

Договор составлен в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг...»

До заключения договора Исполнитель уведомляет Потребителя (Заказчика) о том, что в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ, обязан соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в медицинском учреждении. 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. До заключения договора Потребитель ознакомлен с Прейскурантом цен на платные услуги ГАУЗ АО «Городская поликлиника № 4», порядком оказания платных медицинских услуг, расположенных на сайте медицинского учреждения, информационном стенде, в Контакт центре медицинского учреждения.

Потребитель проинформирован, что ГАУЗ АО ГП № 4» участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

_____ (фамилия, инициалы)

_____ (подпись)

«___» _____ 20__ г.

Договор на оказание платных медицинских услуг

г. Благовещенск

«___» _____ 20__ г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения Амурской области «Городская поликлиника № 4» (сокращенное наименование – ГАУЗ АО «ГП № 4»), адрес в пределах его места нахождения: 675000, Амурская область, г. Благовещенск, ул. Амурская, 213, ОГРН 1072801011337, ИНН 2801126062, лицензия на осуществление медицинской деятельности ЛО41-01123-28/00355719 от 10.08.2020, выдана Министерством здравоохранения Амурской области место нахождения: 675027, Амурская область, г. Благовещенск, ул. Воронкова 26/2, тел. 8(4162) 20-09-58, срок действия лицензии: бессрочно, перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией - Приложение № 1 к настоящему Договору, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны и

_____ (Ф.И.О., полностью)

именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель» (Заказчик) (законный представитель «Заказчика») с другой стороны, совместно именуемые «Стороны» заключили настоящий Договор о нижеследующем:

Понятия, используемые в настоящем Договоре

Для целей настоящего Договора используются следующие основные понятия:

«Платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;

«Заказчик» - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором в пользу потребителя;

«Потребитель» - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с настоящим Договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

«Исполнитель» - медицинская организация, независимо от организационно-правовой формы, а также индивидуальный предприниматель, оказывающие платные медицинские услуги в соответствии с Договором.

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю специализированные медицинские услуги согласно перечню видов медицинской деятельности, осуществление которых разрешено Исполнителю Лицензией, а Потребитель принять и оплатить их по прейскуранту Исполнителя в соответствии с условиями настоящего Договора. Перечень оказываемых услуг, их стоимость, сроки оказания услуг определяются Сторонами на основании ст.429.1 Гражданского Кодекса РФ.

Наименование и стоимость оказываемых медицинских услуг, указаны в таблице:

| № | Наименование услуги | Цена за ед. (руб.) | Количество услуг | Всего (руб.) |
|---|---------------------|--------------------|------------------|--------------|
| 1 | | | | |
| | | | | |
| | ИТОГО: | | | |

Сумма прописью:

1.2. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель уведомил его о том, что, подписав настоящий Договор Потребитель добровольно согласился на оказание ему указанных услуг на платной основе.

1.3. Исполнитель оказывает услуги по адресу: 675000, г. Благовещенск, ул. Амурская, 213.

1.4. Стоимость медицинских услуг указана на официальном сайте Исполнителя email: www.28gp4.ru.

1.5. Услуги предоставляются Исполнителем при наличии подписанного Потребителем информированного добровольного согласия на оказание платных медицинских услуг - Приложение № 2 к настоящему договору.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Предоставлять медицинские услуги при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, согласно - Приложению № 3.

2.1.2. Обеспечить оказание качественных медицинских услуг Потребителю с надлежащим качеством и с соблюдением требований, предъявляемых к методам диагностики и лечения, разрешенным на территории РФ согласно режиму работы Исполнителя и перечню предоставляемых медицинских услуг.

2.1.3. В случае возникновения препятствия для выполнения условий настоящего Договора Исполнитель обязан извещать об этом Потребителя (Заказчика).

2.1.4. Предоставить в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платных в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.1.5. В одностороннем порядке отказаться от исполнения Договора в соответствии со ст. 36 Закона РФ «О защите прав потребителей», если Потребитель после уведомления о необходимости устранить обстоятельства, снижающие качество оказываемой услуги, не устранил данные обстоятельства.

2.1.6. Требовать от Потребителя (законного представителя Потребителя) предоставления сведений и документов, необходимых для оказания медицинских услуг по настоящему Договору.

2.1.7. Исполнитель гарантирует право Потребителя на сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской услугой, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, составляющих врачебную тайну и обеспечивает ее конфиденциальность.

2.1.8. Ставить в известность Потребителя о предполагаемой сумме дополнительных расходов.

2.1.9. Без согласия Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.10. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема Исполнитель вправе направить Потребителя к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации или увеличить сроки оказания услуг.

2.1.11. Изменить дату и время приема Потребителя при нарушении графика приема, если это нарушение вызвано объективными причинами, т.е. не подлежащими прогнозу осложнениями, возникшими при лечении других пациентов, с целью окончания лечения текущему Пациенту.

2.1.12. Требовать оплаты оказанных услуг.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Отказать в оказании платной услуги при наличии медицинских противопоказаний со стороны здоровья Потребителя.

2.2.2. Отказать в оказании платной медицинской услуги при отсутствии медицинских показаний, а также при риске нанесения вреда здоровью Потребителю.

2.2.3. Отказать в оказании платной медицинской услуги при состояниях наркотического или алкогольного опьянения у Потребителя.

2.3. Потребитель обязан:

2.3.1. Оплатить оказание медицинской помощи на условиях, указанных в настоящем Договоре.

2.3.2. Выполнять, все назначения лечащего врача и медицинского персонала, а также соблюдать правила внутреннего распорядка Исполнителя.

2.3.3. Подписывать своевременно Акт об оказании платных медицинских услуг (Приложение № 2 к Договору).

2.3.4. Сообщить медицинскому персоналу все необходимые сведения о себе для успешного проведения лечебно-диагностического процесса.

2.3.5. Явиться для получения медицинских услуг в назначенное время.

2.3.6. Своевременно уведомить Исполнителя о наличии уважительной причины (болезни) для переноса сроков выполнения медицинских услуг.

2.3.7. Явиться в медицинское учреждение за 15 минут до назначенного времени приема к врачу и уведомить Исполнителя за 24 часа об отмене предварительной записи визита к врачу.

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. На охрану здоровья и медицинскую помощь.

2.4.2. На уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала.

2.4.3. Требовать предоставления услуг надлежащего качества, получать информацию о состоянии своего здоровья, о результатах оказания услуг, исчерпывающую информацию о предоставляемых услугах, не вмешиваясь в деятельность Исполнителя.

2.4.4. Выбирать лечащего врача с учетом специализации врача и его согласия.

2.4.5. Выбирать время приема у врача из имеющегося свободного.

2.4.6. На добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии с законодательством.

2.4.7. Получить документы для социального вычета.

2.4.8. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

2.4.9. Получить в доступной форме информацию о платных услугах, содержащую информацию о порядке оказания медицинских услуг и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; информацию о профессиональном образовании, квалификации медицинских работников медицинского учреждения; информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; другие сведения относящиеся к предмету Договора.

2.4.10. На сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, за исключением случаев предусмотренных законодательными актами.

2.4.11. Получить денежные средства, внесенные за оказание платных медицинских услуг, но не получившим данную медицинскую услугу.

3. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг

3.1. Все медицинские услуги оказываются Исполнителем при неукоснительном соблюдении лицензионных требований и условий, требований Закона РФ «О защите прав потребителей», Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, Федерального закона РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3.2. Потребитель подтверждает, что до подписания настоящего Договора, ознакомлен в доступной форме с информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения:

- порядок оказания медицинской помощи при медицинских заболеваниях;
- стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги;
- информацию о враче, оказывающем медицинскую услугу, его профессиональном образовании и квалификации, график работы;
- информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- сроки ожидания предоставления платных услуг;
- местонахождение, режим работы Исполнителя, перечень платных медицинских услуг с указанием их стоимости, условия предоставления и получения этих услуг;
- иные сведения, по требованию Потребителя, связанные с оказываемой медицинской услугой и подлежащие разглашению в соответствии с действующим законодательством.

3.3. Основанием для предоставления медицинских услуг является добровольное желание Потребителя получить медицинские услуги за плату, наличие медицинских показаний и технической возможности для оказания медицинских услуг.

3.4. Лечащий врач в соответствии с медицинскими показаниями и возможностями, после осмотра Потребителя устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты диагностики и лечения, последствия лечения, предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения, информирует об этом Потребителя.

