|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **г.Альметьевск ДОГОВОР № на оказание платных медицинских услуг** | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Лечебно-профилактическое учреждение «Медико-санитарная часть ОАО «Татнефть» и г.Альметьевска», свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ серии 16 № 003051466, выдано МРИ МНС России № 16 по РТ, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице заведующего отделением платных медицинских услуг Нуриева Рустама Мазитовича, действующего на основании Доверенности № \_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, лицензия на осуществление медицинской деятельности от 11.11.2019 г. № ЛО-16-01-007899, выдана Министерством здравоохранения РТ (адрес: 420111, г.Казань, ул.Островского, д. 11/6, тел.: 8 (843) 231-79-98), перечень работ (услуг) в соответствии с лицензией согласно Приложению к настоящему договору, с одной стороны и Заказчик | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| заключили настоящий договор (далее - Договор) о нижеследующем. | | | | | | | | | | |
| **1.ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА** | | | | | | | | | | |
| 1.1.Заказчик поручает, а Исполнитель принимает на себя обязательства по оказанию Заказчику медицинских услуг, перечень и стоимость которых оговорены в Дополнительном соглашении (-ях), являющихся неотъемлемой частью данного договора, а Заказчик обязуется оплатить данные услуги. | | | | | | | | | | |
| **2.УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ** | | | | | | | | | | |
| 2.1.Исполнитель оказывает медицинские услуги в соответствии с требованиями нормативных документов, регламентирующих предоставление медицинских услуг. 2.2.Срок исполнения обязательств Исполнителя по настоящему договору определяется временем, необходимым для выполнения предусмотренных регламентирующими медицинскую деятельность нормативными документами профилактических, диагностических и лечебных мероприятий. Услуги считаются выполненными и принятыми с момента подписания акта выполненных работ. Сроки оказания услуг определяются датой и временем обращения Заказчика, согласовываются с ним и могут фиксироваться в медицинской карте либо в приложениях/дополнительных соглашениях к настоящему Договору. 2.3.Заказчик подтверждает, что до заключения настоящего договора он полностью проинформирован Исполнителем о сущности диагностических и лечебных мероприятий, проводимых в отношении него в данном медицинском учреждении. Настоящий договор подтверждает добровольное согласие Заказчика на получение вышеназванных медицинских услуг. Исполнитель гарантирует, что Заказчику предоставлены все интересующие его сведения об основных потребительских свойствах оказываемых Заказчику медицинских услуг, их стоимости, об условиях и порядке их предоставления и получения Заказчиком, сведения о квалификации и сертификации специалистов, оказывающих медицинские услуги непосредственно Заказчику по настоящему договору, в том числе о возможных неблагоприятных последствиях, с которыми может столкнуться Заказчик при получении медицинских услуг не по вине Исполнителя. Заказчик проинформирован о требованиях, обеспечивающих качественное оказание медицинских услуг, а также о возможных последствиях несоблюдения данных требований, об обстоятельствах, зависящих от Заказчика, которые могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги.  2.4.Также Заказчик подтверждает, что до заключения настоящего договора ему доведена информация о возможности и порядке получения медицинских услуг на бесплатной основе в учреждениях здравоохранения.  2.5.Предоставление платных медицинских услуг производится по адресу местонахождения медицинского учреждения. 2.6.Заказчик предупрежден, что ему не будет оказана медицинская услуга, если он находится в состоянии опьянения (наркотическом, алкогольном, токсическом), и при наличии противопоказаний.  2.7.Акт выполненных работ подтверждает факт предоставления услуг только при наличии в нем подписи работника Исполнителя (специалиста), оказавшего услугу. | | | | | | | | | | |
| **3.СТОИМОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ** | | | | | | | | | | |
