



МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 8

«УТВЕРЖДАЮ»

Главный врач

А.П. Рыжкий

Приложение 2
к приказу № 21/2 – п
от «30» мая 2017 г.

Правила
предоставления платных медицинских услуг
Муниципальным бюджетным учреждением здравоохранения
«Детская городская клиническая поликлиника №8»

I. Общие положения

1. Настоящие Правила разработаны в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации, Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"; Законом Российской Федерации от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 "О защите прав потребителей" (с изменениями); Постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

2. Настоящие правила определяют порядок и условия предоставления гражданам платных медицинских услуг в Муниципальном бюджетном учреждении здравоохранения «Детская городская клиническая поликлиника №8».

3. Для целей настоящих Правил 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;

«заказчик» - физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

«исполнитель» - Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая поликлиника №8».

4. Настоящие Правила в наглядной и доступной форме доводятся исполнителем до сведения потребителя (заказчика).

II. Условия предоставления платных медицинских услуг

1. Платные медицинские услуги предоставляются на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной в установленном порядке.

2. Стоимость и наименования оказываемых услуг указываются в прейскуранте цен на платные медицинские и сервисные услуги.

3. Прейскурант цен размещается в подразделениях, оказывающих платные медицинские услуги, в специально отведенных, доступных для ознакомления местах, на стендах, плакатах, планшетах, указателях, иных средствах информирования.

4. Требования к платным медицинским услугам, в том числе к их объему и срокам оказания, определяются по соглашению сторон договора, если федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации не предусмотрены другие требования.

5. Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида. В случае если федеральным законом, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых платных медицинских услуг должно соответствовать этим требованиям.

6. При оказании платных медицинских услуг исполнитель обязан соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

7. Платные медицинские услуги оказываются на основании договора, заключенного в письменной форме, регламентирующего условия и сроки предоставления услуг, порядок расчетов по ним, права, обязанности и ответственность сторон, за подписью главного врача или лица, которому приказом по учреждению делегировано данное право. Либо на основании договора публичной оферты (публичного предложения услуги), на приобретение которой выражено согласие потребителя посредством произведенной им оплаты публично предложенной услуги с оформлением платежного документа по утвержденной форме.

8. При заключении договора потребителю (заказчику) предоставляется в доступной форме информация 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 (далее - соответственно программа, территориальная программа).

9. Отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы.

10. Медицинские и сервисные услуги предоставляются платно только по желанию и с согласия потребителя:

- На иных условиях, чем предусмотрено программой, территориальными программами и (или) целевыми программами, включая в том числе 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 самостоятельном обращении за получением медицинских услуг без медицинских показаний, за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 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.

- Если данный вид услуги не включен в Перечень видов медицинской помощи и условий ее предоставления по Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ, проживающим в Челябинской области медицинской помощи, утвержденной постановлением Правительства Челябинской области; При оказании услуг сверх объемов медицинской помощи, предусмотренной медицинскими стандартами, Территориальной программой;

- Услуги по Программам (и договорам) добровольного медицинского страхования;

- Услуги, оказываемые гражданам иных государств, при условии отсутствия соответствующих государственных соглашений по оказанию медицинской помощи (кроме экстренной помощи при угрозе жизни вследствие несчастного случая, травмы, отравления);

- Лицам, не имеющим страхового полиса обязательного медицинского страхования;

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

11. Сервисные услуги оказываются на условиях платности независимо от вида и характера медицинской услуги, которую они сопровождают;

12. Платные медицинские услуги могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо, по просьбе потребителя, в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

13. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни гражданина при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

III. Информация об исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах

1. Исполнитель предоставляет информацию посредством размещения на сайте учреждения (<http://chel-dgkp8.ru>) в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», а также на информационных стендах (стойках) учреждения, содержащую следующие сведения:

- наименование исполнителя;

- адрес места нахождения исполнителя; данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществляющего государственную регистрацию;

- сведения о лицензии на право осуществления медицинской деятельности (номер и дата регистрации, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность исполнителя в соответствии с лицензией);

- прейскурант цен на платные медицинские услуги с указанием цен в рублях, сведения об

условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты;

- порядок и условия предоставления медицинской помощи в соответствии с программой и территориальной программой;
- сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;
- режим работы учреждения, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- адреса и телефоны органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

2. По требованию потребителя или заказчика предоставляются для ознакомления копии учредительного документа, лицензии.

3. Информация, размещенная на стендах, стойках доступна неограниченному кругу лиц в течение всего рабочего времени поликлиники.

IV. Порядок заключения договора и оплаты медицинских услуг

1. До заключения договора исполнитель в письменной форме уведомляет потребителя (заказчика) 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.

2. Договор заключается потребителем (заказчиком) и исполнителем в письменной форме в 2 экземплярах, по одному для каждой из сторон.

3. Договор должен содержать полную и достаточную информацию в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

4. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, исполнитель обязан предупредить об этом потребителя (заказчика). Без согласия на оплату дополнительных услуг потребителя (заказчика) исполнитель не вправе предоставлять медицинские услуги на возмездной основе.

5. В случае отказа потребителя от получения медицинских услуг после заключения договора, договор расторгается. При этом потребитель (заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

6. Потребитель (заказчик) обязан оплатить предоставляемую платную медицинскую услугу в сроки и в порядке, которые определены договором.

7. Потребителю (заказчику) в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности).

V. Порядок предоставления платных медицинских услуг.

1. Для получения платных медицинских услуг заказчик обращается к администратору платных услуг.

2. При направлении пациента врачом-педиатром, либо другим специалистом поликлиники заполняется бланк направления для оформления договора к администратору. (Приложение №1)

3. Администратор консультирует заказчика (потребителя) об условиях, видах, стоимости, порядке получения услуг.

4. Если вопрос выходит за рамки компетенции администратора, он обращается за консультацией к специалисту, компетентному по данному вопросу.

5. При необходимости предварительной записи администратор согласовывает со специалистом дату и время оказания услуг.

6. Если заказчика устраивает предложенный вариант, администратор вносит предварительную запись в МИС Барс;

7. Если услуга не требует предварительной записи и может быть оказана по факту обращения, администратор заполняет необходимые данные о пациенте и его законном представителе в МИС Барс;

8. После внесения данных в программу администратор оформляет необходимые для получения платных услуг документы:

- договор на оказание платных медицинских услуг; (Приложение №2)
- согласие на обработку персональных данных; (Приложение №3)
- добровольное информированное согласие на медицинскую помощь при предоставлении платных медицинских услуг; (Приложение №4)
- уведомление о необходимости выполнения назначений специалистов; (Приложение №5)

9. После оформления документов заказчик оплачивает услуги в соответствии с договором и направляется к специалисту для получения услуг.

10. При наличии предварительной записи на услуги заказчик обращается к специалисту для оплаты и получения услуг в назначенный день.

11. При оказании платных медицинских услуг исполнитель предоставляет потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;
- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

12. По запросу заказчика исполнитель выдает копии медицинских документов, выписки из медицинских документов, отражающие состояние здоровья потребителя.

VI. Права, обязанности и ответственность потребителя.

1. Потребитель при получении платной медицинской услуги имеет право на:

- информацию об уровне профессионального образования и квалификации исполнителя;
- качественное и своевременное оказание платной медицинской услуги;
- безопасное для жизни и здоровья оказание медицинской услуги;

• получение в доступной форме информации о технологии оказания медицинской услуги, возможных болевых ощущениях в процессе получения услуги, возможных последствиях и осложнениях, а также о наличии альтернативных видов подобного рода услуг с целью обеспечения права гражданина на выбор.

2. Потребитель вправе предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением условий подписанного договора о предоставлении платных медицинских услуг, либо об обоснованном возврате денежных средств за не оказанные услуги, что оформляется в установленном порядке (заявление с указанием причины возврата, акт или другие документы).

3. Потребитель обязан:

- оплатить стоимость услуги;
- выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление платной медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений;
- заботиться о своем здоровье, не предпринимать действий, наносящих ущерб здоровью других граждан;
- давать полную информацию лечащему врачу о своих жалобах, прошлых заболеваниях, госпитализациях, проведенном лечении и других вопросах, касающихся своего здоровья, сообщать обо всех неожиданных переменах в состоянии здоровья;
- соблюдать план лечения, рекомендованный лечащим врачом, выполнять требования медицинского персонала при получении им различных процедур или указаний лечащего врача, а также соблюдать правила поведения больных в лечебном учреждении;
- не ущемлять права других больных и персонала учреждения.

4. Потребитель несет ответственность:

- за выполнение лечебных назначений (когда он не способен выполнять их по какой-либо причине, то обязан поставить в известность об этом лечащего врача);
- за отказ от лечения или следования инструкциям лечащего врача;
- за бережное отношение к имуществу других лиц и учреждения.

5. Потребитель, причинивший вред здоровью других людей, несет уголовную, материальную или иную ответственность в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

СОГЛАСОВАНО:

Зав поликлиникой

Главный бухгалтер

Главная мед.сестра

Начальник ПЭО

Начальник отдела кадров

Начальник ОПОиЗ

Начальник информационно –
аналитического отдела

Системный администратор

Администратор

Карпусенко Н.В.

Кунц В.В.

Соловьева Л.Н.

Гольман Е.Л.

Гагарина Е.М.

Кувалдина О.С.

Дубровина Ю.В.

Рудных Н.А.

Шварцкопф Н.И.

МБУЗ ДГКП №8
НАПРАВЛЕНИЕ
ДЛЯ ОФОРМЛЕНИЯ ДОГОВОРА

Ф.И.О. пациента _____

Врач (специальность, кабинет) _____

Ф.И.О. направившего специалиста _____

Дата оформления _____

Список услуг для оформления договора:

№ п.п.	наименование услуги	кол-во	цена	дата оказания услуги (для записи)

Комментарий специалиста _____

Для оформления договора обращаться: _____

тел.: +7 (351) 220 - 20 - 57, доб. 164

Специалист _____ / _____

СОГЛАСОВАНО:

Зав поликлиникой

Главный бухгалтер

Главная мед.сестра

Начальник ПЭО

Начальник отдела кадров

Начальник ОПОиЗ

Начальник информационно –

аналитического отдела

Системный администратор

Администратор

Карпусенко Н.В.

Кунц В.В.

Соловьева Л.Н.

Гольман Е.Л.

Гагарина Е.М.

Кувалдина О.С.

Дубровина Ю.В.

Рудных Н.А.

Шварцкопф Н.И.

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг

г. Челябинск

«___» _____ 2017 года

Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения Детская городская клиническая поликлиника № 8, сокращенное наименование: МБУЗ ДГКП № 8, лицензия ЛО-74-01-003439 от 25 января 2016г на осуществление медицинской деятельности, выданная Минздравом Челябинской области (бессрочно), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице администратора Задороженко Е.И., действующей на основании приказа, с одной стороны, и родитель (законный представитель), именуемый в дальнейшем «Заказчик»,

(Фамилия, Имя, Отчество, степень родства родителя (законного представителя) ребенка)

действующий (-ая) в интересах ребенка, именуемого в дальнейшем «Пациент»,

(Фамилия, Имя, Отчество, ребенка, дата рождения)

с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. На условиях настоящего Договора Исполнитель обязуется оказывать Пациенту на возмездной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а Заказчик (законный представитель пациента) обязуется принять и оплатить медицинские услуги, оказанные Исполнителем в порядке и в сроки, установленные в Договоре.

1.2. Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу (нужное подчеркнуть):

г. Челябинск, ул. Братьев Кашириных, д.130б.; ул. Чичерина, 32; ул. Чичерина, 36а;

2. Перечень, стоимость услуг и порядок расчетов

2.1. Стоимость услуг устанавливается действующим Прейскурантом цен на платные медицинские услуги МБУЗ ДГКП № 8.

2.2. Перечень и стоимость оказываемых Исполнителем медицинских услуг Пациенту указывается в приложении №1 к настоящему договору.

2.3. Срок оказания медицинских услуг: с момента заключения договора до полного исполнения сторонами своих обязательств. Конкретные даты оказания услуг устанавливаются индивидуально исходя из медицинских показаний, и по согласованию с заказчиком.

2.4. Оплата медицинских услуг производится в соответствии с приложением к договору №1, наличными в кассу МБУЗ ДГКП № 8 в размере 100% стоимости, до начала оказания услуг.

3. Права и обязанности сторон

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе утвержденным Правительством РФ порядком предоставления платных медицинских услуг.

3.1.2. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах, в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

3.1.3. Предупредить законного представителя Пациента, в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных в Договоре, и в случае предоставления дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента оказывать дополнительные услуги без взимания платы.

3.1.4. Своевременно и качественно оказывать Пациенту медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора, предоставлять Пациенту/законному представителю Пациента, достоверную информацию об оказываемой медицинской помощи, разъяснения и рекомендации о необходимости и способах лечения.

3.1.5. Вести медицинскую документацию в установленном порядке и обеспечить законному представителю Пациента ознакомление по его требованию с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья (включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях и т. п.) и выдать копии этих медицинских документов.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. Оказывать платные медицинские услуги в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения РФ, либо по просьбе пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

3.2.2. Требовать от Пациента/ законного представителя Пациента, предоставления информации, необходимой для качественного и полного оказания ему платных медицинских услуг.

3.2.3. Требовать от Пациента/ законного представителя Пациента бережного отношения к имуществу Исполнителя и соблюдения им Правил внутреннего распорядка Исполнителя.

3.2.4. В одностороннем порядке изменить предварительно определенный объем оказываемых медицинских услуг в случае, если существует угроза жизни или здоровью Пациента.

3.2.5. Отказать в оказании платных медицинских услуг при выявлении противопоказаний у Пациента.

3.2.6. Отказать Пациенту в оказании медицинской помощи в случае нарушения им условий п. 2.4 настоящего Договора.

3.2.7. Отказать в оказании платных медицинских услуг Пациенту, находящемуся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения за исключением случаев угрозы жизни и здоровью пациента, когда необходима экстренная медицинская помощь.

3.3. Заказчик (Пациент/ законный представитель Пациента), обязуется:

3.3.1. Своевременно и в полном объеме оплачивать предоставленные Исполнителем медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

3.3.2. До оказания медицинской помощи информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, точно выполнять назначения врача по лечению, а также указания, предписанные на период после оказания услуг.

3.3.3. Выполнять Правила внутреннего распорядка, режим Исполнителя, требования и предписания медицинского персонала Исполнителя как необходимые условия предоставления ему качественной медицинской помощи.

3.3.4. Выполнять личные санитарно-гигиенические процедуры, направленные на поддержание своего здоровья и санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя.

3.3.5. Бережно относиться к имуществу Исполнителя. В случае причинения ущерба Исполнителю вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действиями или бездействием Пациента и/или лиц, его сопровождающих, Пациент/ законный представитель Пациента обязуется в течение трех календарных дней возместить Исполнителю действительный нанесенный ущерб в полном объеме.

3.4. Заказчик (Пациент/законный представитель Пациента) имеет право:

3.4.1. На выбор врача-специалиста (медицинского работника) из перечня медицинских работников, оказывающих платные медицинские услуги.

3.4.2. На профилактику, диагностику, лечение в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.

3.4.4. На получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, на выбор лиц, которым в интересах Пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.

3.4.5. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

3.4.6. На отказ от медицинского вмешательства.

3.4.7. На возмещение вреда, причиненного здоровью Пациента при оказании ему медицинской помощи, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

3.4.8. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

4. Порядок изменения и расторжения договора

4.1. Настоящий Договор может быть изменен либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленному в виде Соглашения.

4.2. Настоящий Договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по настоящему Договору.

4.3. В случае полного отказа Пациента (законного представителя) от получения медицинских услуг после заключения Договора и оплаты услуг Договор расторгается. При этом Заказчику возвращаются денежные средства в объеме не оказанных услуг. В случае частичного отказа от оказания услуг Заказчику подлежат возврату денежные средства пропорционально объему оказанных услуг.

5. Ответственность сторон

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.

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

5.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Пациентом/ законным представителем Пациента условий настоящего

Договора, в случаях осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Пациента, а также в случае, если Пациент/ законный представитель Пациента не проинформировал Исполнителя о перенесенных Пациентом заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

5.4. Все споры и разногласия, возникшие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров между Сторонами, а в случае не достижения согласия – в суде общей юрисдикции.

6. Прочие условия

6.1. В момент подписания настоящего Договора Заказчик ознакомлен с перечнем работ (услуг), отраженных в лицензии на медицинскую деятельность, Прейскурантом цен, понимает содержащуюся в нем информацию, согласен с действующими ценами на медицинские услуги, а также уведомлен о том, что оплаченные денежные средства по настоящему Договору не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования.

6.2. Заказчик предоставляет Исполнителю право на оповещение Заказчика по телефону, посредством СМС сообщений, о предстоящих приемах, изменении в расписании, графике работы, новых услугах и т.п.

6.3. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания, составлен в двух экземплярах, которые имеют одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон. Все приложения являются неотъемлемой частью Договора.

8. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

<p>ИСПОЛНИТЕЛЬ: МБУЗ ДГКП № 8) 454128, г. Челябинск, ул. Братьев Кашириных, д. 130-Б. Тел./факс: (351)795-85-99. 280-69-00 ИНН/КПП 7447027510/744701001 ОГРН 1037402317787, Комитет финансов города Челябинска (МБУЗ ДГКП № 8, л/с 2047600395Н) р/с 40701810400003000001. Администратор _____/Е.И.Задороженко</p>	<p>ЗАКАЗЧИК: ФИО _____ паспортные данные (серия, номер) _____ _____ адрес места прописки (фактического места жительства) _____ контактный телефон _____ _____</p> <p>Подпись _____ расшифровка подписи _____</p>
--	--

Приложение №1
 К договору на оказание
 платных медицинских услуг
 № _____ от « _____ » _____ 2017г

№ п.п.	Наименование услуги	Кол-во услуг	Цена услуги (руб)	Сумма
Итого сумма по договору				

Сумма к оплате по договору _____ рублей

<p>ИСПОЛНИТЕЛЬ Администратор _____/Е.И.Задороженко</p>	<p>ЗАКАЗЧИК _____ / _____ Подпись _____ расшифровка подписи _____</p>
--	--

СОГЛАСОВАНО:

- Зав поликлиникой
- Главный бухгалтер
- Главная мед.сестра
- Начальник ПЭО
- Начальник отдела кадров
- Начальник ОПОиЗ
- Начальник информационно –
аналитического отдела
- Системный администратор
- Администратор

Handwritten signatures in blue ink, including initials and full names, corresponding to the list of names on the right.

Карпусенко Н.В.

Кунц В.В.

Соловьева Л.Н.

Гольман Е.Л.

Гагарина Е.М.

Кувалдина О.С.

Дубровина Ю.В.

Рудных Н.А.

Шварцкопф Н.И.

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____
Ф.И.О. полностью
являющийся законным представителем: _____
Ф.И.О. полностью
проживающий по адресу: _____
паспорт: серия _____ номер _____ выдан _____ когда _____

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных", подтверждаю свое согласие на обработку МБУЗ «Детская городская клиническая поликлиника №8» (далее – Оператор) моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания/регистрации, паспортные данные, данные свидетельства о рождении, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего/представляемого 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 мне/представляемому медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои/представляемого персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего (лица, чьим законным представителем я являюсь) обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими/представляемого персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе обрабатывать мои/представляемого персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС, договором ДМС, договором на оказание платных медицинских услуг.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору предоставления медицинских услуг по добровольному медицинскому страхованию) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными/персональными данными представляемого 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 осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих/представляемого персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет.

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

Настоящее согласие 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.

Подпись субъекта персональных данных (законного представителя) _____ /
дата _____

СОГЛАСОВАНО:

Зав поликлиникой

Главный бухгалтер

Главная мед.сестра

Начальник ПЭО

Начальник отдела кадров

Начальник ОПОиЗ

Начальник информационно –
аналитического отдела

Системный администратор

Администратор

Карпусенко Н.В.

Кунц В.В.

Соловьева Л.Н.

Гольман Е.Л.

Гагарина Е.М.

Кувалдина О.С.

Дубровина Ю.В.

Рудных Н.А.

Шварцкопф Н.И.

**Добровольное информированное согласие пациента (законного представителя)
на оказание медицинской помощи в МБУЗ ДГКП №8
при предоставлении платных медицинских услуг.**

Мне, _____,

Являющемуся законным представителем пациента _____

до заключения договора о предоставлении платных медицинских услуг, в доступной для меня форме доведено следующее:

1. Разъяснены мои права, предусмотренные ст. 19, 21 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Законом Российской Федерации от 07.02.92 N 2300-1 «О защите прав потребителей», Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. №1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

2. В соответствии с требованиями ст. 20, 22 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 года, я информирован, что необходимым предварительным условием оказания медицинской помощи является получение добровольного информированного согласия, а также имею право отказаться от получения медицинской помощи, и дал такое согласие.

3. Мне разъяснено мое законное право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальной программы, при соблюдении условий программ, а также положения данных программ.

4. Мне разъяснено право на получение платных медицинских услуг, предоставляемых по моему желанию при оказании медицинской помощи, и платных немедицинских услуг (бытовых, сервисных, транспортных и иных услуг), предоставляемых дополнительно при оказании медицинской помощи, за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров.

5. Платные медицинские услуги оказываются по моему желанию на иных условиях, чем предусмотрено программой, территориальными программами и (или) целевыми программами в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

6. Отказ пациента от предлагаемых платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объема оказываемой медицинской помощи, предоставляемых такому пациенту без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

7. Внимательно прочитав все вышеуказанное, я подтверждаю, что получил исчерпывающую информацию о лечении и его условиях в доступной для меня форме, и выбираю оказание платных медицинских услуг, о чем свидетельствует моя подпись под этим документом

Заказчик (законный представитель) _____ / _____
« ____ » _____ 2017г.

СОГЛАСОВАНО:

Зав поликлиникой

Карпусенко Н.В.

Главный бухгалтер

Кунц В.В.

Главная мед.сестра

Соловьева Л.Н.

Начальник ПЭО

Гольман Е.Л.

Начальник отдела кадров

Гагарина Е.М.

Начальник ОПОиЗ

Кувалдина О.С.

Начальник информационно –

Дубровина Ю.В.

аналитического отдела

Рудных Н.А.

Системный администратор

Шварцкопф Н.И.

Администратор

**Уведомление пациента о несоблюдении назначений (рекомендаций) врача
при оказании платных медицинских услуг**

Я, заказчик _____,

Являющийся законным представителем пациента _____

в рамках договора на оказание платных медицинских услуг № _____ изъявил желание получить платные медицинские услуги в муниципальном бюджетном учреждении здравоохранения «Городская клиническая поликлиника №8» (далее – Учреждение), при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Мне разъяснено, и я осознал(а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат и что при медицинском вмешательстве и после него, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.

2. Мне разъяснено, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой мне платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

3. Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, не несет ответственности за их возникновение.

4. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) обеспечить исполнение пациентом (законным представителем которого я являюсь) всех назначений, рекомендаций и советов врачей.

5. Настоящее уведомление мною прочитано, я в полном объеме проинформирован и осознаю последствия несоблюдения мною (пациентом, законным представителем которого я являюсь) назначений (рекомендаций) врача.

Заказчик (законный представитель): ФИО, подпись

_____ паспорт: серия _____, № _____, выдан _____ «__» _____ г.

СОГЛАСОВАНО:

Зав поликлиникой

Главный бухгалтер

Главная мед.сестра

Начальник ПЭО

Начальник отдела кадров

Начальник ОПОиЗ

Начальник информационно –

аналитического отдела

Системный администратор

Администратор

Карпусенко Н.В.

Кунц В.В.

Соловьева Л.Н.

Гольман Е.Л.

Гагарина Е.М.

Кувалдина О.С.

Дубровина Ю.В.

Рудных Н.А.

Шварцкопф Н.И.