Приложение № 3

к приказу ГБУЗ ВО ССМП г. Вязники от 08.06.2018 №35

**Д О Г О В О Р №**

**на предоставление платной медицинской услуги**

г. Вязники \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_г

государственное бюджетное учреждение здравоохранения Владимирской области

« Станция скорой медицинской помощи г. Вязники» (ГБУЗ ВО «ССМП г. Вязники») в лице главного врача Устиновой Татьяны Степановны, действующей на основании Устава и Лицензии на осуществление медицинской деятельности Департамента здравоохранения администрации Владимирской области от 20.02.2012 ЛО-33 № 0000214(г. Владимир. Октябрьский пр., д.14 факс(4922) 32-33-73, 32-50-34), именуемая в дальнейшем «Исполнитель» и гражданин(ка) РФ

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

( ФИО )

именуемый в дальнейшем «Заказчик» заключили договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. Исполнитель  берет  на  себя  обязательство  оказать   Пациенту   платную

медицинскую услугу (ПМУ): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , отвечающую требованиям, предъявляемым  к  методам исследования ,транспортировки, медицинского сопровождения   разрешенным  на  территории  РФ,  а  Пациент  обязуется оплатить их в порядке и размере, установленных настоящим Договором.

**2. Права и обязанности сторон**

2.1. Пациент обязуется:

2.1.1. оплатить   платные медицинские   услуги в размере и порядке,  указанным  в   п. 3 настоящего Договора;

2.1.2. выполнять   все   требования медицинского персонала Исполнителя во  время выполнения ПМУ ;

2.1.3. соблюдать внутренний режим нахождения в станции СМП , салоне санитарной машины ;

2.1.4. при  выполнении   сообщать медицинскому персоналу о любых изменениях самочувствия;

2.1.5. отказаться  на  время выполнения ПМУ от употребления наркотиков и лекарств их содержащих, психотропных препаратов, алкоголесодержащих напитков;

2.2. Пациент имеет право:

2.2.1. требовать   от   Исполнителя предоставления сведений о наличии лицензии и сертификата, расчета стоимости оказываемых ПМУ;

2.2.2. получать  от  Исполнителя  для  ознакомления в доступной для понимания  и восприятия форме любые сведения о состоянии своего здоровья, о правилах выполнения ПМУ;

2.2.3. требовать   сохранения   конфиденциальности информации о факте  обращения за ПМУ, диагнозе, состоянии (врачебной тайны) ;

2.2.4. отказаться   от   получения ПМУ (до  момента  начала  ее   оказания) и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных  с подготовкой оказания ПМУ.

2.2.5. дать добровольное информированное согласие на предоставление платных медицинских услуг (приложение №2;), Согласие на обработку персональных данных приложение №1),

2.3. Исполнитель обязуется:

2.3.1. оказать   ПМУ качественно,   в      соответствии   с предусмотренными  медицинскими  технологиями  и  в  срок,  указанный    в данном Договоре;

2.3.2. использовать     в      процессе    выполнения ПМУ     только    лицензированные, запатентованные способы, рекомендованные российской  и  общемировой  медицинской практикой;

2.3.3. в  случае    невыполнения    взятых  обязательств   возместить   Пациенту стоимость ПМУ

2.3.4. соблюдать   конфиденциальность   всей информации, касающейся самочувствия и здоровья Пациента (врачебную тайну);

2.4. Исполнитель имеет право:

2.4.1. Требовать от Пациента соблюдать внутренний режим нахождения в станции СМП , салоне санитарной машины

2.4.2. в   одностороннем   порядке прекратить или приостановить выполнение своих обязательств  по  настоящему   Договору   при   неисполнении     Пациентом своих обязательств.

**3. Цена и порядок оплаты услуг**

3.1. Стоимость ПМУ устанавливается  действующим  прейскурантом  и  составляет

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_рублей.

               (указать сумму цифрами и прописью)

3.2. Оплата ПМУ осуществляется Пациентом в порядке  100-процентной  предоплаты

до получения Услуги путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя

3.3. При  возникновении   необходимости   оказания   дополнительных   услуг   при выполнению ПМУ   стоимость  услуг  может   быть   изменена Исполнителем с  согласия  Пациента,  данные  изменения  к  Договору   должны быть произведены в простой письменной форме и подписаны обеими сторонами Договора.