| 3.1.Стоимость каждой услуги (сеанса, исследования) по настоящему договору устанавливается в Дополнительном соглашении(-ях) к нему.  3.2.Оплата услуг по договору осуществляется до начала их оказания наличными денежными средствами в кассу Исполнителя или с использованием платежных банковских карт по выбору Заказчика либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.  3.3.Исполнитель обязан выдать Заказчику в соответствии с законодательством Российской Федерации документ, подтверждающий произведенную оплату медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца).  3.4.При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Заказчика с учетом уточненной информации. Стоимость дополнительно оказанных услуг оплачивается Исполнителю в пятидневный срок с момента подписания акта выполненных работ.  3.5.Денежные средства за оказанные платные медицинские услуги, оплаченные по настоящему договору, не подлежат возврату через страховые компании по программам добровольного и/или обязательного медицинского страхования. | | | | | | | | | | |
| **4.ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН** | | | | | | | | | | |
| **4.1.Исполнитель имеет право:** | | | | | | | | | | |
| 4.1.1.Оказывать медицинские услуги при наличии сертификата соответствия и лицензии на соответствующие медицинские услуги, разрешения на предоставление платных медицинских услуг.  4.1.2.Привлекать для исполнения обязательств по настоящему договору специалистов из других лечебно-профилактических учреждений, а также использовать их медицинское оборудование и технику для проведения диагностических исследований, отсутствующих у Исполнителя. 4.1.3.Получать от Заказчика необходимые для оказания медицинских услуг сведения.  4.1.4.Отказаться от исполнения обязательств по договору при невыполнении Заказчиком требований, обеспечивающих качественное и своевременное предоставление платных медицинских услуг, и потребовать возмещения причинённых его прекращением убытков. | | | | | | | | | | |
| **4.2.Исполнитель обязан:** | | | | | | | | | | |
| 4.2.1.При оказании медицинских услуг использовать методы профилактики, лечения и медицинские технологии, разрешенные к применению в установленном законом порядке.  4.2.2.Обеспечить Заказчика информацией, включающей в себя сведения о местонахождении учреждения, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, а также сведения о наличии сертификата соответствия, лицензии на медицинскую деятельность, о квалификации и сертификации специалистов.  4.2.3.В ходе оказания услуги проинформировать Заказчика о необходимости изменения способа, метода оказания услуги.  4.2.4.Предоставлять медицинские услуги в сроки, установленные настоящим договором. | | | | | | | | | | |
| **4.3. Заказчик имеет право:** | | | | | | | | | | |
| 4.3.1. До заключения настоящего договора и после получать от Исполнителя информацию о сущности диагностических и лечебных мероприятий, проводимых в отношении него в данном медицинском учреждении, об основных потребительских свойствах оказываемых Заказчику медицинских услуг, их стоимости, об условиях и порядке их предоставления и получения, сведения о квалификации и сертификации специалистов, которые будут оказывать медицинские услуги непосредственно Заказчику по настоящему договору, о возможных неблагоприятных последствиях, с которыми может столкнуться Заказчик при получении медицинских услуг не по вине Исполнителя, о требованиях, обеспечивающих качественное оказание медицинских услуг, а также о возможных последствиях несоблюдения данных требований, об обстоятельствах, зависящих от Заказчика, которые могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, о возможности и порядке получения медицинских услуг на бесплатной основе в учреждениях здравоохранения, о требованиях нормативных актов по предоставлению платных медицинских услуг, условиях предоставления этих услуг, о льготах, предоставляемых при оказании медицинских услуг в соответствии с законами и иными нормативными актами, о сертификате соответствия и лицензии на медицинскую деятельность и другую информацию относительно оказываемых услуг по настоящему договору. | | | | | | | | | | |
| 4.3.2.Получить медицинские услуги, соответствующие обязательным требованиям отраслевых стандартов и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи.  4.3.3.При несоблюдении медицинским учреждением сроков исполнения услуг Заказчик по своему усмотрению вправе:  - назначить новый срок оказания услуги;  - потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;  - потребовать исполнения услуги другим специалистом;  - расторгнуть настоящий договор и потребовать возмещений убытков. | | | | | | | | | | |
