

Директору ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ Хатькову И.Е.

от _____

адрес: _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА (ПОТРЕБИТЕЛЯ)

на предоставление медицинских услуг на платной основе к договору №__ от __. __.20__ г.

на основании ст. ст. 19, 84 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ

«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, _____

ЖЕЛАЮ ПОЛУЧИТЬ ПЛАТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ В ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ

Настоящим подтверждаю, что мне была предоставлена в доступной форме информация о том, какие виды и объемы медицинской помощи, соответствующие моему заболеванию, я могу получить бесплатно, без взимания платы, в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве.

Мне также разъяснено, что я могу получить медицинские услуги на платной основе.

Решение об отказе получения медицинских услуг в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи принято в связи с тем, что услуги оказываются:

а) на иных условиях, чем предусмотрено программой, территориальными программами и (или) целевыми программами, по желанию потребителя (заказчика), включая в том числе:

- установление индивидуального поста медицинского наблюдения при лечении в условиях стационара; размещение в палате повышенной комфортности, другие бытовые и сервисные услуги;

- применение лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, если их назначение и применение не обусловлено жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень, а также применение медицинских изделий, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, не предусмотренных стандартами медицинской помощи;

- при предоставлении медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

- применение медицинских изделий, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, не предусмотренных стандартами медицинской помощи;

- сверх объемов медицинской помощи, установленных государственным и /или муниципальным заданием;

- сверх медицинских стандартов, утвержденных для лечения моего заболевания, или при отсутствии медицинских показаний;

- вне очереди, в соответствии с утвержденными объемами оказания услуг и условий их предоставления в рамках государственного и /или муниципального заданий;

б) гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимися застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;

в) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных ст. 21 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", и случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в неотложной или экстренной форме.

Я ознакомлен(а) с действующим в учреждении Прейскурантом цен и согласен(а) оплатить стоимость медицинских услуг. Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены в доступной форме и понятны.

Я уведомлен(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.

Учитывая, что я добровольно принимаю решение о получении медицинских услуг за плату, прошу Вас заключить со мной договор и предоставить Потребителю (Заказчику) платные медицинские услуги.

Мною прочитано, понято и принято.

Подпись: ✓ _____ / _____ /

(расшифровка подписи)

« ____ » _____ 20__ г.

ДОГОВОР № _____
на предоставление платных медицинских услуг

г.Москва

« ____ » _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы "Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова Департамента здравоохранения города Москвы", именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице администратора отдела ведения договоров медицинских услуг _____, действующего (ей) на основании доверенности от _____, с одной стороны и _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель (Заказчик)», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

Особые условия договора

1. Исполнитель предоставил, а Потребитель (Заказчик) полностью удовлетворен предоставленными, посредством размещения на сайте организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», а также на информационных стендах (стойках): наименовании и сокращенном наименовании Исполнителя, адресе места нахождения, сведения о номере и дате регистрации, перечне работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя, адресе места нахождения и телефоне выдавшего Исполнителю лицензию лицензирующего органа, перечнем платных медицинских и других услуг с указанием цен в рублях; сведениях об условиях, порядке, форме предоставления услуг и порядке их оплаты; порядке и условиях предоставления медицинской помощи в рамках программ, указанных в заявлении к договору; адресах и телефонах Департамента здравоохранения г.Москвы, Территориального органа Росздравнадзора по г.Москве и Московской области и Управления Роспотребнадзора по г. Москве.

2. Предмет договора

2.1. В соответствии с настоящим Договором Исполнитель, действуя с добровольного согласия Пациента, обязуется оказать Потребителю (Заказчику) на основании его обращения платные медицинские услуги в объеме, предусмотренном настоящим договором и дополнительными соглашениями, а Заказчик обязуется оплатить медицинские услуги в порядке, предусмотренном настоящим Договором:

Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги	Количество услуг	Итого

2.2. Потребителем медицинских услуг является (Ф.И.О) _____.

2.3. Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых Потребителю, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом цен Исполнителя.

2.4. Срок оказания медицинских услуг по настоящему Договору определяется в соответствии с расписанием работы медицинского персонала Исполнителя и/или указывается в медицинской документации Потребителя.

2.5. Настоящий Договор заключен в соответствии с Правилами предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями (утв. Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006).

3. Права и обязанности сторон

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Своевременно и качественно оказывать платные услуги в соответствии с условиями настоящего Договора, соблюдать порядки и стандарты оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации, а также условия предоставления медицинских услуг, предусмотренных Договором.

3.1.2. В своей деятельности использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном действующим законодательством порядке.

3.1.3. Предоставить Потребителю в доступной форме достоверную информацию о состоянии его здоровья, результатах обследования, диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского, в т.ч. хирургического вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения, дать необходимые медицинские рекомендации после завершения лечения.

3.1.4. Предупредить Потребителя (Заказчика), если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление Потребителю дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных Договором.

3.1.5. Осуществить возврат денежных средств Потребителю за оплаченные, но не оказанные медицинские услуги, за исключением случаев:

- за оплаченное пребывание в палате стационара, на тот период, когда пациент самостоятельно уходит из отделения, в т.ч. под расписку, в связи с тем, что место в палате на этот период времени за пациентом зарезервировано;

- если услуга не оказана по вине пациента, в т.ч. по причине несоблюдения правил пребывания в стационаре, не соблюдения предписаний лечащего врача (при условии наличия записей о таких предписаниях в медицинской карте стационарного больного);

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. Не приступать к выполнению обязательств по настоящему договору до предварительной оплаты Заказчиком услуг по настоящему договору.

3.2.2. В случае возникновения неотложных состояний у Потребителя, Исполнитель самостоятельно определяет объем исследований, манипуляций, вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе не предусмотренной Договором, по решению консилиума врачей.

3.2.3. Исполнитель вправе без получения дополнительного согласия Потребителя (Заказчика) оказывать медицинские услуги с привлечением третьих лиц.

3.3. Потребитель (Заказчик) обязуется:

3.3.1. Надлежащим образом выполнять условия настоящего Договора, выполнять рекомендации медицинских работников, своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих выполнению Потребителем (Заказчиком) условий настоящего Договора.

3.3.2. Соблюдать рекомендации врачей, выполнять иные требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений о наличии у Потребителя других заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарственных препаратов или процедур, аллергических реакциях, отравлениях, перенесенных травмах, наследственных заболеваниях. Являться на осмотры, обследования и лечение в установленное врачом время.

3.3.3. Оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги на условиях настоящего Договора своевременно и в полном объеме;

3.3.4. В случае увеличения объема медицинских услуг Потребитель обязан оплатить стоимость дополнительных услуг.

3.4. Потребитель (Заказчик) имеет право:

3.4.1. На качественное, своевременное и безопасное для жизни и здоровья оказание медицинских услуг.

3.4.2. Получать в доступной форме имеющуюся информацию о состоянии здоровья, включения 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. До момента оказания медицинской услуги отказаться от ее получения и получить оплаченную сумму, за вычетом затрат Исполнителя, которые он понес при подготовке к оказанию этой услуги.

3.4.4. На возмещение вреда, в случае недобросовестного оказания Потребителю медицинской услуги, если вина Исполнителя будет доказана.

4. Стоимость услуг и порядок оплаты

4.1. Стоимость медицинских услуг устанавливается на основании действующего Прейскуранта платных медицинских услуг Исполнителя на момент оплаты Потребителем (Заказчиком).

4.2. При заключении Договора Потребитель (Заказчик) вносит в кассу Исполнителя предварительный платеж в сумме _____ руб. по счету № _____

4.3. Стороны признают, что цена Договора, определенная на дату его заключения является ориентировочной и может быть изменена с согласия Потребителя (Заказчика) по результатам обследования и лечения с учетом уточненного диагноза, сложности вмешательства и иных затрат на лечение в зависимости от стоимости дополнительно оказываемых медицинских услуг.

4.4. Окончательная цена Договора определяется по фактически оказанным Потребителю медицинским услугам. Потребитель (Заказчик) обязуется не позже дня оказания услуг или окончания лечения (выписки из стационара) оплатить Исполнителю стоимость дополнительных медицинских услуг, превышающую сумму предварительного платежа по Договору.

4.5. Оплата услуг осуществляется в полном объеме согласно счета в момент заключения договора или дополнительных соглашений к нему через кассу Исполнителя, платежные терминалы Банков, либо на расчетный счет Исполнителя. Потребителю (Заказчику) в соответствии с законодательством РФ выдается документ, подтверждающий Потребителем (Заказчиком) оплату предоставленных услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности), акт оказанных услуг (для стационара).

4.6. Возврат стоимости не оказанных Потребителю медицинских услуг осуществляется Исполнителем тем же способом, каким производилась оплата (наличные денежные средства, банковская карта, безналичная оплата и т.д.) в течение трёх рабочих дней на основании заявления Потребителя (Заказчика) при предоставлении в кассу или бухгалтерию Исполнителя документа, подтверждающего оплату Потребителем (Заказчиком) предоставленных услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности).

