**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_**

г. Санкт-Петербург «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения **«Городская поликлиника № 43»,** именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице главного врача Родыгина Сергея Александровича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, именуемый в дальнейшем **«Заказчик»**, совместно именуемые в дальнейшем Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель оказывает, а Заказчик по своему желанию, сверх Территориальной программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи принимает и оплачивает следующие медицинские услуги (далее - Услуги):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование медицинской услуги | Ф.И.О. исполнителя | Кол-во | Цена за единицу, руб. | Стоимость, руб. |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| ИТОГО: |  |

1.2. Исполнитель действует на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности от 22.01.2018 № ЛО-78-01-008520, сроком действия бессрочно, выдана Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга, 191023, Санкт-Петербург, Малая Садовая ул., д. 1, e-mail: kzdrav@gov.spb.ru, единая информационно-справочная служба (812) 63-555-64. Копия указанной лицензии и учредительного документа Исполнителя могут быть выданы Заказчику по его требованию.

2. Условия предоставления услуг

2.1 Заказчик информирован о Программе государственных гарантий бесплатной медицинской помощи на территории Санкт-Петербурга \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (*Личная подпись Заказчика)*

2.2. Заказчик уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя в лице медицинского работника, предоставляющего 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 Заказчика

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Личная подпись Заказчика)*

2.3. Услуга оказывается Исполнителем в течение 5 дней с момента заключения настоящего договора с Заказчиком, либо в другой период времени, дополнительно согласованный сторонами.

2.4. Услуга оказывается на возмездной (платной) основе в соответствии с прейскурантом цен Исполнителя, утвержденными на день оплаты.

2.5.Медицинская услуга оказывается \_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

2.6.Услугу по настоящему договору оказывает **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

2.7. Исполнитель гарантирует качественное оказание Услуги. Исполнитель информирует Заказчика о возможных последствиях оказания Услуги.

2.8. Сдача-приемка оказанных Услуг подтверждается подписанием Сторонами Отчета (акта) об оказании платных медицинских услуг.

3. Обязанности сторон

3.1 Исполнитель обязуется:

- Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг лицензии Исполнителя и требованиям, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенных на территории Российской Федерации.

- Обеспечить Заказчика в установленном порядке информацией о режиме работы учреждения, перечень платных услуг с указанием их стоимости по прейскуранту, условиях их получения, сведения о квалификации специалистов.

- Информировать Заказчика о предполагаемых методах обследования и лечения, возможности развития осложнений при проведении лечебно-диагностических манипуляций или операций.

- Оформить медицинские документы в установленном законом порядке, по окончании оказания Услуги выдать Заказчику медицинские документы (выписку, заключение).

3.2. Исполнитель вправе:

- перенести время оказания Услуги либо отказать в оказании Услуг Заказчику в случае обнаружения у него противопоказаний, в том числе по общему состоянию организма или при возникновении обстоятельств, препятствующих оказанию Услуги;

- в любое время отказать в оказании Услуги при несоблюдении Заказчиком предписаний, требований и рекомендаций специалистов Исполнителя, как в ходе подготовки к оказанию Услуги, так и при непосредственном ее оказании.

3.3 Заказчик обязуется:

- до получения Услуги сообщить лечащему врачу все сведения о наличии у него других заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, а также другую информацию, влияющую на оказание Услуг, протекание или лечение заболевания;

- выполнять все требования медицинского персонала Исполнителя во время всего курса лечения: рекомендации лечащего врача, режима лечения и работы учреждения, правил санитарно-противоэпидемиологического режима, техники безопасности и пожарной безопасности;

- не употреблять спиртные напитки в течение 24 часов перед получением Услуги;

- расписываться в медицинских, иных документах;

- оплатить Исполнителю Услуги, указанные в пункте 1.1. настоящего договора согласно утвержденному прейскуранту;

- ознакомиться с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге.

3.4. Заказчик вправе:

- перенести ранее назначенный ему срок оказания Услуги на другое время, уведомив об этом Исполнителя не позднее, чем за 24 часа,

- отказаться от исполнения настоящего договора в любое время.

4. Цена и порядок расчетов

4.1. Стоимость Услуг, указанных в п. 1.1. настоящего Договора, устанавливается Прейскурантом Исполнителя, действующим на момент заключения настоящего договора и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_\_ копеек.

4.2. Заказчик оплачивает стоимость Услуги в порядке 100 % предварительной оплаты до получения Услуги в кассу Исполнителя наличными денежными средствами с применением контрольно-кассовой машины.

4.3. Исполнитель не имеет права повышать для Заказчика стоимость оплаченной Услуги. В случае, если Заказчик не получил Услугу по своей вине в назначенное время, а стоимость Услуги за это время увеличится, Исполнитель имеет право требовать от Заказчика соответствующей доплаты.

4.4. В случае, если Исполнитель откажет в оказании Услуги Заказчику согласно п. 3.2, а также в случае, если Заказчик откажется от получения Услуги, ранее оплаченные за оказание Услуги суммы возвращаются Заказчику. Возврат Исполнителем оплаченных Заказчиком сумм производится по письменному заявлению Заказчика с приложением кассового чека, подтверждающего ранее произведенную оплату и предъявлением его паспорта.

5. Ответственность сторон

5.1. Все споры, вытекающие из настоящего договора, стороны будут решать путем переговоров. При не достижении согласия спор подлежит передаче на рассмотрение суда в соответствии с законодательством РФ. В случае возникновения непредвиденных обстоятельств, не предусмотренных договором, стороны обсуждают их и принимают совместное решение.

