

ДОГОВОР № _____
на предоставление платных медицинских услуг

« ____ » _____ 20__ г.

г. Ростов-на-Дону

_____, именуемое в дальнейшем
«Заказчик», в лице _____,
действующего на основании _____,
с одной стороны и

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

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

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

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

- адрес сайта в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»: <http://rdpl.ru>
именуемый в дальнейшем «Исполнитель»,
в лице главного врача Ерофеева Владислава Николаевича, действующего на основании Устава с другой стороны, заключили договор о нижеследующем.

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель берет на себя обязательство оказывать на возмездной основе пациентам Заказчика (далее - Пациенты) профилактическую медицинскую помощь, согласно перечню услуг, оказываемых Исполнителем в соответствии с лицензией (Приложение № 4 к настоящему контракту).

1.2. Лечебно-профилактическая помощь, оказываемая Пациентам, должна отвечать требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

1.3. Заказчик обязуется своевременно и в полном объеме оплачивать стоимость предоставляемых медицинских услуг в соответствии с условиями настоящего договора и Прейскурантом цен (Приложение № 1 к настоящему договору).

1.4. Основанием для предоставления платных медицинских услуг является добровольное желание Заказчика получить медицинские услуги за плату.

1.5. Подписывая настоящий договор, Заказчик подтверждает, что ему в доступной форме предоставлена 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.

1.6. Заказчик уведомлен:

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

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

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

1.7. До начала оказания услуг Заказчик обязан предоставить Исполнителю Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (Приложение № 2 к настоящему договору) и Информированное добровольное согласие на обработку персональных данных (Приложение № 3 к настоящему договору).

2. Объем и качество лечебно-профилактической помощи

2.1. Исполнитель оказывает Пациентам медицинские услуги, соответствующие номенклатуре, объем и сроки выполнения которых согласовываются предварительно сторонами.

2.2. Сроки ожидания платных медицинских услуг зависят от состояния здоровья Пациента и определяются в зависимости от индивидуального объема оказываемых медицинских услуг.

2.3. Медицинское обслуживание Пациентов осуществляется в соответствии с режимом работы Учреждения, выданных Заказчиком каждому Пациенту.

Исполнитель обеспечивает качество и соответствие оказываемой медицинской помощи существующим порядкам, клиническим рекомендациям и стандартам.

3. Стоимость услуг и порядок расчетов

3.1. **Общая стоимость Услуг по договору составляет _____ рублей, НДС не облагается.**

Заказчик оплачивает Исполнителю медицинскую помощь, оказываемую пациентам в течение 10 календарных дней с момента выставления счета согласно действующему прейскуранту цен на медицинские услуги. Оплата считается произведенной после поступления средств на расчетный счет Исполнителя.

3.2. Счета за медицинские услуги выставляются Исполнителем до 10 числа месяца, следующего за месяцем, в котором были предоставлены эти услуги. К счету прилагаются: реестр оказанных медицинских услуг; акт об оказанных услугах.

3.3. Цены, действующие на момент подписания настоящего договора, указаны в Прейскуранте, прилагаемом к настоящему договору. При изменении цен на медицинские услуги, Исполнитель обязан письменно предупредить об этом Заказчика не позднее, чем за 10 дней до срока внесения изменений в Прейскурант.

3.4. Один раз в квартал до 20 числа месяца, следующего за отчетным кварталом, стороны проводят сверку расчетов за оказанные услуги. Годовая сверка и необходимые взаиморасчеты производятся до 30 января года, следующего за отчетным. По результатам сверки составляется акт, согласованный и подписанный сторонами.

3.6. Исполнитель предоставляет Заказчику все необходимые для производства взаиморасчетов документы.

4. Права и обязанности сторон

4.1. Исполнитель обязан:

- своевременно и качественно оказывать медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего договора;
- при оказании медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению российским законодательством;
- предоставить по требованию Пациента всю информацию о состоянии его здоровья;
- хранить информацию, содержащуюся в медицинских документах Пациента, в тайне (врачебная тайна) и не предоставлять ее третьим лицам, за исключением случаев, предусмотренных законодательством.
- по окончании оказания медицинской услуги выдать Пациенту медицинские документы (их копии, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях без взимания платы.
- предоставить Пациенту бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемых платных услугах, содержащую следующие сведения: порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи; информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем платную медицинскую услугу; информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ним рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; иные сведения, относящиеся к предмету настоящего договора.

4.2. Исполнитель имеет право:

- на обоснованное назначение любого вида медицинской помощи, необходимого для постановки диагноза;
- требовать от Заказчика своевременной оплаты оказанных Пациенту медицинских услуг.

4.3. Заказчик обязан:

- Своевременно оплачивать медицинские услуги, оказанные Заказчиком Пациенту.
- Вместе с подписанным Договором предоставить заверенные копии уставных документов (Устав, ИНН, ОГРН, приказ либо доверенность на лицо, подписавшее Договор).

4.4. Заказчик имеет право:

- контролировать объем предоставляемой Исполнителем медицинской помощи Пациентам.

4.5. Стороны договорились, что контактными лицами при взаимодействии Сторон являются:

- со стороны Заказчика:
- со стороны Исполнителя: заместитель главного врача по экономическим вопросам Легкодимова Евгения Алексеевна тел. (863) 285-10-47, заведующий вспомогательным лечебно-профилактическим отделением Мирзоян Анжела Ашотовна- (863) 285-10-42.

