

ДОГОВОР №
на оказание платных медицинских услуг

г. Казань

Государственное автономное учреждение здравоохранения "Казанский эндокринологический диспансер", адрес местонахождения: 420073, г.Казань, ул. Г.Седова, д.3, именуемое в дальнейшем "Исполнитель" в лице

(Должность, Ф.И.О.)

действующий на основании доверенности №2 от 19.01.2023г., лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01181-16/00326680 от 16.12.2016 г. срок действия лицензии: бессрочно, выданной Министерством Здравоохранения Республики Татарстан г.Казань, 420012 ул. Бутлерова, д.40/11, телефон:+7(843)222-70-98 (перечень работ (услуг) прилагается), Свидетельства о государственной регистрации юридического лица от "12" апреля 2011 г. N 1021603632104, выданного Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №18 по Республике Татарстан, с одной стороны, и

потребителем

(Ф.И.О., адрес места жительства, телефон)

именуемым (ой) в дальнейшем "Потребитель",

заказчиком

(Ф.И.О., адрес места жительства, телефон)

именуемым (ой) в дальнейшем "Заказчик", с другой стороны, далее по тексту договора, именуемые совместно "Стороны", заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Заказчику) на возмездной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации в соответствии с перечнем видов медицинской деятельности, разрешенных лицензией Исполнителя, в соответствии с прейскурантом платных медицинских услуг (далее - Прейскурант), а Потребитель (Заказчик) обязуется своевременно оплатить оказанные медицинские услуги в порядке и размере, установленных настоящим договором.

1.2. Потребитель (Заказчик) подтверждает, что на момент подписания настоящего договора Исполнитель уведомил его в доступной форме о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Подписав настоящий договор, Потребитель (Заказчик) добровольно согласился на оказание ему указанных в п. 2.1.1. договора медицинских услуг на платной основе.

1.3. При заключении договора Потребителю (Заказчику) предоставлена в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- а) порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
- б) информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- в) информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- г) другие сведения, относящиеся к предмету договора.

1.4. Срок оказания медицинских услуг

В случае изменения срока оказания медицинских услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора.

1.5. До заключения договора Потребитель (Заказчик) уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную 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 Потребителя.

1.6. Срок ожидания планового приема не более 14 календарных дней со дня обращения, срок ожидания проведения диагностических инструментальных и лабораторных исследований - не более 14 календарных дней со дня назначения.

(подпись Потребителя, Заказчика)

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать Потребителю (Заказчику) платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых платных медицинских услуг (Приложение N 1, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора).

2.1.2. Выдать заключение с указанием результатов проведенных исследований и лечебных мероприятий.

2.1.3. Оказывать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим договором

2.1.4. Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему договору.

2.1.5. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством РФ порядке.

2.1.6. Вести учет видов, объемов, стоимости, оказанных Потребителю (Заказчику) медицинских услуг, а также денежных средств полученных от Потребителя (Заказчика).

2.1.7. Немедленно известить Потребителя (Заказчика) о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению объема оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

2.1.8. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя (Заказчика).

Без согласия Потребителя (Заказчика) Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.9. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

2.1.10. Обеспечить Потребителя (Заказчика) в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о месте оказания медицинских услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

2.1.11. Обеспечить Потребителю (Заказчику) непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию Потребителя (Заказчика) или его представителя копии медицинских документов, отражающих здоровье Потребителя (Заказчика) без дополнительной платы.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. При выявлении у Потребителя (Заказчика) противопоказаний к проведению лечебных и диагностических мероприятий отказать в их проведении.

2.2.2. Требовать от Потребителя (Заказчика) соблюдения:

- графика прохождения процедур;
- режима при приеме лекарственных препаратов;
- назначений, рекомендаций специалистов;
- лечебно-охранительного режима;
- правил внутреннего распорядка лечебного учреждения для пациентов;
- правил техники безопасности и пожарной безопасности;

2.2.3. Отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем (Заказчиком) правил внутреннего распорядка лечебного учреждения, рекомендаций и назначений специалистов и нарушении режима работы учреждения.

2.2.4. Использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Потребителя (Заказчика), достаточных для его идентификации.

2.3. Потребитель (Заказчик) обязуется:

2.3.1. Оплатить оказанные медицинские услуги согласно Прейскуранту в размере и сроки установленные в настоящем договоре.

2.3.2. Предоставить врачу до начала оказания медицинских услуг данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных в других лечебных учреждениях (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

2.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему договору.