| 4.3.4.Использовать по согласованию с врачом медикаменты, препараты и другие средства для исполнения медицинской услуги, приобретенные на личные средства пациента. 4.3.5.Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением условий договора по вине Исполнителя, либо обоснованном возврате денежных средств за неоказанные услуги, что оформляется в установленном порядке (предъявление документа, удостоверяющего личность заявителя, заявление с указанием фамилии, имени, отчества и причин возврата, акт или другие документы). До возврата денежных средств Заявителю Исполнитель в течение десяти дней проверяет обоснованность заявленного требования.  Возврат денежной суммы производится в соответствии с требованиями нормативных документов, регламентирующих порядок ведения кассовых операций. | | | | | | | | | | |
| **4.4.Заказчик обязан:** | | | | | | | | | | |
| 4.4.1.Оплатить оказанные Исполнителем медицинские услуги в сроки и в порядке, определенным настоящим договором.  4.4.2.Выполнять требования, обеспечивающие качественное и своевременное оказание Исполнителем медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого достоверных сведений. | | | | | | | | | | |
| **Заказчик принимает на себя обязательство соблюдать график наблюдения у врача, график посещения врача для своевременного оказания медицинской услуги, в том числе - информировать врача о состоянии своего здоровья в процессе лечения в оговоренных временных рамках и информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных и сопутствующих заболеваниях, аллергических реакциях на лекарственные препараты; приходить на прием в точно назначенное время; точно выполнять назначения врача; своевременно оплачивать услуги. При возникновении обстоятельств, препятствующих исполнению перечисленных обязанностей Заказчика, в разумный срок обязан известить об этом Исполнителя.** | | | | | | | | | | |
| 4.4.3.Ознакомиться и подписать Информированное добровольное согласие (Приложение 2) и Согласие на обработку персональных данных (Приложение 1) в соответствии с требованием закона РФ от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных». | | | | | | | | | | |
| **5.ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН** | | | | | | | | | | |
| 5.1.Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством и договором за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, несоблюдение требований нормативных актов к качеству оказания медицинских услуг, в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также за иные недостатки, допущенные в процессе оказания медицинских услуг, только при наличии вины исполнителя.  5.2. Исполнитель освобождается от ответственности за возникшие осложнения или побочные дефекты при оказании медицинских услуг, если им были приняты все меры для надлежащего исполнения обязательств, а также в случае нарушения Заказчиком требований, обеспечивающих своевременное и качественное оказание услуг. 5.3.Заказчик несет ответственность, предусмотренную законодательством и договором за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, невыполнение требований, обеспечивающих своевременное и качественное оказание медицинских услуг, за последствия в случае невозможности исполнения договора, возникшей по его вине.  5.4.Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, если докажут, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством.  5.5.В случае, когда невозможность исполнения договора возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, Заказчик возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы.  5.6.При отказе Заказчика от оказываемой медицинской услуги по настоящему договору им возмещается Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы. 5.7.При отказе Исполнителя от исполнения своих обязательств по настоящему договору им возмещается Заказчику фактически понесенные им убытки. 5.8.Все возможные споры рассматриваются путем переговоров в рамках законодательства об охране здоровья граждан РФ. Претензионный порядок решения споров является для сторон обязательным. Срок рассмотрения претензии - 10 дней с момента ее получения. При недостижении согласия споры разрешаются в судебном порядке. 5.9.Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством.  5.10.Исполнитель по своим обязательствам несет ответственность лично перед Заказчиком медицинской услуги.  5.11..Исполнитель не несет ответственность перед Заказчиком за нарушение сроков оказания медицинских услуг, если их нарушение вызвано по вине Заказчика. | | | | | | | | | | |
| **6.ИЗМЕНЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА** | | | | | | | | | | |
| 6.1.Все дополнения и изменения к настоящему договору действительны лишь в том случае, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то лицами.  6.2.Договор может быть расторгнут по соглашению сторон и иным основаниям, предусмотренным законодательством.  6.3.Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.  6.4.Стороны в соответствии с п.2 ст.160 ГК РФ допускают при заключении настоящего договора использование факсимильного воспроизведения подписи с помощью средств механического или иного копирования, электронно-цифровой подписи либо иного аналога собственноручной подписи. | | | | | | | | | | |