3.5. Срок оказания услуг, а также их объем и стоимость зависят от состояния здоровья Потребителя диагноза, периода, необходимого для качественного и безопасного оказания услуг. Срок оказания услуги начинается с факта обращения Потребителя к Исполнителю.

3.6. Если в процессе оказания услуг возникла необходимость оказания дополнительных услуг, то они оказываются только после получения письменного согласия Потребителя.

3.7. Если в процессе оказания услуг потребуется предоставление дополнительных услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя, то они оказываются без взимания платы в соответствии с ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан РФ".

4. Цена договора и порядок расчета

4.1. При подписании настоящего Договора Потребитель (Заказчик) оплачивает медицинские услуги.

4.2. Потребителю выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек, квитанция об оплате медицинских услуг по установленной форме, Договор включая его приложения).

4.3. Расчет с Исполнителем осуществляется Потребителем (Заказчиком) путем перечисления средств на расчетный счет Исполнителя, указанный в настоящем Договоре либо наличными денежными средствами в кассу учреждения.

4.4. Объем услуги может быть изменен в процессе оказания медицинской услуги, если этого потребуют интересы Потребителя, по его письменному разрешению.

4.5. Срок начала оказания услуг _____ срок окончания оказания услуг _____

4.6. К отношениям, связанным с исполнением настоящего Договора, применяются положения Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».

5. Ответственность сторон

5.1. В случае неисполнения или частичного исполнения услуг по настоящему Договору Исполнитель обязуется вернуть Потребителю ранее внесенную сумму предоплаты за вычетом стоимости уже выполненных услуг.

В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом Потребитель оплачивает фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

5.2. Исполнитель не несет ответственности перед Потребителем в случаях:

- сообщения Потребителем Исполнителю неполных и/или неточных сведений, необходимых для диагностики и лечения (об истории жизни и заболевания, других перенесенных заболеваниях, наследственных болезнях, аллергических и иных реакциях и пр.);
- невыполнения назначений и рекомендаций лечащего врача;
- несоблюдения Потребителем, рекомендованного лечащим врачом лечебно-охранительного режима, лечебного питания, употребление во время лечения алкоголя, наркомания, других токсических средств или лекарств, которые не назначались;
- несоблюдения во время лечения установленного внутреннего распорядка и режима работы Исполнителя.

6. Порядок и условия выдачи медицинской документации

6.1. Медицинская документация (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов) отражающая состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых, при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях выдается Потребителю (законному представителю Потребителя) после исполнения Договора Исполнителем, без взимания дополнительной платы.

Для получения копии медицинских документов или выписок из них после исполнения Договора Исполнителем, Потребитель либо его законный представитель представляет запрос о предоставлении копий и выписок на бумажном носителе (при личном обращении или по почте), который составляется в свободной форме и содержит данные в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 31.07.2020г. № 789н.

При подаче запроса лично, а также при личном получении копии медицинских документов и выписок из них Потребитель либо его законный представитель предъявляет документ, удостоверяющий личность. Законный представитель потребителя дополнительно предъявляет документ, подтверждающий его статус.

В случае выбора способа получения Потребителем (его законным представителем) запрашиваемых копий медицинских документов или выписок из них по почте соответствующие копии или выписки из них направляются заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

В случае отсутствия в запросе сведений, указанных в Приказе Минздрава РФ от 31.07.2020г. № 789н., и (или) документа, подтверждающего статус законного представителя, Исполнитель в письменной или электронной форме информирует об этом Потребителя либо его законного представителя в срок, не превышающий четырнадцати календарных дней со дня регистрации в медицинской организации запроса.

Предоставление Потребителю либо его законному представителю копий медицинских документов и выписок из них на бумажном носителе осуществляется в количестве одного экземпляра в срок 30 рабочих дней с момента подачи заявления Потребителем.

7. Порядок разрешения споров, претензии Сторон

7.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, Стороны решают путем переговоров, в том числе в претензионном порядке. В случае возникновения разногласий по вопросу качества оказанных услуг, споры могут быть разрешены на врачебной комиссии Исполнителя.

7.2. Все претензии оформляются в письменном виде. Заказчик (Потребитель) может направить обращение (жалобу) на бумажном носителе по почте, в электронном виде с использованием информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» на электронную почту Исполнителя: gp4@amurzdav.ru. Срок рассмотрения претензии составляет 10 (десять) дней с даты получения.

7.4. Потребитель может направить обращение (жалобу) в письменном виде на бумажном носителе по почте, электронном виде с использованием информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", в том числе официального сайта органа государственного надзора, иных уполномоченных федеральных органов исполнительной власти, а также может быть принято при личном приеме заявителя.

Роспотребнадзор по Амурской области

Адрес: 675000, Амурская область, г. Благовещенск, ул. Первомайская, 30.

Телефон: +7 (4162) 52-62-29, +7 (4162) 49-49-80 (горячая линия)

Сайт: www.28.rospotrebnadzor.ru.

7.5. При не урегулировании Сторонами спора в досудебном порядке, споры разрешаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

8. Ответственность сторон

8.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

8.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

8.3. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему Договору.

9. Порядок изменения и расторжения Договора

9.1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.

9.2. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Потребителя после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Отказ Потребителя от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю. Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика) о расторжении настоящего Договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

10. Заключительные положения

10.1. Договор на оказание медицинских услуг заключён в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

В случае, если настоящий Договор заключается между Исполнителем и Заказчиком в пользу Потребителя, то настоящий Договор заключается в 3-х экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй у Заказчика, третий у Потребителя.

10.2. Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами.

10.3. Все приложения и дополнительные соглашения, созданные Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются Сторонами как неотъемлемые составные части настоящего Договора.

11. Юридические адреса и банковские реквизиты Сторон

«Исполнитель»

Государственное автономное учреждение здравоохранения Амурской области «Городская поликлиника № 4»
Адрес: 675000, Амурская область, г. Благовещенск, ул. Амурская, 213
ОГРН 1072801011337
ИНН/КПП 2801126062/ 280101001
ОКПО 97998643
Казначейский счет: 03224643100000002300
Минфин АО (ГАУЗ АО «ГП № 4»
л/с 32918001911 КВФО 7),
р/с 40102810245370000015
отделение Благовещенск Банка России//
УФК по Амурской области г. Благовещенск
БИК 011012100
Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-01123-28/00355719 от 10.08.2020 года выдана Министерством здравоохранения Амурской области
Адрес Электронной почты: gp4@amurzdprav.ru
Адрес сайта: www.28gp4.ru

ГАУЗ АО «ГП № 4»

_____ / _____

« _____ » _____ 20 ____ г.

«Потребитель» (Заказчик)

Гражданин (Ф.И.О, при наличии)

Адрес места жительства (регистрации):

Данные документа удостоверяющего личность _____

Телефон _____

Адрес электронной почты: _____

Сведения о законном представителе _____

ФИО (при наличии) _____ адрес места жительства, телефон, документ удостоверяющий личность и подтверждающий полномочия

_____ / _____ /

« _____ » _____ 20 ____ г.

Приложение составлено на основе Выписки из реестра лицензий сформированной на интернет-портале Росздравнадзора.

1. Статус лицензии: действует;
2. Регистрационный номер лицензии: Л041-01123-28/00355719;
3. Дата предоставления лицензии: 10.08.2020;
4. Лицензирующий орган: Министерство здравоохранения Амурской области;
5. Полное и (в случае, если имеется) сокращённое наименование, в том числе фирменное наименование, и организационно-правовая форма юридического лица, адрес его места нахождения, государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица: Полное наименование – Государственное автономное учреждение здравоохранения Амурской области "Городская поликлиника № 4"; Сокращённое наименование – ГАУЗ АО "ГП № 4"; ОПФ – Государственное автономное учреждение; Адрес места нахождения – 675000, Россия, Амурская область, г. Благовещенск, Амурская ул, д. 213; ОГРН – 1072801011337;
6. Идентификационный номер налогоплательщика: 2801126062;
7. Лицензируемый вид деятельности: Медицинская деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»);
8. Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности: 675000, Амурская область, г. Благовещенск, ул. Амурская, д. 213 (Поликлиники (в том числе детские), а также поликлиники государственной и муниципальной систем здравоохранения) выполняемые работы, оказываемые услуги: Приказ 866н; При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу; вакцинации (проведению профилактических прививок); лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; медицинской статистике; медицинскому массажу; общей практике; рентгенологии; сестринскому делу; физиотерапии; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); общей врачебной практике (семейной медицине); организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; терапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); аллергологии и иммунологии; гастроэнтерологии; гериатрии; дерматовенерологии; инфекционным болезням; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; клинической фармакологии; косметологии; лечебной физкультуре; мануальной терапии; медицинской статистике; неврологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации); офтальмологии; профпатологии; психиатрии-наркологии; психотерапии; пульмонологии; ревматологии; рентгенологии; рефлексотерапии; сердечно-сосудистой хирургии; стоматологии терапевтической; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; эндоскопии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: гастроэнтерологии; гериатрии; инфекционным болезням; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; медицинской статистике; неврологии; онкологии; оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации); офтальмологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; пульмонологии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; При оказании паллиативной медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях по: онкологии; терапии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе профессиональной пригодности; При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым); медицинским осмотрам профилактическим; При проведении медицинских освидетельствований организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинскому освидетельствованию кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приемные родители; медицинскому освидетельствованию на выявление ВИЧ-инфекции; медицинскому освидетельствованию на наличие инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа иностранным гражданам и лицам без гражданства в выдаче либо аннулировании разрешения на временное проживание, или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством.
9. Номер и дата приказа (распоряжения) лицензирующего органа: № 611 от 25.08.2022.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на получение платных медицинских услуг**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество, полностью)

(заполняется при наличии законного представителя) представитель, _____
действующий на основании (фамилия, имя, отчество, полностью)

_____ (указать документ, подтверждающий полномочия представителя, серия номер, дата выдачи, кем выдан)
или лицо, законным представителем которого я являюсь, желаю(-ет) получить платные медицинские услуги в ГАУЗ АО «Городская поликлиника № 4».

ВНИМАНИЕ! Мне разъяснено, в доступной для меня форме, какие диагностические процедуры и лечение, соответствующие моему заболеванию я могу получить бесплатно, в рамках системы обязательного медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.. Мне разъяснены цели, методы получения платных медицинских услуг, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Решение об отказе получения диагностики и лечения моего заболевания в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи принято в связи с тем, что услуги оказываются:

- а) на иных условиях, чем предусмотрено программами получения бесплатной медицинской помощи, в том числе:

-назначение и применение лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, если их назначение и применение не обусловлено жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень;

-применение медицинских изделий, не предусмотренных стандартами медицинской помощи;

-сверх объемов медицинской помощи, установленных государственным и/или муниципальным заданием;

-сверх медицинских стандартов, утвержденных для моего заболевания, или при отсутствии медицинских показаний;

-вне очереди, установленной в медицинском учреждении;

б) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг (без направления лечащего врача), за исключением случаев и порядка, предусмотренных ст.21 Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

в) гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию;

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

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств при получении платных медицинских услуг или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных [ч. 9 ст. 20](#) Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

Дата « ____ » _____ 20__ г.

Подпись (представитель) _____
(подпись) (ФИО полностью)

Приложение №3
к Договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от « ____ » _____ 20__ г.

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, _____
(фамилия, имя, отчество, полностью)

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных», (заполняется при наличии законного представителя) представитель, _____ действующий на основании

(фамилия, имя, отчество, полностью)

(указать документ, подтверждающий полномочия представителя)

даю конкретное, информированное, сознательное и осознанное согласие на обработку персональных данных моих или лица, законным представителем которого я являюсь, в ГАУЗ АО «Городская поликлиника № 4» (далее – Исполнитель, оператор) ИНН 2801126062 ОГРН1072801011337, находящемуся по адресу: 675000, г. Благовещенск, ул. Амурская, 213.

Перечень моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания (адрес регистрации), контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), документ удостоверяющий личность (наименование, серия, номер, дата выдачи, выдавший орган), адрес регистрации по месту жительства, адрес фактического проживания, идентификационный номер налогоплательщика, страховой номер индивидуального лицевого счета, номер телефона, адрес электронной почты, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг; _____ (иные данные).

В процессе оказания Исполнителем мне медицинской помощи я предоставляю право, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Исполнителя, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, автоматизированную обработку, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Исполнитель 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.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Иное разглашение моих персональных данных может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной с момента подписания данного Договора и действует бессрочно.

Приложение:

Доверенность представителя (иные документы, подтверждающие полномочия представителя) от « ____ » _____ г.

(если согласие подписывается представителем).

Дата: « ____ » _____ 20__ г.

Подпись (представитель) _____
(подпись) (ФИО полностью)