**ФОРМА ДОГОВОРА**

**УВЕДОМЛЕНИЕ**

(в соответствии с п.15. «Правил предоставления медицинскими организациями

платных медицинских услуг», Утв. Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006)

Я, гражданин(ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ настоящим уведомлен(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника ГБУЗ РБ Верхне- Татышлинская ЦРБ, 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 моего здоровья.

Подтверждаю, что уведомлен(а) до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

Подпись «Пациента» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_\_\_\_**

на оказание платных медицинских услуг

с. Верхние Татышлы «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Верхне- Татышлинская центральная районная больница, зарегистрированное межрайонной инспекцией ИФНС России №34 по Республике Башкортостан , за основным государственным регистрационным номером 1020202338342 в Едином государственном реестре юридических лиц , именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице главного врача Зиятдинова Нияза Фаритовича , действующего на основании Устава и лицензии № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г., на осуществление медицинской деятельности, выданная Министерством здравоохранения Республики Башкортостан, с одной стороны и гражданин(ка) РФ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

                                                  (ФИО полностью)

проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

                                           (полный адрес)

паспорт серии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

  (наименование выдавшего органа)

код подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Потребитель ( далее – Пациент), с другой стороны, вместе именуемые Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту, на основании обращения его за медицинской помощью, следующие медицинские услуги: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, а Пациент обязуется оплатить эти услуги.

Пациент принимает на себя обязательство оплачивать Исполнителю затраты, связанные с оказанием ему медицинской помощи, а Исполнитель - обеспечивать оказание Пациенту медицинских услуг надлежащего качества в учреждении здравоохранения.

1.2. Оказание медицинских услуг производится по месту нахождения Исполнителя, по адресу: Республика Башкортостан, Татышлинский район, с. Верхние Татышлы, ул. Ленина, д.39Б

1.3. Пациенту разъяснены возможные варианты результата лечения, их исход, в том числе негативные последствия.

1.4. Медицинские услуги должны быть предоставлены в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, в том числе предъявляемыми к качеству медицинских услуг.

**2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

**2.1. Обязанности Пациента:**

2.1.1. Представлять Исполнителю документы, необходимые для лечения (обследования, освидетельствования) и другие материалы.

2.1.2. Возмещать Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по договору, в случае собственного отказа от получения услуг, в том числе в даче информированного добровольного согласия Исполнителю.

2.1.3. Соблюдение Правил оказания медицинских услуг Исполнителя.

2.1.4. Своевременно оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим договором.

2.1.5. Своевременно подписывать акты об оказании услуг.

2.1.6. Своевременно информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

2.1.7. Соблюдать правила поведения в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения.

2.1.8. Выполнять все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих ему по настоящему договору медицинские услуги, по лечению, в том числе соблюдать указания медицинского учреждения, предписанные на период после оказания услуг.

**2.2. Пациент имеет право:**

2.2.1. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с [п. 1.1](#Par41) настоящего Договора;

2.2.2. Предоставление Исполнителем дополнительных услуг предоставляется с согласия потребителя и оформляется дополнительным соглашением Сторон и оплачивается дополнительно.

2.2.3. До заключения настоящего Договора Исполнитель в письменной форме уведомляет Пациента о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (работающего у него медицинского работника), 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 Пациента;

2.2.4. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию (в том числе персональные данные Пациента), полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора.

**2.3. Обязанности Исполнителя:**

2.3.1. Обеспечивать своевременное предоставление Пациенту медицинской помощи надлежащего качества.

2.3.2. Вести персональный учет услуг, оказанных Пациенту, и представить Прейскурант цен на оказываемые платные услуги.

2.3.3. Обеспечить Пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения о:

а) порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;

б) данных о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

в) данных о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

г) других сведениях, относящихся к предмету настоящего договора;

2.3.4. Не передавать и не показывать третьим лицам, находящуюся у Исполнителя документацию о Пациенте;

2.3.5. Давать при необходимости по просьбе Пациента разъяснения о ходе оказания услуг ему и заинтересованным лицам, включая государственные и судебные органы;

2.3.6. Представить Пациенту список своих сотрудников, обладающих специальным образованием и профессиональными навыками, которые будут оказывать медицинские услуги;

2.3.7. Представлять Пациенту материалы и заключения о ходе оказания услуг в печатном виде;

2.3.8. Предоставить в доступной форме информацию 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;

2.3.9. Представлять для ознакомления Пациента копию:

а) Устава Исполнителя;

б) лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с данной лицензией.

