

Договор
на оказание платных медицинских услуг

г. Челябинск

от 1 января 0001 г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Диагностический центр г.Челябинск", именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице главного врача Козловской В.В., действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. «Исполнитель» обязуется оказать «Пациенту» платную(ые) медицинскую(е) услугу(и)

Подпись пациента

расшифровка подписи

4.4. Пациент проинформирован о том, что данная услуга может быть оказана ему бесплатно, в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий оказания медицинской помощи гражданам РФ, проживающим в Челябинской области.

5. Ответственность сторон

5.1. В случае ненадлежащего оказания медицинской услуги «Пациент» вправе по своему выбору потребовать:

- безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги;
- соответствующего уменьшения цены оказанной услуги;
- возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги в других медицинских учреждениях.

5.2. «Пациент» обязан полностью возместить медицинскому учреждению понесенные убытки, если оно не смогло оказать услугу или было вынуждено прекратить ее оказание по вине пациента.

6. Порядок расторжения договора

6.1. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон.

6.2. «Пациент» вправе расторгнуть договор об оказании услуги и потребовать полного возмещения убытков, если в установленный договором срок недостатки оказанной услуги не устранены «Исполнителем». «Пациент» вправе расторгнуть договор также в случае, если им обнаружены существенные недостатки оказанной услуги или иные существенные отклонения от условий договора.

6.3. Договор может быть расторгнут и по другим основаниям, предусмотренным законодательством.

7. Прочие условия

7.1. Стороны согласились, что при заключении и исполнении настоящего Договора они вправе пользоваться факсимильным воспроизведением подписи с помощью средств механического и иного копирования, электронно-цифровой подписи либо иного аналога собственноручной подписи.

7.2. За частичное или полное неисполнение настоящего Договора Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ. Вред, причиненный жизни или здоровью «Пациента» в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению «Исполнителем» в соответствии с законодательством РФ.

7.3. «Исполнитель» ставит в известность, что в случае сомнительного результата исследований на вирусный гепатит В, С срок увеличивается до 5 (пяти) рабочих дней, на ВИЧ до 10 рабочих дней.

7.4. По желанию «Пациента» результат платных медицинских услуг (за исключением результатов анализов на ВИЧ, гепатит В и С), оказанных «Исполнителем» по настоящему Договору, может быть дополнительно предоставлен «Пациенту» посредством электронной связи на следующий, указанный «Пациентом» электронный адрес: .

7.5. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

7.6. Споры и разногласия решаются в судебном порядке.

7.7. До обращения в суд по поводу качества оказанных услуг стороны договорились о проведении независимой экспертизы.

7.8. Для обращения в суд по поводу расторжения или изменения условий договора обязательно предъявление претензии, которая рассматривается другой стороной в течение 15 дней.

***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**

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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ГБУЗ "Диагностический центр г.Челябинск".

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, ответили на все интересующие меня вопросы. Со своей стороны я высказал (а) все жалобы, особые реакции моего организма (головокружения и обмороки, наличие аллергических заболеваний и реакций, индивидуальной непереносимости лекарственных ранее перенесенных флебитов, коагулопатий и пр.), подтвердил(а) отсутствие у меня лекарственных аллергических реакций. 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" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

***СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных**

Свободно, своей волей и в своих интересах даю конкретное, предметное, информированное, сознательное и однозначное согласие ГБУЗ ДЦ, расположенному по адресу: 454071, Челябинская обл., г. Челябинск, ул. Артиллерийская, 93А, далее — «Оператор», на обработку персональных данных, (см. п.3) на следующих условиях:

1. Согласие дается мною в целях оказания медицинских услуг.

2. Настоящее согласие дается на осуществление следующих действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая, без ограничения: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), блокирование, удаление, уничтожение моих персональных данных, а также любых иных действий с учетом действующего законодательства РФ.

3. Перечень персональных данных обрабатываемых Оператором:

3.1. Фамилия, имя, отчество;

3.2. дата рождения;

3.3. пол;

3.4. тип обследования;

3.5. вид медицинской помощи;

3.6. адрес электронной почты;

3.7. телефон;

3.8. данные документа, удостоверяющего личность (тип, серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ);

3.9. СНИЛС;

3.10. данные медицинского полиса (серия, номер, страховая компания);

3.11. адрес проживания;

3.12. результаты лабораторных исследований.

4. Оператор имеет право передавать мои персональные данные на обработку в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5. Субъект персональных данных по письменному запросу имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных (в соответствии с п.7 ст. 14 ФЗ №152 «О персональных данных» от 27.07.2006 г.).

6. Настоящее согласие дается до момента прекращения оказания медицинских услуг и утраты правовых оснований обработки персональных данных, после чего персональные данные уничтожаются.

7. Согласие может быть отозвано путем направления соответствующего письменного уведомления в адрес Оператора по почте заказным письмом, с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Оператора, после чего Оператор обязуется в течение 30 (Тридцати) дней уничтожить персональные данные Субъекта.

Я подтверждаю свое согласие на передачу результатов исследований по открытым каналам связи сети Интернет, электронной почте.

8. Реквизиты сторон

ПАЦИЕНТ

серия №
Дата выдачи г.
Кем выдан
Адрес , , , .

ИСПОЛНИТЕЛЬ

ГБУЗ "ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
г. Челябинск"
454071, г. Челябинск, ул. Артиллерийская, 93А
ИНН/КПП 7447034588 / 745201001
л/с 20201602444ПЛ в Минфине
Челябинской области
р/с 03224643750000006900
ОТДЕЛЕНИЕ ЧЕЛЯБИНСК БАНКА
РОССИИ // УФК по Челябинской области
г. Челябинск

ПОДПИСЬ _____

Главный врач _____ В.В.Козловская