5. Ответственность сторон

5.1. За неисполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. За просрочку платежей, предусмотренных настоящим договором, Заказчик уплачивает Исполнителю пеню в соответствии с действующим законодательством РФ. Уплата пени не освобождает Заказчика от уплаты услуг, оказанных Пациентам Заказчика. При просрочке Заказчиком платежа, не превышающей 10 дней, Исполнитель обязан продолжать оказание лечебно-профилактической помощи Пациентам Заказчика.

5.3. В случае превышения просрочки платежа более 10 дней, Исполнитель вправе приостановить медицинское обслуживание с уведомлением Заказчика о прекращении оказания медицинских услуг. После уплаты Заказчиком задолженности, медицинское обслуживание возобновляется при обоюдном согласии сторон.

5.4. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему договору, которые произошли из-за форс-мажорных обстоятельств (пожара, наводнения, иных стихийных бедствий, войны, народных волнений, забастовки, эпидемии и т.д.).

6. Изменение условий и расторжение договора

6.1. Настоящий договор может быть изменен только по письменному соглашению сторон.

6.2. Настоящий договор может быть расторгнут до окончания срока его действия: - по соглашению сторон, совершенному в письменном виде:

- по решению суда при нарушении одной из сторон условий настоящего договора.

7. Конфиденциальность

7.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении условий настоящего Договора, в том числе в отношении информации о персональных данных Застрахованных.

7.2. Стороны обязуются обрабатывать персональные данные Застрахованных, обеспечивать защиту и безопасность персональных данных при их обработке в соответствии с требованиями Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006г. и других нормативно-правовых актов.

7.3. Стороны обязуются принимать все необходимые меры для предотвращения незаконного разглашения конфиденциальной информации, в том числе информации о персональных данных Застрахованных.

8. Заключительные положения

8.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и действует до «31» декабря 2023 г. Если ни одна из сторон за 1 месяц до окончания срока действия настоящего договора не заявит о нежелании пролонгировать его на следующий период, договор считается пролонгированным на тех же условиях на каждый последующий календарный год.

8.2. Договор составлен в 2-х подлинных экземплярах с приложениями, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

8.3. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором или в связи с ним, стороны примут все меры к их разрешению путем переговоров. В случае невозможности урегулировать спор путем переговоров, споры подлежат разрешению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством РФ.

8.4. По вопросам, не предусмотренным настоящим договором, стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

9. Адреса, реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:

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

344029, Ростовская область, город Ростов-на-Дону, ул. Сержантова, д.3

ИНН/КПП 6166044155/616601001

БИК УФК по Ростовской области 016015102

ЕКС открытый в Отделение Ростов-на-Дону Банка России 40102810845370000050

КС открытый в УФК по Ростовской области 03234643607010005800

Наименование территориального органа Федерального казначейства, в котором открыты казначейский и лицевой счета УФК по Ростовской области, л/с 20806007570 в министерстве финансов Ростовской области

Телефон: 8 (863) 285-10-41

Эл. адрес: rnddgp1@mail.ru

Главный врач

В.Н. Ерофеев

Заказчик:

СПЕЦИФИКАЦИЯ

№	Наименование медицинских услуг	Код в прейскуранте цен	Цена за ед. руб.	Кол-во	Стоимость, руб.
1					
				Итого:	

Заказчик:

Исполнитель:

Главный врач ГБУ РО «ДГП № 1»
в г. Ростове-на-Дону _____ В.Н. Ерофеев

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

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Я (законный представитель) _____ -
(МАТЬ.ОТЕЦ)

ребенка _____ (Ф.И.О. гражданина) « _____ » _____ 20 _____ года
рождения _____ (Ф.И.О. ребенка)

адрес _____ проживания:

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) ГБУ РО «Детская городская поликлиника №1» в г. Ростове-на-Дону.

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

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства РФ, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья / состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)
Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».
Ф.И.О. _____ гражданина _____ или _____ законного _____ представителя _____ гражданина _____
подпись _____

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

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

Заполняется законным представителем!

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных**

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)
паспорт: серия _____ № _____, выдан _____, дата
выдачи: _____, код подразделения _____.
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель – нужное подчеркнуть)
ребёнка: _____
(Ф.И.О. ребенка – полностью, дата рождения)
свидетельство о рождении/паспорт ребенка: серия _____ номер _____, кем выдан
_____, дата выдачи _____, код подразделения _____.
Ребенок зарегистрирован по адресу: _____

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

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

(Ф.И.О.)

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

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

Я ПРЕДОСТАВЛЯЮ ОПЕРАТОРУ ПРАВО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ:

- 1) все действия (операции) с персональными данными, включая: сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление,
изменение, использование, передачу (в медицинскую организацию, страховую медицинскую организацию, организацию -
заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), распространение третьим лицам, обезличивание,
блокирование и уничтожение;
- 2) следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных
данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом;
- 3) обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и
отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по
договору ОМС/ДМС, договору оказания платных медицинских услуг;
- 4) осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными с медицинскими организациями, со страховыми
медицинскими организациями, с которыми у оператора заключен договор, и ТФОМС, организацией - заказчиком медицинских
услуг во исполнение своих обязательств по договору ДМС, договору оказания платных медицинских услуг с использованием
машинных носителей информации, по каналам связи ГИС «Интернет» и (или) документы на бумажных носителях, с
соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом,
при условии, что их приём и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.
- 5) обработку, хранение, публикацию биометрических персональных данных (фотографические изображения, фотоматериалы)
меня, моего ребенка (опекаемого) (включая передачу их третьим лицам) методами, обеспечивающими безопасность данных,
если это не противоречит действующему законодательству.

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

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

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

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

E-mail: _____ **Телефон:** _____

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

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

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