2.3.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги, соблюдать Правила внутреннего распорядка учреждения, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

2.3.5. Согласовывать со специалистами оказывающими платные медицинские услуги употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей и пр.

2.4. Потребитель (Заказчик) имеет право:

2.4.1. Получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями порядков оказания медицинской помощи, стандартов и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи.

2.4.2. В доступной для него форме получить информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

2.4.3. Получать у Исполнителя для ознакомления любые данные, касающиеся протекания лечения, данные промежуточных обследований, результаты анализов, протоколы консилиумов и т.д.

3. СТОИМОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю (Заказчику) согласно п.2.1.1. настоящего договора, определяется в соответствии с действующим в учреждении Прейскурантом и (или) сметой платных медицинских услуг и составляет

(сумма цифрами и прописью)

стоимость медицинских услуг по настоящему договору остается неизменной в течение срока действия настоящего договора.

В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг согласно п. 2.1.8. настоящего договора их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного договора.

3.2. Расчеты между сторонами осуществляются:

наличными через кассу Исполнителя, расположенную по адресу: 420073, г. Казань, ул. Седова, д.3, в день оказания платных медицинских услуг оказанных в соответствии с Перечнем оказываемых Потребителю (Заказчику) платных медицинских услуг;

перечислением денежных средств на расчетный счет Исполнителя, указанный в настоящем договоре в срок _____.

3.3. Оплата медицинских услуг осуществляется Потребителем

3.4. При прекращении оказания медицинских услуг по инициативе Потребителя (Заказчика), Потребитель (Заказчик) обязуется оплатить Исполнителю фактически понесенные расходы.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. В случае предоставления Потребителю (Заказчику) медицинской услуги ненадлежащего качества по причинам, не подпадающим под действие п. 3.5. настоящего договора, либо в ненадлежащий срок, Исполнитель несет ответственность в соответствии с Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей".

4.2. Потребитель (Заказчик) имеет право требовать в установленном порядке от Исполнителя возмещения ущерба, нанесенного Потребителю (Заказчику) по вине Исполнителя. Во всех остальных случаях, не предусмотренных настоящим договором, ответственность Сторон наступает в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.3. При неисполнении Потребителем (Заказчиком) своих обязательств по настоящему договору Исполнитель не несет ответственности за качество предоставленных услуг.

5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

5.1 Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И УСЛОВИЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. Настоящий договор считается заключенным с момента подписания Сторонами и действует до исполнения Сторонами своих обязательств.

6.2. Договор может быть прекращен до истечения срока выполнения Сторонами своих обязательств:

6.2.1. по письменному соглашению Сторон при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы;

6.2.2. в одностороннем порядке по инициативе Потребителя (Заказчика) путем подачи заявления на имя руководителя учреждения, при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы;

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1. Стороны обязуются решать все возникшие по настоящему договору споры и разногласия путем переговоров. Сторона считающая, что ее права нарушены, вправе направить другой стороне письмо с изложением своих претензий. Сторона, получившая претензию, обязана ответить на нее в срок не позже 10 дней с момента получения претензии. В случае неполучения ответа Сторона, пославшая претензию, может обратиться в суд за защитой своих прав.

7.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

8. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

8.1. Подписывая договор, Заказчик и Потребитель дают Исполнителю согласие

8.1.1 на обработку персональных данных Заказчика и Потребителя в объеме и способах, указанным в Федеральном законе от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных", для целей исполнения обязательств по настоящему договору и в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

8.1.2 на передачу своих Персональных данных, содержащих сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Исполнителя и третьим лицам - в целях качественного предоставления медицинских Услуг Потребителю;

8.1.3. на осуществление действий (операций) со своими Персональными данными, включая их сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение;

8.1.4. Даю свое согласие ГАУЗ "КЭД" на передачу в МЗ РТ (местонахождение: г.Казань, 420012 ул. Бутлерова, д.40/11) для последующей передачи им в ГУ "ТФОМС РТ" (местонахождение: 420097, г.Казань, ул.Ветеринарная, д.6) в автоматизированной системе и без использования средств автоматизации персональных данных: моих или ребенка(опекаемого)(нужное подчеркнуть), включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, сведения о паспортных данных (серия, номер, выдавший орган, дата выдачи), а также сведения о факте обращения в медицинскую организацию за оказанием платных медицинских услуг, о полученных в медицинской организации платных медицинских услугах, для осуществления проверки соблюдения медицинской организацией законодательства об обязательном медицинском страховании.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме путем подачи соответствующего заявления в медицинскую организацию.