| **7.СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА** | | | | | | | | | | |
| 7.1.Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует в течение 1 (одного) года. Если за один месяц до истечения срока действия настоящего Договора ни одна из Сторон не заявит в письменном виде о его расторжении, Договор признается продленным на прежних условиях сроком на один год.  7.2.Окончание срока действия договора не освобождает стороны от ответственности за его нарушение. | | | | | | | | | | |
| **8.АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН** | | | | | | | | | | |
| **Исполнитель** | | | | | **Заказчик** | | | | | |
| Медсанчасть ОАО «Татнефть» и г.Альметьевска | | | | |  | | | | | |
| ул.Радищева, дом 67, г.Альметьевск | | | | |  |  |  |  |  |  |
| От имени исполнителя: | | | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | /Нуриев Р.М. | |  | | | / | | |
| подпись | | | расшифровка | | подпись | | | расшифровка | | |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | Приложение 1 | | | | |
| **СОГЛАСИЕ** | | | | | | | | | | |
| **на обработку персональных данных** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Настоящим даю согласие на обработку Лечебно-профилактическим учреждением «Медико-санитарная часть ОАО «Татнефть» г.Альметьевска» (далее – Учреждение) *моих персональных данных* в целях создания условий на получение медицинской помощи и осуществления контроля над ее объемом и качеством. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие: *фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, номер полиса ОМС и ДМС, домашний и мобильный телефоны, место работы, место жительства и другие персональные данные, полученные медсанчастью при оказании медицинской помощи*. Настоящим предоставляю Учреждению право осуществлять следующие действия (операции) с персональными данными: систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (передачу в страховые медицинские организации в случае официального запроса в интересах пациента, в т.ч. трансграничную передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение (ненужное зачеркнуть).  Учреждение вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: автоматизированную обработку персональных данных и обработку персональных данных, осуществляемую без использования средств автоматизации.  Настоящее согласие действует бессрочно, если иное не указано ниже, и может быть отозвано мною путем направления в адрес Учреждения соответствующего письменного документа (заказное письмо с уведомлением о вручении) либо путем вручения лично под подписку уполномоченному представителю Учреждения. | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | | | / | | |
|  |  |  |  |  | подпись | | | расшифровка | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | Приложение 2 | | |
| **Информированное добровольное согласие (ИДС) пациента на получение медицинских услуг на платной основе** | | | | | | | | | | |
| **в ЛПУ «Медико-санитарная часть ОАО «Татнефть» и г.Альметьевска»** | | | | | | | | | | |
| (ФИО) | | | | | | | | | | |
| уполномочиваю Медсанчасть оказать мне мед.услуги, указанные в Договоре № а также в Дополнительном соглашении (ях) к нему на платной основе. Я понимаю необходимость проведения указанной манипуляции (процедуры). Мне полностью ясно, что во время указанной манипуляции (процедуры) или после нее могут развиться осложнения, что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения). Я уполномочиваю врачей выполнять любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях обследования и (или) лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций. Я согласен на получение названных в договоре медицинских услуг, а также в случае необходимости, дополнительных медицинских услуг на платной основе.  Я уведомлен(а) о порядках и условиях получения медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, но я выбираю получение медицинских услуг на иных условиях. Я удостоверяю, что текст моего ИДС на получение медицинских услуг на платной основе мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют. Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени, и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам: | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | | | / | | |
|  |  |  |  |  | подпись | | | расшифровка | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |