##### Приложение 4

к Положению

«О предоставлении платных

медицинских услуг организациям и населению

в ГБУЗ С «Севастопольский противотуберкулезный диспансер»

ДОГОВОР № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на оказание платных медицинских услуг

город Севастополь « » 2015\_ год

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Севастополя «Севастопольский противотуберкулёзный диспансер»** (Свидетельство серия 34 № 004248180 от 12.12.2014 г., выданное ИФНС России по Ленинскому району г. Севастополя, лицензия на осуществление медицинской деятельности от 22.04.2010 г., выданная Министерством здравоохранения Украины), именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице главного врача Синцова Василия Владимировича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин (-ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(гражданство Российской Федерации, гражданство иного государства, лицо без гражданства)

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

(Ф.И.О., адрес регистрации, адрес места жительства, № контактного телефона)

действующий (-ая) в интересах несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица, реквизиты документа, удостоверяющего личность)

именуемый (-ая) в дальнейшем **«Пациент (Законный представитель)»**, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

I. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1. На условиях настоящего Договора Исполнитель обязуется оказать Пациенту (Законному представителю) на возмездной основе медицинские услуги согласно Приложению № 1, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешённым на территории Российской Федерации, а Пациент (Законный представитель) обязуется принять и оплатить медицинские услуги, оказанные Исполнителем в порядке и в сроки, установленные настоящим Договором.
2. Объем оказываемых по настоящему Договору услуг определяется потребностью и желанием Пациента (Законного представителя) и организационно-техническими возможностями Исполнителя.

Необходимым предварительным условием предоставления Исполнителем платных медицинских услуг является дача информированного добровольного согласия Пациента (Законного представителя) на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником Исполнителя в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

1. Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, содержатся в действующем на момент заключения настоящего Договора Прейскуранте платных медицинских услуг Исполнителя. Возможные изменения стоимости оказываемых услуг обязаны быть своевременно доведены медицинским работником Исполнителя до Пациента (Законного представителя).

В момент подписания настоящего Договора Пациент (Законный представитель) ознакомлен с Прейскурантом Исполнителя (Приложение № 2), понимает содержащуюся в нём информацию, согласен с действующими ценами на медицинские услуги, а также уведомлен о том, что оплаченные денежные средства по настоящему Договору не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

*подпись расшифровка подписи*

1. В момент заключения настоящего Договора Пациент (Законный представитель) информирован о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
2. Подписывая настоящий Договор, получив в доступной форме информацию о состоянии здоровья, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, а также о результатах проведенного лечения, Пациент (Законный представитель) дает свое согласие на обработку его персональных данных (Приложение № 2) и предоставление платных медицинских услуг, оговоренных в настоящем Договоре, в том числе и медицинских услуг, предусмотренных в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

подпись расшифровка подписи

1.6. Пациент (Законный представитель) уведомлен о том, что несоблюдение им указаний (рекомендаций) медицинского работника Исполнителя, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество оказываемой услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

подпись расшифровка подписи

* 1. Порядок и условия предоставления платных медицинских услуг, режим работы Исполнителя по предоставлению платных медицинских услуг (дни, часы, перечень специалистов), перечень и виды платной медицинской помощи и их стоимость определены Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в ГБУЗ С «Севастопольский противотуберкулёзный диспансер», утвержденным Приказом главного врача.

1. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН
2. Исполнитель обязуется:
3. Осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.
4. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.
5. Предупредить Пациента (Законного представителя) о том, что при предоставлении ему платных медицинских услуг может возникнуть потребность предоставления ему на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором. В таком случае принятие решения о проведении дополнительных платных медицинских услуг на основании нового Договора остаётся за Пациентом (Законным представителем), равно как и ответственность за эффективность первоначальных платных медицинских услуг, достигнутых (не достигнутых) без необходимых дополнительных услуг.
6. Оказывать медицинские услуги без взимания платы в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, в соответствии с требованиями [Федерального закон](garantF1://12091967.0)а № 323 - ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и «Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006.
7. Обеспечивать применение разрешенных к применению в Российской Федерации лекарственных препаратов, питания, медицинских изделий, дезинфекционных средств, расходных материалов, изделий медицинского назначения, медицинского оборудования.
8. Своевременно и качественно оказывать Пациенту медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора, предоставлять Пациенту (Законному представителю) достоверную информацию об оказываемой медицинской помощи, разъяснения и рекомендации о необходимости и способах лечения.
9. Обеспечить Пациента (Законного представителя) в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о перечне платных медицинских услуг и их стоимости, порядке их оплаты, месте, порядке и условиях оказания услуг, сведениями о медицинских работниках (их квалификации, уровне образования), режиме работы (графике работы) медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг.
10. Вести медицинскую документацию в установленном порядке и обеспечить Пациенту (Законному представителю) непосредственное ознакомление по его требованию с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья (включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях и т. п.) и выдать копии этих медицинских документов.
11. Исполнитель имеет право:
12. Оказывать платные медицинские услуги в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе Пациента (Законного представителя) в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.
13. Требовать от Пациента (Законного представителя) предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему платных медицинских услуг.
14. Требовать от Пациента (Законного представителя) бережного отношения к имуществу Исполнителя и соблюдения им Правил внутреннего распорядка Исполнителя.
15. В одностороннем порядке изменить предварительно определенный объем оказываемых медицинских услуг в случае, если существует угроза жизни или здоровью Пациента.
16. Отказать в оказании платных медицинских услуг при выявлении противопоказаний у Пациента.
17. Отказать Пациенту в оказании медицинской помощи в случае нарушения им условий п. 2.3 настоящего Договора.
18. Отказать в оказании платных медицинских услуг Пациенту, находящемуся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.
19. Пациент (Законный представитель) обязуется:
20. Своевременно и в полном объеме оплачивать предоставленные Исполнителем медицинские услуги, в соответствии с условиями настоящего Договора.
21. До оказания медицинской помощи информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, точно выполнять назначения врача по лечению, а также указания, предписанные на период после оказания услуг.
22. Выполнять Правила внутреннего распорядка, режим Исполнителя, требования и предписания медицинского персонала Исполнителя как необходимые условия предоставления ему качественной медицинской помощи.
23. Выполнять личные санитарно-гигиенические процедуры, направленные на поддержание своего здоровья и санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя.
24. Бережно относиться к имуществу Исполнителя. В случае причинения ущерба Исполнителю вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действиями или бездействием Пациента и/или лиц его сопровождающих Пациент (Законный представитель) обязуется в течение 3-х (трёх) календарных дней возместить Исполнителю действительный нанесенный ущерб в полном объеме.
25. Пациент (Законный представитель) имеет право:
26. На выбор врача-специалиста.
27. На профилактику, диагностику, лечение в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.
28. На получение консультаций врачей-специалистов.
29. На получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, на выбор лиц, которым в интересах Пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.
30. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.
31. На отказ от медицинского вмешательства.
32. На возмещение вреда, причиненного здоровью Пациента при оказании ему медицинской помощи, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.
33. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.
34. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ
35. Стоимость и порядок расчетов предоставляемых медицинских услуг определяется Приложением № 1 к настоящему Договору.

IV. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ЕГО ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ

1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до фактического и полного выполнения обязательств, принятых Сторонами по настоящему Договору.
2. Настоящий Договор может быть изменён либо досрочно прекращён по обоюдному согласию Сторон, оформленному в виде Соглашения и подписанному Исполнителем и Пациентом (Законным представителем).
3. Настоящий Договор может быть досрочно прекращён в одностороннем порядке в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по настоящему Договору.
4. В случае полного отказа Пациента (Законного представителя) от получения медицинских услуг после заключения Договора и оплаты услуг Договор расторгается. При этом Пациенту (Законному представителю) возвращаются денежные средства в полном объёме. В случае частичного отказа от оказания услуг Пациенту (Законному представителю) подлежат возврату денежные средства пропорционально объёму оказанных услуг.

V. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.
2. Вред, причинённый жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению в соответствии с законодательством Российской Федерации.
3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Пациентом (Законным представителем) условий настоящего Договора, в случаях осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Пациента, а также в случае, если Пациент (Законный представитель) не проинформировал Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.
4. Все споры и разногласия, возникшие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров между Сторонами, а в случае не достижения согласия - в суде общей юрисдикции по правилам подведомственности и подсудности, установленным гражданским процессуальным законодательством.

VI. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

1. Исполнитель обязуется охранять информацию о факте обращения Пациента (Законного представителя) за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).
2. С согласия Пациента (Законного представителя) допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Пациента.
3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациента (Законного представителя) допускается в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

VII. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

1. Стороны договариваются, что при подписании Договора Исполнитель вправе использовать факсимильное воспроизведение подписи с помощью средства механического копирования (факсимиле), являющегося аналогом собственноручной подписи и имеющего юридическую силу.
2. Настоящий Договор составлен в 2-х (двух) экземплярах, которые имеют одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

Приложения:

1. Приложение № 1 - Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых Пациенту в соответствии с Договором, и сроки их предоставления.
2. Приложение № 2 - Согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных.
3. Приложение № 3 – Форма Акта приёма предоставленных платных медицинских услуг.

