. № 23004 «О защите прав потребителей», действующие правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.

3.1.4. Своевременно (в сроки, предварительно согласованные сторонами) 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.

3.1.5. Предоставить Потребителю (Заказчику) бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемых платных услугах, содержащую следующие сведения: порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи; информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем платную медицинскую услугу; информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ним рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; иные сведения, относящиеся к предмету настоящего договора.

3.2. Исполнитель вправе:

3.2.1. получать от Потребителя информацию, необходимую для качественного и полного оказания ему платных медицинских услуг;

3.2.2. самостоятельно определять (изменять) график работы специалистов, непосредственно предоставляющих медицинскую услугу, заменить врача-специалиста в случае объективной невозможности оказания им медицинских услуг или перенести время приема, уведомив предварительно Потребителя.

3.2.3. отказать в оказании платных медицинских услуг Потребителю при выявлении у него медицинских противопоказаний или состояния здоровья, ограничивающего или делающего невозможным предоставление медицинских услуг.

3.3. Потребитель обязан:

3.3.1. предоставить точную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесённых заболеваниях, известных ему аллергических реакциях.

3.3.2. строго выполнять медицинские назначения, соблюдать правила внутреннего распорядка Учреждения.

3.3.3. своевременно производить оплату медицинских услуг и подписать акт приемки оказанных услуг

В случае, если Потребитель (Заказчик) не подписал акт приемки оказанных услуг и не направил мотивированный отказ Исполнителю, услуги считаются выполненными в полном объеме надлежащим образом.

3.4. Потребитель вправе:

3.4.1. получать полную и достоверную информацию о платных медицинских услугах.

3.4.2. получать медицинские документы, отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

4. Условия и сроки оказания медицинских услуг

4.1. Платные медицинские услуги оказываются в соответствии с графиком работ Учреждения.

4.2. Платные медицинские услуги оказываются на основе информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, оформленного в порядке, установленном ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

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

4.4. Исполнителем после исполнения Договора выдаются Потребителю медицинские документы, отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

4.5. Срок оказания услуги определяется датой и временем обращения Потребителя к Исполнителю и указан в соответствующем приложении к договору. Указанный срок может быть изменен исходя из индивидуальных особенностей организма, состояния здоровья, тяжести заболевания, соблюдения Потребителем рекомендаций Исполнителя и иных факторов, влияющих на срок оказания медицинских услуг.

4.6. Исполнитель приступает к оказанию медицинских услуг при условии надлежащего исполнения Заказчиком обязательств по оплате медицинских услуг предусмотренных настоящим Договором.

4.7. В рамках настоящего Договора применяются следующие понятия: профилактический медицинский осмотр, консультативный прием специалистов.

5. Ответственность сторон

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

5.2. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем 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 Потребителя и нарушение сроков исполнения обязательств в соответствии с действующим законодательством РФ.

6. Срок действия договора, порядок его изменения и расторжения.

Заключительные положения

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до момента, пока одна из Сторон не заявит о его расторжении в письменной форме.

6.2. Настоящий Договор может быть изменен путем заключения сторонами дополнительного соглашения.

6.3. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению сторон либо в одностороннем порядке в случаях, установленных действующим законодательством.

6.4. При подписании настоящего Договора стороны договариваются, что Исполнитель вправе использовать факсимильное воспроизведение подписи с помощью средств механического копирования (факсимиле), являющегося аналогом собственноручной подписи и имеющего юридическую силу.

6.5. Настоящий Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, если Заказчик и Потребитель одно лицо, либо в 3 (трех) экземплярах если Заказчик и Потребитель разные лица.

6.6. При наличии действующего Договора, при каждом последующем обращении Потребителя за медицинскими услугами, стороны подписывают приложение к Договору в дату обращения.

6.7. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Потребитель и (или) Заказчик оплачивают исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

- Приложение № 1: Спецификация платных медицинских услуг;

- Приложение № 2: 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;

- Приложение № 3: Информированное добровольное согласие на обработку персональных данных;

ИСПОЛНИТЕЛЬ:	ПОТРЕБИТЕЛЬ:	ЗАКАЗЧИК (Законный представитель)
<p>ГБУ РО «Детская городская поликлиника №1» в г. Ростове-на-Дону 344029, Ростовская область, город Ростов-на-Дону, ул. Сержантова, д.3 ИНН/КПП 6166044155/616601001 БИК УФК по Ростовской области 016015102 ЕКСоткрытый в Отделение Ростов-на-Дону Банка России 40102810845370000050 КС открытый в УФК по Ростовской области 03234643607010005800 Наименование территориального органа Федерального казначейства, в котором открыты казначейский и лицевой счета УФК по Ростовской области, л/с 20806007570 в министерстве финансов Ростовской области Телефон: 8 (863) 285-10-41 Эл. адрес: rnddgp1@mail.ru</p>	<p>Паспорт: Серия _____ № _____ Выдан _____ Адрес: _____ Тел. _____ Эл. адрес: _____</p>	<p>Паспорт: Серия _____ № _____ Выдан _____ Адрес: _____ Тел. _____ Эл. адрес: _____</p>
<p>Главный врач _____ В.Н. Ерофеев</p>	<p>_____ / _____</p>	<p>_____ / _____</p>

Согласно договору, на оказание платных медицинских услуг № ____ от _____ 2023 г. **государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Детская городская поликлиника № 1» в г. Ростове-на-Дону**, имеющая лицензию на осуществление медицинской деятельности № Л041-01050-61/00375903 от 01.03.2018 г., выдана Министерством здравоохранения Ростовской области, именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице главного врача Ерофеева Владислава Николаевича, действующего на основании Устава, оказывает

(ФИО Заказчика, законного представителя)

именуемый в дальнейшем «Заказчик» платные услуги:

№	Код услуги	Наименование услуги	Врач	Дата оказания услуг	Сумма, руб
1					
Итого:					

Всего оказано услуг на сумму: _____ (сумма прописью)

Исполнитель:

_____/_____/_____

Потребитель/Пациент (Заказчик):

_____/_____/_____

ГБУ РО «Детская городская поликлиника №1» в г. Ростове-на-Дону

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 (законный представитель) _____ (МАТЬ.ОТЕЦ)
ребенка _____ (Ф.И.О. гражданина)
_____ « ____ » _____ 20 ____ года рождения
(Ф.И.О. ребенка)

адрес проживания: _____
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) ГБУ РО «Детская городская поликлиника №1» в г. Ростове-на-Дону.

Медицинским работником _____ (должность, Ф.И.О. медицинского работника) _____ подпись

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 РФ, 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 / состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти

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

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

Ф.И.О. _____ или _____ законного _____ представителя _____ гражданина

" ____ " _____ 20 ____ г.
(дата оформления)

Примечание: В соответствии со ст. 20 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство подписывает законный представитель в отношении ребенка до 15-летнего возраста (в общей практике, т.е. за исключением наркологии, ВИЧ-инфекции и трансплантологии), а также в отношении недееспособного лица, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных**

Я, _____ (Ф.И.О. полностью)
паспорт: серия _____ № _____, выдан _____, дата выдачи: _____, код подразделения _____.

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель – нужное подчеркнуть)
ребёнка: _____ (Ф.И.О. ребенка – полностью, дата рождения)

свидетельство о рождении/паспорт ребенка: серия _____ номер _____, кем выдан _____, дата выдачи _____, код подразделения _____.

Ребенок зарегистрирован по адресу: _____

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ"

Я ПОДТВЕРЖДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ на обработку ГБУ РО «Детская городская поликлиника №1 в городе Ростова-на-Дону»(344029, г. Ростов-на-Дону, ул. Сержантова, 3) (далее - Оператор) моих персональных данных и персональных данных представляемого мной (сына, дочери, опекаемого),

(Ф.И.О.)

включающих: 1) фамилию, имя, отчество; 2) пол; 3) дату рождения; 4) адрес места жительства, 5) контактные телефоны; 6) реквизиты паспорта (иного документа, удостоверяющего личность); 7) реквизиты полиса ОМС/ДМС; 8) страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС); 9) место работы, учебы; 10) данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью; 11) изображения лица, полученные с помощью фото- и видео-устройств и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, в целях идентификации и аутентификации, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны (или – при условии, что эта обработка осуществляется лицом, уполномоченным Оператором и обязанным сохранять профессиональную тайну).

В процессе оказания Оператором представляемому мной ребенку в возрасте до 18 лет медицинских услуг

Я ПРЕДОСТАВЛЯЮ ОПЕРАТОРУ ПРАВО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ:

1) все действия (операции) с персональными данными, включая: сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (в медицинскую организацию, страховую медицинскую организацию, организацию - заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), распространение третьим лицам, обезличивание, блокирование и уничтожение;

2) следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом;

3) обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договору ОМС/ДМС, договору оказания платных медицинских услуг;

4) осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными с медицинскими организациями, со страховыми медицинскими организациями, с которыми у оператора заключен договор, и ТФОМС, организацией - заказчиком медицинских услуг во исполнение своих обязательств по договору ДМС, договору оказания платных медицинских услуг с использованием машинных носителей информации, по каналам связи ГИС «Интернет» и (или) документы на бумажных носителях, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их приём и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

5) обработку, хранение, публикацию биометрических персональных данных (фотографические изображения, фотоматериалы) меня, моего ребенка (опекаемого) (включая передачу их третьим лицам) методами, обеспечивающими безопасность данных, если это не противоречит действующему законодательству.

Я УВЕДОМЛЁН, что срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет для стационара, пять лет – для поликлиники.

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

НАСТОЯЩЕЕ СОГЛАСИЕ действует бессрочно, и может быть отозвано мною путем направления в адрес Оператора соответствующего письменного документа (по почте заказным письмом с уведомлением о вручении) либо путем вручения лично под расписку представителю Оператора.

Я даю согласие Оператору на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылки мне SMS-сообщений, Push-уведомлений, e-mail рассылки: напоминание о записи на прием к специалисту или исследование (на указанный мной номер мобильного телефона, адреса электронной почты), на пересылку информации о состоянии здоровья моего ребенка (результатов дополнительных методов обследования и др.) через незащищенные каналы связи (электронная почта), для чего собственноручно пишу адрес электронной почты и телефон, на который разрешаю высылать данные о состоянии здоровья и иные сведения:

E-mail: _____ **Телефон:** _____

Подпись субъекта персональных данных _____ (Фамилия И.О.)

Дата: « _____ » _____ 20 _____ г. Сведения в электронную базу данных внесены:

Оператор: _____ (подпись) _____ (Фамилия И.О.)