**4. Ответственность сторон**

4.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения  своих  обязанностей  по Договору  Исполнитель  несет  ответственность  в   размере     реального ущерба, причиненного Пациенту таким неисполнением.

4.2. В случае причинения вреда здоровью или жизни Пациента по  вине  Исполнителя он несет ответственность в соответствии с законодательством РФ.

4.3. Исполнитель  освобождается   от   ответственности   за     неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если докажет, что  причиной  такого неисполнения  (ненадлежащего  исполнения)  стало  нарушение  Пациентом   условий настоящего Договора.

**5. Прочие условия**

5.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, стороны будут по  возможности решать путем ведения переговоров. При  невозможности  достижения  согласия  спор подлежит передаче на рассмотрение суда в соответствии с законодательством РФ.

5.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и завершается получением Пациентом ПМУ

5.3. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе  любой  из   сторон с обязательным предварительным уведомлением другой стороны.

**6. Адреса и реквизиты сторон:**

Заказчик Исполнитель

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ государственное бюджетное учреждение

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ здравоохранения Владимирской области

(ФИО заказчика) «Станция скорой медицинской помощи г. Вязники»

Адрес местожительства

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ГБУЗ ВО «ССМП г. Вязники»)

ул. Благовещенская 31/15,

телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

г. Вязники Владимирская обл., 601441,

подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тел., факс (49233) 2-34-26,

ОКПО 43146872, ОГРН 1023302952144,

ИНН/КПП 3303005229/330301001

УФК по Владимирской области

(ГБУЗ ВО «ССМП г. Вязники» л/с 20286У72820)

Р/сч.: 00000000000000000 340 БИК: 041708001

ГРКЦ ГУ БАНКА РОССИИ по

Владимирской обл. г. Владимир

электронный адрес: [root@vzskorapom.viaz.elсom.ru](mailto:root@vzskorapom.viaz.elсom.ru)

ФИО исполнителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Приложение № 1*

*к Договору на оказание ПМУ*

**Согласие  
на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , в рамках Договора № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г.., в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 года М152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в ГБУЗ ВО «ССМП г. Вязники» (далее — Исполнитель) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактные телефоны, , данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за платной медицинской помощью при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Исполнителем мне платной 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 на оказание ПМУ

Исполнитель имеет право во исполнение своих обязательств по работе на оказание ПМУ на обмен (прием и передачу) моих персональных данных с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет

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

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

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Исполнителю по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Исполнителя.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Исполнитель обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Дата: \_\_ \_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_\_ г.

Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

*Приложение № 2*

*к Договору на оказание ПМУ*

**Информированное добровольное согласие пациента  
на предоставление платных медицинских услуг**

Главному врачу ГБУЗ ВО «ССМП г. Вязники» Устиновой Т.С..

На основании ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», от 21.11.2011 № 323-ФЗ и в соответствии с требованиями «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. № 1006 я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

в рамках Договора № \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_ г. , желаю получить платные медицинские услуги в ГБУЗ ВО «ССМП г. Вязники»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я ознакомился (ась) с «Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Владимирской области медицинской помощи», об условиях и сроках получения бесплатной скорой медицинской помощи информирован(а). Мне разъяснен порядок оказания бесплатной скорой медицинской помощи. Я ознакомлен с тем, что могу получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях на других условиях. Получив от сотрудников ГБУЗ ВО «ССМП г. Вязники» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг по скорой медицинской помощи , даю свое согласие на оказание мне платный медицинской услуги и готов ее оплатить.

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

3. Я осознаю и понимаю, что я должен(на) исполнять все рекомендации работников станции СМП . Несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима транспортировки, проведение обследования , могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

4. Я проинформирован(а)‚ что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной платной медицинской услуги именно в ГБУЗ ВО «ССМП г. Вязники».

5. Я проинформирован(а), что платные медицинские услуги не гарантируют внеочередного получения услуги.

6. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов платных медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Дата: \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_\_ г.

Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Настоящее соглашение подписано Пациентом после проведения разъяснительной беседы и является приложением к Договору об оказании платных медицинских услуг № от \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/