5.2. Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком в случаях, предусмотренных законодательством РФ при наличии его вины.

5.3. Исполнитель не несет ответственности в случае не выполнения Заказчиком каких-либо требований и указаний Исполнителя.

5.4. При несоблюдении Исполнителем срока оказания Услуги Заказчик в праве по своему выбору: - назначить новый срок оказания Услуг; - потребовать исполнения Услуги другим специалистом; - расторгнуть договор и потребовать возмещения стоимости Услуги.

5.5. При отказе от Услуги в ходе ее оказания или в случае не возможности оказания Услуги по вине Заказчика, Заказчик возмещает Исполнителю фактические затраты.

6. Прочие условия

6.1. Права и обязанности Заказчика по настоящему договору действуют в отношении несовершеннолетнего или недееспособного лица и его законного представителя в соответствии с действующим законодательством. Законный представитель несовершеннолетнего или недееспособного пациента несет ответственность за соблюдение обязанностей, установленных договором по отношению к Заказчику.

6.2. В ходе оказания Услуги по соглашению сторон на основании дополнительного договора, Заказчику могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, связанные или вытекающие из Услуг, оказываемых по настоящему договору.

6.3. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до полного надлежащего его исполнения, в случае, если настоящий договор заключен на однократное предоставление услуг.

В случае отказа от исполнения настоящего договора со стороны Заказчика (прекращение настоящего договора по инициативе Заказчика), Заказчик обязан письменно уведомить Исполнителя (подать заявление на имя главного врача) о прекращении настоящего договора.

6.4. Настоящий договор может быть изменен, продлен или досрочно расторгнут по соглашению сторон в письменной форме.

6.5. Стороны допускают использование факсимильного воспроизведения подписи уполномоченного представителя Исполнителя с помощью средств механического или иного копирования, электронно-цифровой подписи либо иного аналога собственноручной подписи.

6.6. Настоящий договор составлен в двух экземплярах для каждой из сторон, имеющих одинаковую силу.

Подписи сторон

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель | Заказчик |
| СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 43»ИНН 7805039571 ОГРН 1027802751701 198207 г. Санкт-Петербург,Ленинский пр., 123, к. 2тел. 241-37-09 факс 241-37-10e-mail: p43@zdrav.spb.ruГлавный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ С.А. Родыгин м.п. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ПАСПОРТ РФ серия \_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес места жительства: Санкт-Петербург г., \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ул., д. \_\_\_\_, к. \_\_\_\_, кв. \_\_\_\_домашний телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_, мобильный телефон: +8(\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  |

Приложение

к договору на оказание платных медицинских услуг

**Информированное добровольное согласие пациента (потребителя) на получение платных медицинских услуг**

Главному врачу

СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 43»

С. А. Родыгину

г. Санкт-Петербург «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_\_\_ г.

Я, пациент (ка) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, настоящим подтверждаю свое добровольное согласие и желание на получение платных медицинских услуг в СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 43» - Исполнитель в рамках договора об оказании платных медицинских услуг от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_ г. № \_\_\_\_(далее - Договор), при этом мне разъяснено и мною осознано, Исполнитель в доступной для меня форме:

1. Уведомил о возможности получения соответствующих видов и объемов и условиях предоставления мне медицинской помощи без взимания платы в рамках государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить,

2. Разъяснил, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг,

3. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат и что при проведении платных медицинских услуг, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.

4. 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, Исполнитель не несет ответственности за их возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(а) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.

6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды дополнительных медицинских услуг, которые я хочу получить в СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 43» и согласен(на) оплатить лечение.

7. Я ознакомлен с действующим в СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 43» прейскурантом и согласен оплатить стоимость оказываемой мне медицинской услуги в соответствии с ним.

8. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом и я даю свое согласие на их оплату в кассу (по безналичному перечислению) **в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** в сумме **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.**

9. Я проинформирован, что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 43».

10. Я ознакомлен с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утв. Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012 г. № 1006.

11. Я 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. № 390н (Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование. Антропометрические исследования. Термометрия. Тонометрия. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы). Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиогафия, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных). Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно. Медицинский массаж. Лечебная физкультура) (далее — Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь *(ненужное зачеркнуть*), в СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 43».

Медицинским 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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь *(ненужное зачеркнуть)*,

ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пациент: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_** года рождения

ПАСПОРТ РФ: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Настоящее соглашение подписано пациентом на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.*

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/
                                *Подпись*                               *расшифровка подписи*

**Российская Федерация**

**САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**"ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 43"**

**ЗАЯВЛЕНИЕ О СОГЛАСИИ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

г. Санкт-Петербург «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_г.

Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**проживающий(ая) по адресу**: Санкт-Петербург г., \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ул., д.\_\_\_\_, к.\_\_\_\_\_, кв.\_\_\_\_\_\_\_,

**документ, удостоверяющий личность:** паспорт РФ серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в соответствии с требованием статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку СПб ГБУЗ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 43 (далее Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства и регистрации, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я представляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включая в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), в т.ч. по договорам ДМС.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств при оказании мне медицинской помощи на обмен (приём, передачу) моих персональных данными с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Я проинформирован, что **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** гарантируетобработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 25 лет.

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

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен под расписку представителем 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 взаиморасчётов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

Настоящее согласие дано мною **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_ г.** и действует на период обработки моих персональных данных.

Подпись субъекта персональных данных\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Подпись, ФИО пациента полностью*

Заявление принял \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_ г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись специалиста)*