8.1.5 С содержанием пунктов 8.1.1-8.1.3 настоящего раздела Договора ознакомлен и согласен на обработку своих Персональных данных в порядке, установленном Договором и действующим законодательством:

(Подпись) (Фамилия, имя, отчество Потребителя полностью)

(Подпись) (Фамилия, имя, отчество Заказчика полностью)

9. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

"Исполнитель"

Государственное автономное учреждение здравоохранения
"Казанский эндокринологический диспансер"
420073, г. Казань ул. Г. Седова, д. 3.
Телефон - факс 8(843) 295-15-24
ИНН 1660024458
КПП 166001001
ОГРН 1021603632104
БИК 019205400
р/счет: 03224643920000001100
л/с ЛАВ000704019-ЭндокрД
к/с: 40102810445370000079
От имени Исполнителя:
по доверенности № _____
от " ____ " _____ г.

(должность)

(подпись, ФИО)

"Потребитель (Заказчик)"

Ф.И.О.

паспорт серия

выдан:

адрес регистрации:

телефон:

адрес местожительства:

(подпись)

**ПЕРЕЧЕНЬ
ОКАЗЫВАЕМЫХ ПОТРЕБИТЕЛЮ (ЗАКАЗЧИКУ)
ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Код	Наименование	Срок изготовления*	Цена
Итого:			

(заполняется в соответствии с действующим Прейскурантом, утвержденным в Государственном автономном учреждении здравоохранения "Казанский эндокринологический диспансер" и в случае оказания стационарной помощи отражается в Планах лечения и (или) обследования, составляемом индивидуально для Потребителя (Заказчика))

Подписи Сторон

"Исполнитель"
по доверенности № _____
от "___" _____ г.

"Потребитель (Заказчик)"

(должность)

(подпись, ФИО)

(ФИО)

**ПЕРЕЧЕНЬ
РАБОТ И УСЛУГ, КОТОРЫЕ ВПРАВЕ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ УЧРЕЖДЕНИЕ,
В СООТВЕТСТВИИ С ЛИЦЕНЗИЕЙ НА МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ**

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):
при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике; лечебному делу; медицинской статистике; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; функциональной диагностике;
при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии; терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: детской эндокринологии; клинической лабораторной диагностике; медицинской статистике; неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; офтальмологии; ультразвуковой диагностике; функциональной диагностике, эндокринологии;
при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: клинической лабораторной диагностике, ультразвуковой диагностике, функциональной диагностике, эндокринологии.
При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи;
при проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым).

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ОБ ОБЪЕМЕ И УСЛОВИЯХ ОКАЗЫВАЕМЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я, _____ в рамках договора об оказании платных медицинских услуг № _____ от _____ г., желаю получить платные медицинские услуги в Государственное автономное учреждение здравоохранения "Казанский эндокринологический диспансер", при этом мне разъяснено и мной осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников, Государственное автономное учреждение здравоохранения "Казанский эндокринологический диспансер" полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных услуг в Государственное автономное учреждение здравоохранения "Казанский эндокринологический диспансер" в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов(а) их оплатить.

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

3. Я согласен (а) 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, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, Государственное автономное учреждение здравоохранения "Казанский эндокринологический диспансер" не несет ответственности за их возникновение.

4. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен (а) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей Государственное автономное учреждение здравоохранения "Казанский эндокринологический диспансер".

5. Мной добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды медицинских услуг, которые я хочу получить в Государственное автономное учреждение здравоохранения "Казанский эндокринологический диспансер" и согласен(а) их оплатить:

Код	Наименование	Срок изготовления*	Цена
Итого:			

6. Я ознакомлен (а) с действующим Прейскурантом и согласен(а) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.

7. Виды выбранных мной платных медицинских услуг согласованы с врачом, и я даю свое согласие на их оплату в кассу (наличными) Государственное автономное учреждение здравоохранения "Казанский эндокринологический диспансер" в сумме:

(сумма прописью)

8. 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 медицинской услуги в Государственное автономное учреждение здравоохранения "Казанский эндокринологический диспансер".

9. Настоящее информированное согласие мной прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных видов медицинских услуг и даю свое согласие на их применение.

" Потребитель (Заказчик)":

паспорт: серия _____

подпись _____ / _____