

ДОГОВОР №
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ УСЛУГ
в Государственном бюджетном учреждении
Городская клиническая больница имени С.П. Боткина
Департамента здравоохранения Москвы

город Москва

«» 201 г.

ИСПОЛНИТЕЛЬ в лице администратора отдела организации оказания платных медицинских услуг _____, действующей на основании доверенности № _____, лицензия на медицинскую деятельность ЛО-77-01-013848 от 03.02.2017, выданная Департаментом здравоохранения города Москвы, со сроком действия бессрочно

ПОТРЕБИТЕЛЬ _____

(фамилия, имя, отчество, адрес места жительства, телефон)

ЗАКАЗЧИК _____

(если имеется ЗАКАЗЧИК - физическое лицо – указывается ф.и.о., адрес его места

жительства; если ЗАКАЗЧИК - юридическое лицо – указывается наименование, адрес места

нахождения ЗАКАЗЧИКА - юридического лица, телефон исполнительного органа ЗАКАЗЧИКА)

1. Особые условия договора

1.1. Основные понятия:

«платные услуги» - платные медицинские услуги и другие услуги, оговоренные в Уставе ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина далее по тексту – услуги, предоставляемые на возмездной основе (за плату) за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров.

«потребитель» - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее услуги лично в соответствии с договором;

«заказчик» - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) услуги в пользу потребителя на основании договора.

1.2. До заключения договора Исполнитель в письменной форме уведомил (путём подписания уведомления, являющегося Приложением №1 к настоящему Договору и его неотъемлемой частью) Потребителя (а при наличии Заказчика и его) о том, что несоблюдение указаний и рекомендаций Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, самовольный уход из подразделения Исполнителя, где оказывается услуга, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность завершения оказания услуги в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

1.3. **ВНИМАНИЕ!** При заключении договора Потребителю предоставлена информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи в рамках системы обязательного медицинского страхования (ОМС) и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в виде уведомления (Приложение №1).

Ф.И.О. подпись
Исполнителя

Ф.И.О. подпись
Потребителя

Ф.И.О. подпись
Заказчика

1.4. Исполнитель предоставил (а Потребитель (Заказчик) полностью удовлетворен предоставленным) посредством размещения на сайте www.botkinmoscow.ru в сети «Интернет», а также на информационных стендах наименование и фирменное наименование Исполнителя, адрес места нахождения, сведения о номере и дате регистрации, перечне работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя, адрес места нахождения и телефон выдавшего Исполнителю лицензию лицензирующего органа; перечень платных медицинских и других услуг с указанием цены в рублях; сведения об условиях, порядке, форме предоставления услуг и порядке их оплаты; порядок и условия предоставления медицинской помощи в рамках программ, указанных в п. 1.3. договора; адреса и телефоны Департамента здравоохранения и Управления Росздравнадзора по САО в г. Москве.

2. Перечень услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором

2.1. Перечень платных медицинских и других услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором, указывается в Приложении №3 (Смета амбулаторного или стационарного обследования и лечения пациента) к настоящему Договору, данное Приложение является неотъемлемой частью настоящего Договора. Смета составляется на основании действующего Прейскуранта платных услуг, оказываемых ГКБ им. С.П. Боткина.

2.2. Исполнитель оставляет за собой право изменять и дополнять Прейскурант услуг на основании приказа главного врача больницы.

3. Условия и сроки предоставления платных услуг, стоимость, сроки, порядок оплаты

3.1. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в подразделениях ГБУЗ ГКБ имени С.П. Боткина ДЗМ, имеющему юридический адрес: город Москва, ул. 2-й Боткинский проезд, дом 5.

3.2. Исполнитель оказывает Потребителю на возмездной основе услуги, в соответствии с медицинской лицензией, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации. Потребитель обязуется оплачивать стоимость предоставляемых услуг, а также выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление услуг, включая сообщение в полном и исчерпывающем объеме необходимых для этого сведений.

3.3. Предоставление платных услуг по настоящему Договору происходит в порядке определенном Положением об оказании платных услуг населению в ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина.

3.3.1. Исполнитель заполняет предварительный план диагностического обследования и лечения пациента на платной основе по форме (Приложение №2) на основании действующих протоколов, стандартов диагностики и лечения и Прейскуранта цен.

3.3.2. Исполнитель на основании предварительного плана формирует предварительную смету амбулаторного или стационарного обследования и лечения пациента (Приложение №3) и предоставляет для подписания Потребителю.

3.3.3. При наличии у Потребителя направлений врачей - специалистов других лечебных учреждений смета составляется Исполнителем и предоставляется для подписания Потребителю.

3.4. Стоимость услуг определяется согласно смете, являющейся неотъемлемой частью Договора, подписывается сторонами в момент заключения Договора.

Ф.И.О. подпись
Исполнителя

Ф.И.О. подпись
Потребителя

Ф.И.О. подпись
Заказчика

3.5. Оплата услуг осуществляется в полном объеме согласно смете в момент заключения договора через платежные терминалы Банков, через учреждения Банков, через кассу 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 (документ установленного образца).

3.6. Договор действует в течение всего периода, необходимого для полного выполнения предоставляемых услуг.

3.7. В случае пересмотра видов услуг в процессе лечения, составляется дополнительная смета, включающая в себя изменения и дополнения. Доплата по Договору производится в порядке, оговоренном в п.3.5. настоящего Договора.

3.8. Возврат денежных средств Потребителю (Заказчику) за не оказанные услуги осуществляется в течение 5 рабочих дней при предъявлении паспорта, Договора на оказание платных услуг, чека или квитанции об оплате и согласованному сторонами Акту выполненных работ.

3.9. В случае отказа от оплаты Потребителя нуждающегося в оказании платных медицинских услуг после получения медицинской помощи по поводу состояний, представляющих угрозу жизни пациента, Потребитель подлежит выписке. Факт отсутствия угрозы жизни Потребителя, подтверждается заключением консилиума в день отказа от платных медицинских услуг.

4. Права и обязанности сторон.

Исполнитель обязуется:

4.1. Своевременно и качественно оказывать платные услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

4.2. Оказать Потребителю на возмездной основе (за плату) медицинские услуги с привлечением квалифицированных врачей и иного медицинского и обслуживающего персонала. Медицинские услуги оказываются Потребителю лечащим врачом, другими врачами и специалистами Исполнителя.

4.3. В своей деятельности по оказанию медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном действующим законодательством порядке. Провести Потребителю необходимый объем исследований и консультаций для установления диагноза, обеспечить качественное ведение медицинской документации.

4.4. 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.

Потребитель обязуется:

4.5. Подробно информировать медицинский персонал Исполнителя об имеющихся заболеваниях, ранее перенесенных травмах, операциях, отравлениях, наследственных заболеваниях, непереносимости лекарств и других аллергических реакциях.

4.6. Пройти предписанный врачами комплекс диагностических, лабораторных и инструментальных обследований. Выполнять все предписания лечащего врача и медицинского персонала. Являться на осмотры, обследования и лечение в установленное врачом время.

Ф.И.О. подпись
Исполнителя

Ф.И.О. Подпись
Потребителя

Ф.И.О. подпись
Заказчика

4.7. Подтверждать личной подписью:

свое согласие с предложенными методами лечения, в том числе с предстоящими оперативными вмешательствами, анестезиологическим пособием, с учетом их возможных осложнений и других последствий;

факт ознакомления со сведениями о представляемых платных медицинских услугах;

производить оплату медицинских услуг по расценкам прейскуранта, с которыми Потребитель ознакомился при заключении настоящего Договора.

4.8. В случае расширения объема оперативного вмешательства Потребитель обязан оплатить стоимость дополнительной услуги. Если расширение объема операции или метода обезболивания произошло по вине Исполнителя, дополнительная оплата не взимается.

4.9. Потребитель соглашается с тем, что:

-при предварительном осмотре или в период оказания платной медицинской услуги может возникнуть необходимость проведения дополнительных (специализированных) методов обследования, которые осуществляются Исполнителем и подлежат дополнительной предварительной оплате;

-если в ходе операции возникнет острое состояние, требующее в интересах Потребителя расширения объема оперативного вмешательства, и (или) изменения метода обезболивания, а Потребитель не в состоянии выразить свою волю, такое вмешательство проводится по решению консилиума врачей.

4.10. По окончании договора стороны подписывают двухсторонний акт о выполнении работы по оказанию медицинской услуги.

4.11. В случае самовольного оставления Потребителем медицинского учреждения Исполнителя Акт составляется комиссией Исполнителя (с участием не менее 3-х человек, в том числе лечащего врача) в одностороннем порядке.

4.12. Предоставить письменное согласие на обработку Исполнителем его персональных данных (приложение № 4).

4.13. Удостоверить своей подписью с полной расшифровкой своих фамилии, имени и отчества каждый лист Договора и Приложения к Договору.

5. Ответственность сторон

5.1. За невыполнение или ненадлежащее исполнение обязательств, предусмотренных настоящим Договором, стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

5.2. Исполнитель несет ответственность в случае неисполнения или некачественного исполнения своих обязанностей при наличии своей вины.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за качество предоставляемых услуг, если Потребитель не выполняет предписаний лечащего врача или прерывает лечение без письменного уведомления Исполнителя.

5.4. В случае самовольного оставления Потребителем лечебного учреждения Исполнителя без письменного разрешения уполномоченного лица Исполнителя (а также лечащего врача, заведующего отделением, в котором получал медицинские услуги Потребитель) и наличия задолженности по оплате перед Исполнителем, взыскание задолженности может производиться Исполнителем в бесспорном порядке.

Ф.И.О. подпись
Исполнителя

Ф.И.О. подпись
Потребителя

Ф.И.О. подпись
Заказчика

5.5. В случае не исполнения Потребителем (а при наличии Заказчика, то и Заказчиком), солидарно, своих обязательств перед Исполнителем по внесению оговоренной в Договоре платы за платные медицинские услуги, Исполнитель имеет право на взыскание задолженности либо с Исполнителя, либо с Заказчика (в случае его наличия), либо с обоих солидарно, в бесспорном порядке.

5.6. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение, или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, если оно явилось следствием непреодолимой силы и (или) результатом препятствия, находящегося вне контроля сторон.

5.7. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Потребителем по вопросу качества оказанных услуг, спор между сторонами решается путем переговоров, привлечения независимой экспертизы и в судебном порядке.

6. Порядок изменения и расторжения Договора

6.1. Все изменения, дополнения и расторжение настоящего Договора возможны по соглашению Сторон, и оформляются в письменном виде путем подписания Сторонами Дополнительных соглашений к Договору и в соответствии с пунктами 3.7., 4.11. настоящего Договора. Дополнительные соглашения к настоящему Договору являются его неотъемлемой частью и вступают в силу с момента их подписания Сторонами.

6.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

6.3. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются:

Приложение №1 «Информированное добровольное согласие пациента на предоставление медицинских услуг на платной основе»

Приложение №2 «Предварительный план диагностического обследования и лечения пациента на платной основе»;

Приложение №3 «Смета предоставления платных медицинских услуг».

Приложение №4 «Согласие на обработку персональных данных».

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ
Адрес: г. Москва, 2-й Боткинский пр-д, д. 5
телефон (495)945-26-16 Факс (495)653-16-38
ОГРН 1037739085900

Платежные реквизиты
ИНН 7714082636, КПП 771401001
Департамент Финансов г. Москвы
(ГКБ им. С. П. Боткина
лицевой счет 2605441000450544)
расчетный счет 40601810245253000002
БИК 044525000
ГУ Банка России по ЦФО

ПОТРЕБИТЕЛЬ:

ФИО

Адрес регистрации:

Паспорт
Выдан
телефон

_____ (подпись)

ЗАКАЗЧИК:

_____ (подпись)

_____ (подпись)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА**на предоставление медицинских услуг на платной основе**

На основании ст. 19, ст.84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я

(фамилия, имя, отчество полностью)

желаю получить платные медицинские услуги в ГКБ им. С.П.Боткина.

ВНИМАНИЕ! Мне разъяснено, какие диагностические процедуры и лечение, соответствующие моему заболеванию я могу получить бесплатно, в рамках системы обязательного медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве.

Мне также разъяснено, что я могу получить диагностические мероприятия и лечение моего заболевания на платной основе.

Решение об отказе получения диагностики и лечения моего заболевания в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи принято в связи с тем, что услуги оказываются:

а) на иных условиях, чем предусмотрено программами получения бесплатной медицинской помощи, в том числе:

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

-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;

-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 моего заболевания, или при отсутствии медицинских показаний;

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

б) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг (без направления лечащего врача), за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21 Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

в) 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 являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию;

Я ознакомлен(а) с действующим в учреждении Прейскурантом цен и согласен(а) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

Дата «» 201 г.

Подпись _____

(подпись)

(ФИО пациента полностью, заполняется собственноручно пациентом или его представителем)

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я

(фамилия, имя, отчество полностью)

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку в ГКБ им.С.П. Боткина (далее – Исполнитель) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), данные о состоянии моего 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 Исполнителем мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Исполнителя, в интересах моего обследования и лечения.

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

Исполнитель вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Иное разглашение моих персональных данных может осуществляться только с моего письменного согласия.

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

Настоящее согласие может быть отозвано путем подачи письменного заявления.

Дата: «» 201 г.

Подпись

(подпись)

(ФИО пациента)