ИСПОЛНИТЕЛЬ ПАЦИЕНТ (ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ)

ГБУЗ С «Севастопольский противотуберкулёзный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

диспансер» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Юридический (почтовый) адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

299014, г. Севастополь, Фиолентовское шоссе, 17 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ОГРН 1149204047310 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН 9201015878 КПП 920101001 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ОКПО 00314394 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

л/с 20746Щ82850 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

р/с 40601810967111000001 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отделение Севастополь г. Севастополь (Ф.И.О., серия, номер документа, кем и когда выдан, адрес проживания, конт. телефон)

код БИК 046711001

**Главный врач**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_В. В. Синцов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись расшифровка подписи

Приложение № 1

к договору №

от « » 20\_\_\_ года

ПЕРЕЧЕНЬ

ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ В СООТВЕТСТВИИ С ДОГОВОРОМ,

И СРОКИ ИХ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ

В период с по ГБУЗ С «Севастопольский противотуберкулёзный диспансер»

предоставляет медицинские услуги Пациенту, как ниже указано:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование услуг | количество | стоимость |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ИТОГО: | | |  |

Стоимость медицинских услуг составляет

рублей копеек и определяется на основании действующего Прейскуранта платных медицинских услуг, утвержденного Исполнителем и согласованного с Пациентом (Законным представителем) в соответствии с п. 1.3 настоящего Договора.

Пациент (Законный представитель) оплачивает стоимость услуг в кассе бухгалтерии Исполнителя до их оказания. После оплаты услуг кассир бухгалтерии Исполнителя выдаёт Пациенту (Законному представителю) кассовый чек установленного образца, который является для специалиста Исполнителя, непосредственно оказывающего платные медицинские услуги, подтверждением их оплаты. После фактического оказания платных медицинских услуг Пациент (Законный представитель) подписывает Акт приёма оказанных услуг (Приложение № 3). По требованию Пациента (Законного представителя) сотрудниками бухгалтерии Исполнителя предоставляется справка установленного образца об оплате медицинских услуг для предъявления в налоговые органы Российской Федерации.

Главный врач

ГБУЗ С «Севастопольский противотуберкулёзный диспансер»

В. В. Синцов

Пациент (Законный представитель)

подпись расшифровка подписи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение № 2

к Договору № \_\_\_\_\_\_

от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

СОГЛАСИЕ

СУБЪЕКТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)

НА ОБРАБОТКУ ЕГО ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Ф.И.О. субъекта персональных данных: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Серия, номер и дата выдачи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Орган, выдавший документ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. законного представителя

субъекта персональных данных: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Серия, номер и дата выдачи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Орган, выдавший документ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Даю согласие Государственному бюджетному учреждению здравоохранения Севастополя «Севастопольский противотуберкулёзный диспансер» (далее - Оператор), расположенному по адресу: 299014 Российская Федерация, город Севастополь, Фиолентовское шоссе, дом 17, на обработку персональных данных для осуществления медико-профилактических целей, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицами, профессионально занимающимися медицинской деятельностью и обязанными в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну по следующему перечню персональных данных: фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), пол, дата рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, дата регистрации, страховой номер индивидуального лицевого счета, номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица, анамнез, диагноз, сведения об организации, оказавшей медицинские услуги, вид оказанной медицинской помощи, условия оказания медицинской помощи, сроки оказания медицинской помощи, объем оказанной медицинской помощи, результат обращения за медицинской помощью, серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии), сведения об оказанных медицинских услугах, примененные стандарты медицинской помощи, сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу.

Предоставляю Оператору право осуществлять ведение персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности.

В случае, если Оператор поручит обработку персональных данных другому лицу, ответственность перед субъектом персональных данных за действия указанного лица несет Оператор. Лицо, осуществляющее обработку персональных данных по поручению Оператора, несет ответственность перед Оператором.

Даю согласие субъекта персональных данных на обработку моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица) в течение срока хранения медицинской карты амбулаторного больного (форма медицинской документации № 025/у) - двадцать пять лет.

Оставляю за собой право отозвать согласие субъекта персональных данных (законного представителя) на обработку его персональных данных посредством составления соответствующего письменного заявления, которое будет вручено лично под расписку представителю Оператора или направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении.

«\_\_\_\_ »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_года

Субъект (Законный представитель субъекта) персональных данных:

подпись расшифровка подписи

Приложение № 3

к договору №

« » от 20\_\_\_ года

АКТ

ПРИЁМА ОКАЗАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

ПО ДОГОВОРУ НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ОТ № \_\_\_\_\_\_\_

город Севастополь « » 201\_\_ года

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Севастополя «Севастопольский противотуберкулёзный диспансер», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Синцова Василия Владимировича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин (-ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. пациента (законного представителя))

действующий (-ая) в интересах несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица:

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

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

составили настоящий Акт о нижеследующем:

В период с\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по ГБУЗ С «Севастопольский противотуберкулёзный диспансер» оказаны медицинские услуги Пациенту в составе:

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

Всего оказано услуг на сумму:

Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Пациент (законный представитель) претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

Главный врач пациент (законный представитель)

ГБУЗ С "Севастопольский противотуберкулёзный

диспансер"

В. В. Синцов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись расшифровка подписи