

УВЕДОМЛЕНИЕ

(в соответствии с п.24. «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утв. постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 г. № 736)

Я, гражданин(ка) _____ настоящим уведомлен(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника ОБУЗ "Курская городская больница № 1 им. Н.С. Короткова", предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Настоящим подтверждаю, что руководствуюсь 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

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

Подпись «Заказчика» («Потребителя») _____

ДОГОВОР № _____ ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Курск

« _____ » _____ 202_ г.

ОБУЗ "Курская городская больница № 1 им. Н.С. Короткова", г. Курск, ул. Семеновская, 76, ОГРН 1024600967808 от 20.10.2012 г. выдано ИФНС по г. Курску, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Тутовой О.В., действующего(ей) на основании Устава и лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО41 – 01147-46/00324451 от 08.08.2019г., срок действия – бессрочно, выдана Министерством здравоохранения Курской области – г. Курск, Красная площадь, д.6, тел.51-47-20 (перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность организации содержится в лицензии, копия которой предоставляет (Заказчику) по его требованию и находится в доступной форме на информационных стенах (стойках) Исполнителя, а также на сайте Исполнителя, с одной стороны и _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель» с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказывать Заказчику платные медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего договора. Медицинская услуга _____ (одного месяца), с _____ до _____, кабинет № _____.

1.2. Медицинские услуги оказываются по месту нахождения Исполнителя: г. Курск, ул. Семеновская, 76 (здание стационара), г. Курск, ул. Садовая, 40 (здание поликлиники).

СТОИМОСТЬ УСЛУГИ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

2.1. Сумма договора составляет _____ (_____) рублей, согласно действующего прейскуранта цен.

2.2. Оплата производится Заказчиком в порядке 100% предоплаты, путем внесения наличных денежных средств в кассу, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

2.3. После оплаты, в соответствии с законодательством РФ выдается документ, подтверждающий произведенную оплату медицинских услуг (кассовый чек, квитанция или иные документы).

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. **Заказчик обязан:** - после подписания настоящего договора, оплатить полную стоимость медицинских услуг в размере, указанном в п.2.1 настоящего договора; - соблюдать правила внутреннего распорядка, режим работы, установленные в учреждении Исполнителя, информировать специалиста, оказывающего медицинскую помощь, об известных ему перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях и т.п.; - выполнять все указания (рекомендации) медицинского персонала по лечению, в том числе соблюдать указания, предписанные на период после оказания медицинских услуг.

3.2. **Заказчик имеет право** получать от медицинских работников, участвующих в оказании медицинской помощи, в доступной форме полную, достоверную информацию, касающуюся его здоровья и оказываемых медицинских услуг.

3.3. Заказчик может в любое время отказаться от получения медицинских услуг и получить обратно оплаченную сумму за вычетом фактически понесенных Исполнителем затрат, связанных с подготовкой и частичным оказанием услуг.

3.4. **Исполнитель обязан:** - оказывать Заказчику медицинские услуги конфиденциально, качественно и в соответствии с медицинскими стандартами; - предоставить Заказчику в доступной форме полную и достоверную информацию о видах, объеме, стоимости и порядке предоставления медицинской помощи; - 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; - предложить оформить информированное добровольное согласие Заказчика на проведение лечения, а также согласовывать с Заказчиком назначение дополнительных медицинских услуг, потребность в которых возникла в ходе исполнения настоящего договора - по окончании лечения выдать Заказчику медицинские документы установленного образца (выписка из истории болезни, лист временной нетрудоспособности).

3.5. **Исполнитель имеет право** получать от Заказчика любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему договору. В случае не предоставления, либо неполного или неверного предоставления информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему договору до предоставления необходимой информации.

3.6. При возникновении неотложных состояний, угрозы жизни «Пациента» самостоятельно определять объем необходимых обследований и оказания медицинской помощи, в т.ч. не предусмотренных настоящим договором. Такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. Стороны несут ответственность за неисполнение и ненадлежащее исполнение принятых на себя обязательств в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством РФ.

4.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если это произошло вследствие непреодолимой силы, по иным обстоятельствам, предусмотренным законодательством РФ, а также при невыполнении Заказчиком назначений медицинского работника Исполнителя, нарушением режимных ограничений, нарушением приема лекарственных средств, медицинских манипуляций, процедур, назначенных медицинским работником Исполнителя, самолечением Заказчика либо лечением одновременно у других специалистов без информирования об этом медицинского работника Исполнителя. Заказчик уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Заказчика.

ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

5.1. Изменение или расторжение договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

5.2. В случае отказа Заказчика после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

5.3. 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.

СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ

6.1. Договор вступает в силу с даты его подписания обеими сторонами и действует до момента исполнения обязательств сторонами.

6.2. Подписание настоящего договора «Пациентом» означает его добровольное согласие на медицинское вмешательство и предоставление медицинской услуги.

6.3. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

6.4. Все споры и разногласия, которые могут возникнуть при исполнении настоящего договора, стороны стараются урегулировать путем переговоров, а в случае не достижения соглашения, стороны передают спор на рассмотрение в соответствующий суд общей юрисдикции.

6.5. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

«Исполнитель»

Наименование: ОБУЗ «Курская городская больница №1 им. Н.С.Короткова» в лице: главного врача Тутовой О.В., действующего на основании Устава
Юридический адрес: 305004, г. Курск, ул. Семеновская, д.76. Тел.: (4712)70-27-92
ОГРН 1024600967808, ИНН/КПП 4629040291/463201001, Министерство финансов и бюджетного контроля Курской области (ОБУЗ «Курская городская больница № 1 им. им. Н.С. Короткова» л/с 20446X13030, р/с 03224643380000004400, БИК 013807906, Отделение Курск банка России/УФК по Курской области г. Курск ЕКС №40102810545370000038
Орган, осуществивший государственную регистрацию: ИФНС по г. Курску
Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-01147-46/00324451 от 08.08.2019 г., срок действия – бессрочно, выдана Министерством здравоохранения Курской области – г. Курск, Красная площадь, д.6, тел. (4712) 51-47-20
Главный врач: _____ (О.В.Тугова)

«Заказчик»

Фамилия, имя, отчество: _____ год рождения _____
Паспортные данные серия _____ № _____ дата выдачи _____
Адрес места жительства: _____
Телефон: _____

Подпись «Заказчика» («Потребителя») _____

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____, в соответствии с требованиями ст.9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку ОБУЗ «Курская городская больница №1 им. Н.С.Короткова» (далее- Оператор) моих персональных данных, указанных в Договоре № _____ об оказании платных медицинских услуг. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе также обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, иным способом, необходимым для исполнения обязательств по заключенному Договору.

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие путем составления письменного документа, который может быть направлен в адрес Оператора по почте или письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Оператора, при этом Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанных до этого по договору медицинских услуг.

(подпись Потребителя)