2.3.10. Соблюдать порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

**2.4. Исполнитель имеет право:**

2.4.1. Получать от Пациента любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае не предоставления, либо неполного или неверного предоставления Пациентом информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

2.4.2. Требовать от Пациента соблюдения правил оказания медицинских услуг.

2.5. С учетом технологии выполнения медицинской услуги Пациент должен знать и осознавать вероятность (но не обязательность) побочных эффектов медицинского вмешательства и осложнений, что может причинить вред здоровью Пациента.

Возможные осложнения и побочные эффекты:

- аллергические реакции, на введение медицинских препаратов, постинъекционные осложнения;

- осложнения при проведении диагностических и лечебных исследований и манипуляций, которые могут потребовать проведение интенсивных терапевтических мероприятий или экстренного хирургического вмешательства.

2.6. Исполнитель не несет ответственности за наступление осложнений, если медицинская услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований и осложнения возникли и связи с тем, что побочные эффекты и осложнения, перечисленные (п.2.4.) настоящего Договора, возникают вследствие биологических особенностей организма и используемая технология оказания платной медицинской услуги не может полностью исключить их вероятность;

2.7. Исполнитель устраняет побочные эффекты и осложнения, которые потребовали оказания неотложной медицинской помощи, без дополнительной оплаты.

2.8. Пациент подтверждает, что он полностью ознакомлен с Прейскурантом цен, действующим на момент заключения договора.

**3. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА**

3.1. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Пациента, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

3.2. Условия получения пациентом медицинских услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

3.3. Сроки оказания медицинских услуг со дня заключения договора по «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ г. в соответствии с режимом работы учреждения.

3.4. До начала оказания услуг Исполнитель по требованию Пациента составляет Смету на предоставление платных медицинских услуг.

3.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Пациента. Без согласия Пациента Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

3.6. Предоставление Исполнителем дополнительных услуг оформляется дополнительным соглашением Сторон и оплачивается дополнительно.

3.7. В случае отказа Пациента после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. При этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

3.8. Исполнителем после исполнения договора выдаются Пациенту (законному представителю Пациента) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

3.9. 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, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3.10. К отношениям, связанным с исполнением настоящего Договора, применяются положения Закона Российской Федерации от 7 февраля 1992 г. N 2300-1 «О защите прав потребителей».

**4.СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ.**

4.1. Стоимость медицинских услуг:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Код медицинской услуги | Наименование медицинской услуги | Кол-во | Цена за ед. по прейскуранту | Стоимость медицинской услуги |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
|  | **ИТОГО** |  |  |  |  |

4.2. Оплата медицинской услуги производится безналичным перечислением предварительно 100 % оплатой

на расчетный счет лечебного учреждения через терминал.

1. **ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1. Исполнитель несет ответственность перед Пациентом за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента.

5.2. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам исполнения услуг Пациент вправе по своему выбору:

- назначить новый срок оказания услуги;

- потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;

- потребовать исполнения услуги другим специалистом;

- расторгнуть настоящий договор и потребовать возмещения убытков.

5.3. Нарушение установленных настоящим Договором сроков исполнения услуг должно сопровождаться выплатой Пациенту неустойки в размере 0,05 % за каждый день, срок оказания которой нарушен Исполнителем.

5.4. По соглашению (договору) Сторон указанная в п.п. 5.5 настоящего Договора неустойка может быть выплачена за счет уменьшения стоимости предоставленной медицинской услуги, предоставления Пациенту дополнительных услуг без оплаты, возврата части ранее внесенного платежа.

5.5. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение другой Стороной своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

5.6. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Пациентом принятых на себя обязательств в части оплаты услуг по настоящему Договору Исполнитель вправе требовать выплаты пени в размере 0,05 % от суммы неисполненного или ненадлежащее исполненного обязательства, либо прекратить оказывать услуги по настоящему договору.

5.7. Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по договору, обязана не позднее 2 дней с моменты их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

5.8. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.9. Исполнитель и его работники, оказывающие услуги по настоящему Договору, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании Пациенту медицинской помощи.

**6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

6.1. Пациент дает согласие на обработку персональных данных, в объеме и способами, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152- ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

6.2. Стороны берут взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего Договора, а также обязуются принимать все необходимые меры, чтобы избежать даже частичного нарушения конфиденциальности.

6.3. Стороны несут ответственность за последствия, вызванные нарушением обязательств по конфиденциальности, независимо от того, было ли это совершено преднамеренно или случайно.

6.4. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанное по настоящему договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой стороны. Те же действия, осуществляемые в отношении сведений, составляющих врачебную тайну, возможны исключительно в случаях, регламентированных действующим законодательством.

**7. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.**

7.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

7.2. Срок рассмотрения и ответа на письменную претензию составляет 10 (десять) календарных дней с момента ее получения.

7.3. При, не урегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке

**8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА.**

8.1. Настоящий договор заключен на срок с момента заключения договора до момента полного исполнения сторонами своих обязательств.

8.2. Расторжение настоящего договора допускается по соглашению сторон или по решению суда по основаниям, предусмотренным гражданским законодательством Российской Федерации.

8.3. Все изменения и дополнения к настоящему договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон.

**9. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ.**

9.1. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон, имеющих одинаковую юридическую силу.

9.2. Дополнения и изменения к настоящему Договору оформляются дополнительными соглашениями, подписанными Сторонами и являющимися неотъемлемой частью настоящего договора.

**10. АНТИКОРРУПЦИОННАЯ ОГОВОРКА.**

10.1. При исполнении своих обязательств по Договору, Стороны, их аффилированные лица, работники или посредники не выплачивают, не предлагают выплатить и не разрешают выплату каких-либо денежных средств или ценностей, прямо или косвенно, любым лицам, для оказания влияния на действия или решения этих лиц с целью получить какие-либо неправомерные преимущества или иные неправомерные цели.

При исполнении своих обязательств по Договору, Стороны, их аффилированные лица, работники или посредники не осуществляют действия, квалифицируемые применимым для целей Договора законодательством, как дача/получение взятки, коммерческий подкуп, а также действия, нарушающие требования применимого законодательства и международных актов о противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем.

10.2. В случае возникновения у Стороны подозрений, что произошло или может произойти нарушение каких-либо положений настоящей Статьи, соответствующая Сторона обязуется уведомить другую Сторону в письменной форме. В письменном уведомлении Сторона обязана сослаться на факты или предоставить материалы, достоверно подтверждающие или дающие основание предполагать, что произошло или может произойти нарушение каких-либо положений настоящей Статьи контрагентом, его аффинированными лицами, работниками или посредниками выражающееся в действиях, квалифицируемых применимым законодательством, как дача или получение взятки, коммерческий подкуп, а также действиях, нарушающих требования применимого законодательства и международных актов о противодействии легализации доходов, полученных преступным путем. После письменного уведомления, соответствующая Сторона имеет право приостановить исполнение обязательств по Договору до получения подтверждения, что нарушения не произошло или не произойдет. Это подтверждение должно быть направлено в течение десяти рабочих дней с даты направления письменного уведомления.

10.3. В случае нарушения одной Стороной обязательств воздерживаться от запрещенных в данном разделе действий и/или неполучения другой Стороной в установленный Договором срок подтверждения, что нарушения не произошло или не произойдет, другая Сторона имеет право расторгнуть Договор в одностороннем порядке полностью или в части, направив письменное уведомление о расторжении. Сторона, по чьей инициативе был расторгнут Договор в соответствии с положениями настоящей статьи, вправе требовать возмещения реального ущерба, возникшего в результате такого расторжения».

**11. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

Исполнитель: Пациент:

|  |  |
| --- | --- |
| **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Верхне- Татышлинская**  **центральная районная больница**  Юридический адрес: 452830 Российская Федерация, Республика Башкортостан, Татышлинский район, с.Верхние Татышлы, ул.Ленина, д.39Б  Тел/факс: (34778) 2-14-42  Адрес места оказания услуг:  452830 Российская Федерация, Республика Башкортостан, Татышлинский район, с.Верхние Татышлы, ул.Ленина, д.39Б  ОГРН 1020202338342  ИНН 0243000362,КПП 024301001  Банковские реквизиты (внебюджет)  Получатель: Министерство финансов Республики Башкортостан (ГБУЗ РБ Верхне- Татышлинская ЦРБ  л/с 20112041030)  Банк получателя: Отделение- НБ Республика Башкортостан г. Уфа  р/с 40601810400003000001,БИК 048073001  Главный врач  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Н.Ф. Зиятдинов    «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Выдан: «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес места жительства:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Пациент  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. |

Приложение № 1 к договору

**Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность ГБУЗ РБ Верхне- Татышлинская ЦРБ, в соответствии с** № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г., на осуществление медицинской деятельности, выданная Министерством здравоохранения Республики Башкортостан :

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу, анестезиологии и реаниматологии, вакцинации (проведению профилактических прививок), дезинфектологии, лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, лечебному делу, медицинской статистике, медицинскому массажу, наркологии, неотложной медицинской помощи, операционному делу, общей практике, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, стоматологии, стоматологии ортопедической, физиотерапии, функциональной диагностике, эпидемиологии;

2) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), неотложной медицинской помощи, общей врачебной практике (семейной медицине), организации здравоохранения и общественному здоровью, педиатрии, терапии;

3) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: педиатрии**,** терапии;

4) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности),анестезиологии и реаниматологии, гериатрии,дерматовенерологии, детской хирургии, инфекционным болезням; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; клинической фармакологии, неврологии; онкологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, профпатологии, психиатрии, психиатрии-наркологии, психотерапии,рентгенологии; стоматологии детской, стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; фтизиатрии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; эндоскопии, эпидемиологии;

5) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности), дерматовенерологии, онкологии, психотерапии.

3. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

2) при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерскому делу, акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности), анестезиологии и реаниматологии, диетологии, детской хирургии, кардиологии, лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, медицинской статистике, медицинскому массажу, инфекционным болезням, клинической фармакологии, неврологии, неонатологии, общей практике, операционному делу, организации сестринского дела, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), патологической анатомии, педиатрии, рентгенологии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, терапии травматологии и ортопедии, трансфузиологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии.

4. При оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

1) при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации по: скорой медицинской помощи.

5. При оказании паллиативной медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

1) при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях по: общей практике, онкологии, сестринскому делу, терапии;

2) при оказании паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях по: диетологии, онкологии, сестринскому делу, терапии.

7. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги):

1) при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); медицинским осмотрам профилактическим;

2) при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; медицинскому освидетельствованию на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического), медицинскому освидетельствованию кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приемные родители; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством, психиатрическому освидетельствованию;3) при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе профессиональной пригодности, экспертизе временной нетрудоспособности.

**Министерство здравоохранения Республики Башкортостан**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Почтовый адрес: 450002, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Тукаева, 23  Тел. +7 (347) 218-00-81, тел./факс: + (347) 218-00-62 E-mail: [minzdrav@bashkortostan.ru](mailto:minzdrav@bashkortostan.ru) | |

Приложение № 2 к договору

Сведения о режиме работы ЛПУ и сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации размещены на официальном сайте и на информационном стенде учреждения.

Приложение № 3 к договору

**государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан**

**Верхне- Татышлинская центральная районная больница**

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. полностью)

проживающий (ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(дата и название выдавшего органа)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения

|  |
| --- |
| **Этот раздел бланка заполняется только на несовершеннолетних, либо недееспособных лиц**  Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (Ф.И.О. полностью)  проживающий (ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (дата и название выдавшего органа)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель,  опекун, попечитель и т.д.) ребенка или лица, признанного недееспособным \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  (Ф.И.О. ребенка или недееспособного лица полностью) |

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, даю свое согласие на обработку ГБУЗ РБ Верхне-Татышлинская центральная районная больница (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), 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 Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор 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) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями и территориальным фондом ОМС, а также предоставлять в выбранные мною для оказания мне медицинской помощи медицинские учреждения копии принадлежащих мне 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 и действует до достижения целей обработки, либо до его отзыва мной, либо в соответствии с действующим законодательством.

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата/ подпись

Приложение № 4 к договору

**государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан**

**Верхне - Татышлинская центральная районная больница**

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

Я,

(Ф.И.О. гражданина)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ |  | ” |  |  |  | г. рождения, зарегистрированный по адресу: |

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

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

.

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

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. 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”.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  |  | | | | |
| (подпись) | | | |  | (Ф.И.О. медицинского работника) | | | | |
| “ |  | ” |  | | |  |  | г. |

Приложение № 5 к договору

**государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан**

**Верхне- Татышлинская центральная районная больница**

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я, нижеподписавшийся(-аяся), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. пациента, законного представителя, дата рождения, адрес)

настоящим подтверждаю, что руководствуясь законодательством об охране здоровья граждан, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме, проинформирован (а) 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 в том числе:

1) первичной медико-санитарной помощи, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной;

2) специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной.

Добровольно, в соответствии с ФЗ от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", даю свое согласие оказание платных медицинских услуг.

Настоящим также подтверждаю, что я уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) лечащего врача, 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 моего здоровья вплоть до его ухудшения и необратимым последствиям, включая летальный исход.

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

расшифровка подписи подпись пациента

(законного представителя)

Приложение № 6 к договору

**Копия действующей лицензии на осуществление медицинской деятельности**