

Утверждено: Главный врач
ГБУ РД «РКБ СМП» Иманалиев М.Р.
от 27 октября 2023 г.



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН
ГБУ РД «РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»**

367003 г. Махачкала, пр. Пирогова, 3, тел. 62-06-64 E-mail: rb2rd@mail.ru ОГРН 1080562000474 ИНН 0562070341

**Договор
на оказание платных медицинских услуг**

г. Махачкала

« ____ » _____ 20__ г.

ГБУ РД «Республиканская клиническая больница скорой медицинской помощи» (ГБУ РД «РКБСМП»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Иманалиева Магомед Рагуловича, действующего на основании Устава, лицензии № ЛО-05-01-002172 от 19.07.2019г., выданный Минздравом Республики Дагестан и

Потребитель(ФИО) _____
_____ года рождения, паспорт: № _____, кем выдан _____
_____ дата выдачи: _____ код: _____

Заказчиком _____
паспорт: № _____ кем выдан _____

именуемый(ая) в дальнейшем, «Потребитель» (или «Заказчик») с другой стороны, далее по тексту договора именуемые совместно «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Заказчику) медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых платных медицинских услуг согласно Приложению №2, являющегося неотъемлемой частью настоящего договора, а Потребитель (Заказчик) обязуется своевременно оплатить оказанные медицинские услуги.

1.2. Потребитель подтверждает, что согласен на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

1.3. При необходимости Потребителю могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень и сроки оказания которых согласуются Сторонами в дополнительном соглашении к настоящему Договору.

1.4. До заключения договора Потребитель (Заказчик) уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения может снизить качество предоставляемой медицинской услуги. Приложение №1 к настоящему договору.

1.5. Услуги оказываются по адресу РД, г. Махачкала ул. Пирогова, дом № 3.

Информация о платных медицинских услугах находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на официальном сайте Исполнителя. Адрес сайта ГБУ РД «РКБСМП»: rkbsmp.ru интернет: <https://rkbsmp.ru>

1.6. Срок (дата) оказания и время ожидания медицинских услуг _____

1.6.1. Прием врача и диагностика в день оформления в соответствии с датой и времени записи пациента.

1.6.2. Госпитализация по факту выполненных работ в зависимости от количества койко-дней в профильное отделение.

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Предоставить Потребителю в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.1.2. Оказывать медицинские услуги, в объеме, предусмотренном настоящим Договором, своевременно и качественно, согласно требованиям действующего законодательства.

2.1.3. По требованию Потребителя предоставить ему медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг без взимания платы.

2.1.4. Уведомить Потребителя о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 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.

2.1.5. Предоставлять платные медицинские услуги только **при наличии информированного добровольного согласия потребителя** (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством РФ об охране здоровья граждан (Приложение № 3).

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Получать от Потребителя полную и достоверную информацию о состоянии здоровья и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения. Исполнитель не несет ответственности за осложнения или неэффективность лечения, возникшие в результате неисполнения Потребителем назначений, рекомендаций и советов медицинских сотрудников Исполнителя.

2.2.2. Привлекать для исполнения обязательств по настоящему договору третьих лиц.

2.2.3. При выявлении у Потребителя (Заказчика) противопоказаний к проведению лечебных и диагностических мероприятий отказать в их проведении.

2.3. Потребитель (законный представитель Потребителя) обязуется:

2.3.1. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором

2.3.2. Предоставить Исполнителю до начала оказания медицинских услуг все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях (ухудшении здоровья) и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

2.3.3. Соблюдать режим медицинской организации (в том числе, определенный на период временной нетрудоспособности), правила безопасности и пожарной безопасности, а также правила поведения пациента в медицинских организациях. ее внутреннего распорядка.

2.3.4. Неукоснительно выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, а также соблюдать правила распорядка учреждения.

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. Получать информацию об Исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах.

2.4.2. Отказаться от исполнения настоящего Договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

3. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов

3.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю (Заказчику) согласно п.

1.2. настоящего договора, определяется в соответствии с действующим в ГБУ РД «РКБСМП» Прейскурантом в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг и составляет: _____

)руб.

3.2. Расчеты между сторонами осуществляются:

- путем внесения наличных денежных средств в кассу «Исполнителя» (для физического лица);
- безналично с использованием банковских карт через платежный терминал Исполнителя;
- перечислением денежных средств на расчетный счет Исполнителя указанный в договоре.

3.3. Потребителю в соответствии с законодательством РФ выдается контрольно-кассовый чек или бланк строгой отчетности, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг.

3.4. Оплата производится до предоставления платной медицинской услуги, в порядке 100 % предоплаты.

3.5. В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору,

возникшей по вине Потребителя, в том числе при нарушении назначений врача, оплата медицинских услуг осуществляется в полном объеме.

3.6. На предоставление платных медицинских услуг требованию Потребителя может быть составлена смета. при этом она является неотъемлемой частью настоящего Договора.

4. Ответственность сторон

4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

4.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье в соответствии с п. 2.3.2 настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях нарушений п. 2.3.3 и п. 2.3.4. настоящего договора.

4.4. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

5. Конфиденциальность

5.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

6. Заключительные положения

6.1. Настоящий договор считается заключенным с момента подписания и действует до исполнения обязательств Сторонами.

6.2. Настоящий Договор может быть изменен или расторгнут Сторонами в период его действия на основе их письменного соглашения.

6.3. При наличии претензии и иных обращений Потребитель направляет их на электронный/почтовый адрес Исполнителя, указанный в Разделе 7 настоящего договора.

6.4. Любые споры и разногласия по исполнению условий настоящего договора разрешаются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

6.5. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

6.6. Настоящий договор составлен в двух (трех) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

7. Адреса, реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:

ГБУ РД «Республиканская клиническая
больница скорой медицинской помощи
Адрес: 367000, г. Махачкала, ул. Пирогова, 3
ОГРН:1080562000474
ИНН:0562070341/КПП 057201001
Банк: ОТДЕЛЕНИЕ-НБ РЕСПУБЛИКА
ДАГЕСТАН БАНКА РОССИИ/УФК
по Республике Дагестан, г. Махачкала
БИК 018209001
НКС (р/с) 03224643820000000300
ЕКС (корсчет) 40102810945370000069
л/с 20036Ш58160 (ПДД)
Телефон: 8(989) 496-34-33
Электронная почта: rb2rd@mail.ru
адрес сайта: rkbsmp.ru
Главный врач:

М.Р. Иманалиев

подпись

Потребитель:

Ф.И.О. _____

Адрес: _____

телефон: _____

Подпись _____

Заказчик:

Ф.И.О. _____

Адрес _____

Телефон _____

Подпись _____

УВЕДОМЛЕНИЕ

В соответствии с п. 24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736, настоящим подтверждаю, что до заключения договора о предоставлении мне платных медицинских услуг, уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, 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 моем состоянии здоровья. также подтверждаю, что предоставлена информация и ознакомлена правилами внутреннего распорядка организации, с перечнем оказываемых платных медицинских услуг и о возможности получения информации о порядке оказания платных медицинских услуг и сведениях о Лицензии Исполнителя на официальном сайте ГБУ РД «РКБСМП».

« » _____ 20 г. _____
(подпись) (Ф. И. О.)

Информированное добровольное согласие на предоставление платных медицинских услуг, обработку персональных данных, медицинское вмешательство

Я _____, зарегистрированный по адресу: _____ в рамках договора об оказании в ГБУ РД «РКБСП» (далее по тексту – Учреждение) платные услуги и даю свое согласие на:

1. На оказание платных медицинских услуг

1.1. Я получил(а) от сотрудников Учреждения полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.

1.2. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(на) оплатить стоимость медицинских услуг, указанных в настоящем Договоре.

2. На обработку персональных данных

2.1. В соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку Учреждением моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью.

2.2. Я даю согласие на использование моих персональных данных в целях выполнения обязательств по договору оказания платных медицинских услуг.

2.3. Настоящее согласие предоставляется на осуществление особых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных целей.

2.4. Я подтверждаю, что давая такое Согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

3. На медицинское вмешательство

3.1. Мне разъяснены и понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Я понимаю необходимость проведения необходимых манипуляций (процедур), выполняемых в рамках заключенного настоящего договора.

3.2. Мне полностью понятно, что во время указанной манипуляции (процедуры) или после нее могут развиваться осложнения, что может потребовать дополнительного медицинского вмешательства.

3.3. Я уполномочиваю медицинских работников Учреждения выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

3.4. Я обязуюсь поставить(а) в известность врача до момента оказания мне платных медицинских услуг обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне заболеваниях, травмах, операциях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов, сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

3.5. Я согласен(а), что при несоблюдении назначений и рекомендаций, лечащий врач не несет ответственности за результаты моего лечения.

3.6. Я удостоверяю, что текст моего добровольного информированного согласия на оказание платных медицинских услуг, на обработку персональных данных, на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов платных медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Потребитель (Заказчик) _____

(подпись)

(Ф. И. О.)