5. Ответственность сторон

5.1. Стороны несут ответственность за неисполнение и ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6. Срок действия Договора

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует в течение календарного года.

6.2. Если Потребитель (Заказчик) за 1 месяц до окончания срока действия настоящего Договора не заявит о его расторжении, Договор считается продленным на каждый последующий год на тех же условиях.

7. Порядок изменения и расторжения Договора, разрешение споров

7.1. В случае отказа Потребителя (Заказчика) после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. Потребитель (Заказчик) информирует Исполнителя о расторжении Договора по собственной инициативе, при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

7.2. Отказ от исполнения обязательств по Договору происходит по инициативе одной из сторон в случае нарушения другой стороной принятых на себя обязательств.

7.3. Настоящий Договор может быть изменен по соглашению Сторон. Все изменения и дополнения к настоящему Договору должны быть совершены в письменной форме.

7.4. Все претензии и споры, возникающие между Сторонами, решаются в соответствии с действующим законодательством, с обязательным соблюдением претензионного порядка.

8. Заключительные положения

8.1. Потребитель (Заказчик), подписывая настоящий Договор подтверждает, что до его заключения Исполнитель в письменной форме уведомил его 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.

8.2. Стороны обязуются письменно извещать друг друга о смене реквизитов, адресов и иных существенных изменениях.

8.3. Во всем остальном, что не урегулировано настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

8.4. Договор составляется в 3-х экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Заказчика, третий – у Потребителя. В случае если договор заключается Потребителем и Исполнителем, он составляется в 2-х экземплярах.

8.5. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются: информированное добровольное согласие пациента; согласие на обработку персональных данных; дополнительные соглашения.

Исполнитель:	Заказчик:
<p>ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ Юр. адрес: 111123, г. Москва, ш. Энтузиастов, д.86 Факт. адрес: 111123, г. Москва, ш. Энтузиастов, д.86 Тел./факс: (495)304-19-42 ОГРН: 1027700189626 ИНН: 7720093523 КПП: 772001001 Р/с: 40601810000003000002 БИК: 044583001 Наименование банка: Отделение Москва</p> <p>_____ Ф.И.О.</p>	<p>Ф.И.О. Адрес регистрации: Документ (паспорт): Серия Номер Кем выдан: Дата выдачи: Код подразделения: Телефон:</p> <p>У _____</p>

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)
Дата рождения «__» _____
Паспорт: _____ серия _____ номер _____ выдан _____ дата
выдачи _____
Адрес: _____

Телефон: _____ в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных", даю свое согласие на обработку Государственным бюджетным учреждением здравоохранения города Москвы "Московский клинический научно-практический центр Департамента здравоохранения города Москвы" находящегося по адресу: 111123, г. Москва, ш. Энтузиастов, д.86; (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, адрес проживания (регистрации), контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

В процессе оказания мне медицинской помощи я предоставляю право Оператору осуществлять действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, с использованием смешанного способа обработки персональных данных с передачей персональных данных по внутренней сети Оператора при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией (и территориальным фондом ОМС) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара, пять лет – для поликлиники).

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

Настоящее согласие дано мной с момента подписания данного согласия и действует бессрочно.

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

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных,

Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Дата « _____ » _____ 20 ____ г.

Подпись *У* _____ ФИО

Дополнительное соглашение от «__» _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова Департамента Здравоохранения города Москвы», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице администратора отдела ведения договоров медицинских услуг _____, действующего (ей) на основании доверенности от _____ с одной стороны, и _____, именуемый в дальнейшем «Заказчик», совместно далее именуемые «Стороны», заключили настоящее соглашение о нижеследующем:

1. Предмет соглашения.

1. В ходе исполнения обязательств по основному договору Исполнителем будут оказаны следующие медицинские услуги:

Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги	Количество услуг	Итого

всего на сумму: всего на сумму: _____ рублей, (_____ рублей 00 копеек)

2. Заказчик оплачивает услуги указанные в п.1 настоящего соглашения по счету №__ на условиях основного Договора.

Исполнитель:	Заказчик:
ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ Юр. адрес: 111123, г. Москва, ш. Энтузиастов, д.86 Факт. адрес: 111123, г. Москва, ш. Энтузиастов, д.86 Тел./факс: (495)304-19-42 ОГРН: 1027700189626 ИНН: 7720093523 КПП: 772001001 Р/с: 40601810000003000002 БИК: 044583001 Наименование банка: Отделение Москва _____ Ф.И.О.	Ф.И.О. Адрес регистрации: Документ (паспорт): Серия Номер Кем выдан: Дата выдачи: Код подразделения: Телефон: У _____