

**ДОГОВОР на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.**

ГБУЗ ЯО «Ярославская областная клиническая наркологическая больница», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Волкова Александра Васильевича, действующего на основании Устава, лицензии на виды медицинской помощи №ЛО76-01-001930 от 14.06.2016г, действующую бессрочно, выдана Департаментом здравоохранения и фармации Ярославской области (150000, г.Ярославль, ул.Советская, д. 11/9, тел: (4852) 30-37-58), ОГРН 1027600839408 (св-во от 20.08.2002 г, Инспекция Министерства Российской Федерации по налогам и сборам по Ленинскому р-ну г. Ярославля) с одной стороны, и \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.), именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Потребитель поручает, а Исполнитель обязуется провести медицинский осмотр Потребителя в соответствии с п.п. \_\_\_\_\_ преysкуранта платных медуслуг, установленными стандартами, Положением об организации платных медицинских услуг в учреждении на сумму \_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ коп. НДС не облагается.
2. Услуга оказывается специалистами, обладающими специальным образованием и профессиональными навыками, имеющий действующий сертификат специалиста, с применением необходимого медицинского оборудования и соответствующих медицинских технологий.
3. Оплата медицинской услуги производится наличными в кассу Исполнителя до оказания медицинской услуги (предоплата).
4. Потребитель обязуется сообщить медицинскому персоналу необходимые данные о состоянии здоровья, соблюдать требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинской услуги.
5. Исполнитель предоставляет Потребителю бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемой услуге (возможность получения, сроки) и разъясняет порядок оказания платной медицинской услуги (на информационном стенде, официальном сайте www.yaoknb.ru).
6. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до момента исполнения обязательств. Договор может быть расторгнут или изменен по соглашению сторон или в порядке, предусмотренном действующим законодательством. От имени Исполнителя договор подписывается главным врачом. Подпись главного врача выполнена в виде факсимильного оттиска. Оригинал подписи и его факсимильный оттиск имеют одинаковую юридическую силу. Подпись заверяется печатью учреждения.
7. Споры и разногласия решаются путем переговоров, с привлечением независимой экспертизы и в судебном порядке.
8. Договор может заключаться непосредственно Потребителем услуги, а также третьей стороной, являющейся заказчиком услуги в интересах Потребителя, с соблюдением действующего законодательства.

«ИСПОЛНИТЕЛЬ»

проспект Октября, дом 59, Ярославль, 150054  
(4852) 73-61-11 (Ярославль) (4855) 21-18-66 (Рыбинск)

Главный врач

мп

«ПОТРЕБИТЕЛЬ»

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Адрес, телефон \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие на предоставление медицинских услуг на платной основе**

На основании ст. 20 ФЗ «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» я в рамках Договора желаю получить платные медуслуги в Больнице, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я ознакомился (ась) с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи в Ярославской области, об условиях получения бесплатной медицинской помощи информирован(а). Я ознакомлен с возможностью получения аналогичной услуги в других медицинских организациях на других условиях.

2. 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, Больница не несет ответственности за их возникновение. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей Больницы. Несоблюдение указаний медицинского работника, предоставляющего платную медуслугу, могут снизить качество предоставляемой платной медуслуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я подтверждаю свое согласие на получение указанной медуслуги именно в данной Больнице и проинформирован(а), что платные мед услуги не гарантируют внеочередного получения услуги.

3. В соответствии с требованиями ст 9 ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006 №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в Больнице моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактные телефоны, 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 Больницей мне медицинской услуги я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Больницы, в интересах моего обследования.

Предоставляю Больнице право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Больница 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 (документов) на оказание платных медицинских услуг. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия либо в установленном действующим законодательством порядке. Настоящее согласие дано мной с момента подписания данного Договора и действует на период установленного нормативными актами сроками хранения медицинской документации.

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.

Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Настоящее соглашение подписано гражданином после проведения разъяснительной беседы и является приложением к Договору об оказании платных медицинских услуг. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /