Министерство здравоохранения Иркутской области

**областное государственное автономное учреждение здравоохранения**

**«Братская городская больница № 3»**

**П Р И К А З**

**01.04.2022г. № 244**

**Об утверждении форм документов по**

**оказанию платных медицинских услуг**

Руководствуясь требованиями Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», постановления Правительства Российской Федерации от 04.10.2012г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»,

**П Р И К А З Ы В А Ю:**

1. Утвердить **с 01.04.2022г.,** и ввести в действие следующие формы документов, используемых при оказании платных медицинских услуг в учреждении:

- договор на оказание платных медицинских услуг № ПМ (Присоединения) (стандартная форма) (Приложение № 1);

- договор возмездного оказания услуг (работ) по проведению медицинского осмотра № ПЮмо (Приложение № 2);

- договор на оказание платных медицинских услуг № ПЮ, заключаемый с юридическими лицами (Приложение № 3);

- договор на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_ - ПФ/21 (Приложение № 4).

2. Отделению платных услуг с 19.04.2021г. при оказании платных медицинских услуг руководствоваться указанными формами документов.

3. **Епифанову И.Ю. –** экономиста назначить ответственной за заключение следующих договоров:

3.1. договор возмездного оказания услуг (работ) по проведению медицинского осмотра № ПЮмо;

3.2. договор на оказание платных медицинских услуг № ПЮ, заключаемый с юридическими лицами;

4. **Грошеву Л. Е. –** бухгалтера назначить ответственной за заключение следующих договоров:

4.1. договор на оказание платных медицинских услуг № ПМ (Присоединения) (стандартная форма);

4.2. договор на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_ - ПФ/21.

5. Приказ № 198 от 19.04.2021 года считать утратившим силу.

6. На период отсутствия основных работников, ответственность возлагается на исполняющих их обязанности по приказу.

7. Контроль исполнения настоящего приказа возложить на заместителя главного врача по финансово-экономической работе - **Аракчееву И.А.**

Главный врач С. В. Боброва

Приложение № 1

к приказу № 244 от 01.04.2022г.

**Договор**

**на оказание платных медицинских услуг № ПМ (Присоединения)**

**(стандартная форма)**

Областное государственное автономное учреждение здравоохранения «Братская городская больница № 3», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Бобровой Светланы Владимировны, действующей на основании Устава, с одной стороны, и физическое лицо, именуемое в дальнейшем «Заказчик/Пациент», с другой стороны, совместно именуемые Стороны, заключили настоящий договор (далее - Дого­вор) о нижеследующем:

1. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Настоящий Договор определяет условия и порядок оказания платных медицинских услуг в учреждении Исполнителя.

1.2. Заказчик поручает, а Исполнитель на основании лицензии № ЛО-38-01-003713 от 22.11.2019г. обязуется оказывать Пациенту платные медицинские услуги, указанные в Прейскуранте, который является Приложением № 1 к настоящему Договору.

1.3. **Договор является договором присоединения (ст.428 Гражданского кодекса РФ).** Условия Договора принимаются Заказчиком/Пациентом путем присоединения к настоящему Договору в целом. При этом Заказчик/Пациент подтверждает, что Договор не содержит обременительных для него условий, которые он не принял бы при наличии у него возможности участвовать в определении условий настоящего Договора.

1.4. Заказчик/Пациент отказывается от предложенной ему альтернативной возможности получения медицинской помощи за счет программы обязательного медицинского страхования (ОМС) или государственных средств.

1.5. Заказчик гарантирует, что он является законным представителем Пациента, являющегося недееспособным/ограниченно дееспособным лицом, либо лицом, не достигшим 18-летнего возраста, вся информация о Пациенте, о состоянии его здоровья и пр., подлежит передаче Заказчику, а также Пациенту - при достижении им 15-летнего возраста.

1.6. Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых Пациенту в рамках настоящего Договора, указывается в действующем на момент обращения Пациента в учреждение Исполнителя Прейскуранте на платные медицинские услуги. Перечень видов медицинских услуг, оказываемых в каждом структурном подразделении Исполнителя, различен и определяется в соответствии с видами услуг (работ), указанными в соответствующем приложении к лицензии на осуществление медицинской деятельности Исполнителя.

1.7. Объем предоставления Пациенту медицинских услуг определяется Исполнителем и согласовывается Пациентом (законным представителем Пациента, не достигшего возраста 15 лет), в момент обращения Пациента в учреждение Исполнителя с целью получения медицинских услуг.

1.8. Медицинские услуги по настоящему Договору оказываются Исполнителем Заказчику систематически либо разово, по факту обращения Пациента в учреждение Исполнителя. Сроки и время оказания медицинских услуг согласовываются в момент записи Пациента на прием к лечащему врачу либо на осуществление иной медицинской услуги (медицинской манипуляции).

1. **ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА**

2.1. Договор считается заключенным в письменной форме с момента подписания Заказчиком/Пациентом Заявления о присоединении к настоящему Договору по форме, установленной в Приложении № 2 к настоящему Договору. Подписание указанного Заявления подтверждает полное согласие Заказчика/Пациента с условиями настоящего Договора.

2.2. Договор является бессрочным и действует до дня, следующим за днем размещения на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: [www.gb3-bratsk.ru](http://www.gb3-bratsk.ru), извещения о прекращении срока действия Договора.

2.3. Местом заключения Договора является место нахождения Исполнителя – г. Братск Иркутской области.

2.4. Исполнитель вправе заключать договоры на оказание платных медицинских услуг в ином порядке и(или) на иных условиях, нежели это предусмотрено настоящим Договором.

1.2. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией, отражен в приложении № 1 к лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-38-01-003713 от 22 ноября 2019г., копии которых, заверенные Исполнителем в одностороннем порядке, являются неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.3. Заказчик/Пациент подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012г. №1006; ознакомил его с действующими у Исполнителя тарифами на платные медицинские услуги и с перечнем работ (услуг), указанным в п.2.4. настоящего Договора; уведомил его 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 Иркутской области в текущем году.

1.4. Оказание медицинских услуг будет осуществляться специалистами Исполнителя. Информация о профессиональном образовании и квалификации данных специалистов доведена до сведения Заказчика/Пациента.

1.5. Подписав настоящий Договор, Заказчик/Пациент подтверждает, что ему в доступной форме была разъяснена информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях, ожидаемых результатах оказания медицинской помощи, и он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

1.6. Исполнитель оказывает медицинские услуги в рабочее время в соответствии с утвержденным графиком работы специалистов Исполнителя и условиями, соответствующими установленным требованиям.

1.7. Срок предоставления медицинских услуг: с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 2022 г. по «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 2022 г. В случае изменения срока оказания медицинских услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.

1. **Права и обязанности Сторон**

**31. Исполнитель обязуется:**

3.1.1. Обеспечить оказание качественных и безопасных платных медицинских услуг в полном объеме в соответствии с настоящим Договором, а также соблюдение порядков оказания медицинской помощи.

3.1.2. Выдать Заказчику/Пациенту направление для прохождения услуг, рекомендации по подготовке Заказчика/Пациента.

3.1.3. Немедленно извещать Заказчика/Пациента о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.1.4. Предупредить Заказчика/Пациента, если требуются дополнительно оплачиваемые медицинские услуги.

3.1.5. В течение 10 дней после оказания медицинских услуг выдать Заказчику/Пациенту (его законному представителю) медицинские документы, содержащие информацию о результатах оказанных услуг.

3.1.7. Соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся здоровья Заказчика/Пациента.

**3.2. Исполнитель имеет право:**

3.2.1. В одностороннем порядке изменить объем оказываемых медицинских услуг и осуществлять медицинское вмешательство в случаях, когда состояние Заказчика/Пациента не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.

3.2.2. Отказать Заказчику/Пациенту в оказании платных медицинских услуг:

- при выявлении противопоказаний у Заказчика/Пациента; - в случае, нарушения Заказчиком/Пациентом условий п.3.3. настоящего Договора; - при нахождении Заказчика/Пациента в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

**3.3. Заказчик/Пациент** **обязуется:**

3.3.1. Оплатить предоставляемые Исполнителем медицинские услуги, перечень и стоимость которых указаны в Приложении № 1 к настоящему Договору, до начала их оказания в порядке, определенном разделом 4 настоящего Договора.

3.3.2. Предоставить Исполнителю (м­едицинскому работнику) данные предварительных исследований и консультаций специалистов (оригиналы), проведенных не Исполнителем (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.

3.3.3. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги но настоящему Договору.

3.3.4. При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику) о любых изменениях самочувствия.

3.3.5. Отказаться на весь период предоставления медицинских услуг по настоящему Договору, от употребления наркотиков и лекарств, их содержащих, психотропных препаратов, содержащих алкоголь напитков.

3.3.6. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Исполнителем (медицинским работником) употребление любых терапевтических препаратов, лекарственных трав и т.п.

3.3.7. Соблюдать график приема медицинских работников, предоставляющих медицинские услуги по настоящему Договору.

3.3.8. Соблюдать внутренний режим нахождения в лечебном учреждении Исполнителя, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

**3.4. Заказчик/Пациент имеет право:**

3.4.1. На выбор врача-специалиста.

3.4.2. На профилактику, диагностику, лечение, в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.

3.4.3. На получение консультаций врачей-специалистов.

3.4.4. На получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, на выбор лиц, которым в интересах Пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.

3.4.5. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

3.4.6. На отказ от медицинского вмешательства.

3.4.8. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

1. **Стоимость услуг и порядок оплаты**

4.1. Стоимость медицинских услуг по настоящему Договору определяется по тарифам платных медицинских услуг, действующим у Исполнителя на момент заключения настоящего Договора, и остается неизменной в течение всего срока действия настоящего Договора.

4.2. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора на предоставление дополнительных медицинских услуг, их стоимость определяется по тарифам платных медицинских услуг, действующим у Исполнителя на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора.

4.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, [стоимость услуг может быть изменена](http://www.uristhome.ru/document/33/protokol-soglasheniya-po-dogovornoi-tsene) Исполнителем с согласия Потребителя, путем подписания дополнительного соглашения, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

4.4. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Заказчиком/Пациентом до начала их оказания наличными денежными средствами в кассе медицинской организации, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. Заказчику/Пациенту после оплаты медицинских услуг выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых медицинских услуг, установленного образца.

1. **Ответственность Сторон**

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

5.2. Стороны освобождаются от ответственности за исполнение обязательств в случае форс-мажорных обстоятельств.

1. **Заключительные положения**

6.1. До заключения настоящего договора Исполнитель в письменной форме уведомил Заказчика/Пациента 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 Заказчика/Пациента.

6.2. Настоящий договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

6.3. В случае отказа Заказчика/Пациента после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Заказчик/Пациент оплачивает фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

6.4. Настоящий договор составлен в двух аутентичных экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

6.5. Во всем, что не предусмотрено договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

6.6. Приложения, являющиеся неотъемлемой частью настоящего Договора:

- приложение № 1 – Прейскурант на платные медицинские услуги;

- приложение № 2 – Форма Заявления о присоединении к Договору на оказание платных медицинских услуг № П-М/01 ОГАУЗ «Братская городская больница № 3».

1. **РЕКВИЗИТЫ ИСПОЛНИТЕЛЯ**

Полное наименование: Областное государственное автономное учреждение здравоохранения «Братская городская больница № 3».

Сокращенное наименование: ОГАУЗ «Братская городская больница № 3»

Адрес: 665714, РФ, Иркутская область, город Братск, жилой район Гидростроитель, улица Сосновая, дом 10, а/я 2566

ИНН 3805100099, КПП 380501001, р/счет 40603810517400009320 в филиале № 5440 ВТБ 24 (ПАО) г. Новосибирск, к/с 30101810450040000751 в ГРКЦ ГУ ЦБ РФ по Новосибирской области, БИК 045004751

Главный врач

ОГАУЗ «Братская городская больница № 3» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ С.В. Боброва

***Просим Вас внимательно прочитать текст Договора и если Вы не согласны с его условиями (полностью или в части) откажитесь от заключения данного Договора.***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | Приложение № 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | К Договору на оказание платных медицинских услуг  № П-М/01 (Присоединение)(стандартная форма) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Заявление №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |
| **о присоединении к Договору на оказание платных медицинских услуг № ПМ ОГАУЗ "Братская городская больница № 3"** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |
| Я нижеподписавшийся | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  |  |  |  | (ФИО Заказчика/Пациента полностью), | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | года рождения, зарегистрированный по адресу: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | , | |
| паспорт серия | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | № | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | выдан | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | (дата выдачи) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | , | |
| (наименование выдавшего органа) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| контактные телефон: | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | почтовый адрес | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | (заполняется в случае отличия от адреса регистрации) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | **Этот раздел заявления заполняется в случае, если Заказчик является законным представителем Пациента** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |
|  |  | являющийся законным представителем | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |
|  |  | (Ф.И.О. пациента несовершеннолетнего/недееспособного лица полностью), | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_года рождения, что подтверждается | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | Свидетельством о рождении серия\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. (далее по тексту - "Пациент") | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  | |  | |  | |
|  |  | **(заполняется при достижении Пациентов возраста 15 лет)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | зарегистрированного по адресу: | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | |  | |
|  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |
|  |  | (наименование выдавшего органа и дата выдачи), | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | контактные телефоны: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |
|  |  | почтовый адрес | | | | | | | | | | | (заполняется в случае отличия от адреса регистрации) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |
|  | заявляю, что ознакомился с условиями Договора на оказание платных медицинских услуг № ПМ (Присоединения) утвержденного приказом главного врача № 244 от 01.04.2022г.(далее-Договор) ОГАУЗ "Братская городская больница № 3", юридический адрес: 665714, Иркутская область, г. Братск, ж.р. Гидростроитель, ул. Сосновая, д. 10 (далее - "Учреждение"), и выражаю свое согласие с изложенными в нем условиями, обязательствами и правами Сторон и обязуюсь их соблюдать. Подписывая настоящее заявление, я подтверждаю факт заключения Договора с Учреждением со дня подписания данного заявления, а также подтверждаю, что полностью понятны и разъяснены юридические и иные последствия моего присоединения к вышеназванному Договору. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | **Заказчик (законный представитель):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | **Пациент (с 15 лет):** | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | (подпись) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | (фамилия,инициалы) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | (подпись) | | | | | | | | | | | | | | | |  | (фамилия,инициалы) | | | | | | | | | | | | | | |

**Согласие на обработку персональных данных**

Настоящим заявлением я, в соответствии со ст.9 Федерального закона РФ «О персональных данных», ст.13 Федераль­ного закона РФ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», даю свое согласие на обработку моих (Пациента) персональных данных ОГАУЗ «Братская городская больница № 3», юридический адрес: 665714, Иркутская область, г. Братск, ж.р. Гидростроитель, ул. Сосновая, д.10 (далее – «Оператор»), в порядке, указанном ниже, и в Разделе 9 Договора на оказание платных медицинских услуг № П-М/\_\_\_ (Присоединения) (стандартная форма) от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022г., включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС/ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), информацию о факте обращения за медицинской помощью, данные о состоянии здоровья, диагнозах, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, и иная информация, полученная при моем обследовании и лечении (далее - «персональные данные»).

В процессе оказания Оператором мне (Пациенту) медицинской помощи я, в интересах обследования и лечения, предоставляю право медицинским работникам Оператора передавать мои (Пациента) персональные данные, должностным лицам Оператора, осуществляющим обработку персональных данных в силу своих должностных обязанностей, медицинским работникам медицинских организаций, с которыми Оператором заключен договор на оказание платных медицинских услуг, в рамках которого мне (Пациенту) оказывается медицинская помощь.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи в рамках договоров на оказание платных медицинских услуг (далее - договор), заключенных Оператором с юридическими и физическими лицами, сведения о которых указываются ниже в таблице, (далее - Заказчик), я, в интересах обследования и лечения, предоставляю право работникам Оператора в течение срока оказания медицинских услуг (срок прикрепления) по договору передавать мои (Пациента) персональные данные Заказчику, в том числе, включающие в себя информацию о состоянии моего (Пациента) здоровья, диагнозе, заболеваниях, с целью учета и отчётности по договору, а также с целью осуществления Заказчиком контроля качества объемов и сроков оказания медицинской помощи по договору, С целью сообщения информации о наличии у меня заболевания, исключающего медицинское обслуживание по программам добровольного медицинского страхования (для договора, заключённого со страховой компанией), с целью предоставления Заказчику результатов проведения медицинского осмотра (профилактического, периодического, предварительного), в том числе предоставлять уполномоченным сотрудникам Заказчика на обозрение медицинскую документацию (медицинскую карту) (ее копии) в полном объеме.

Предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. 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 договорам, а также путем передачи персональных данных (в том числе информации, содержащей сведения о врачебной тайне), по телефону на номер, указанный Заказчиком, с целью согласования оказания мне (Пациенту) медицинских услуг в случаях, предусмотренных договором (в случае если медицинские услуги оказываются в рамках такого договора).

Срок хранения моих (Пациента) персональных данных соответствует сроку хранения медицинских документов (в том числе медицинской карты) и составляет не менее 25 (двадцать пять) лет. Передача моих (Пациента) персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации. Настоящее согласие дано мной с момента подписания и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать настоящее 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 полномочному представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан:

- прекратить их обработку по истечению периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанных мне до этого медицинских услуг;

- по истечении указанного выше срока хранения моих персональных данных (двадцать пять лет) уничтожить (стереть) все мои персональные данные, в том числе из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

Настоящим подтверждаю свое согласие на обработку Оператором моего контактного телефона, адреса электронной почты и почтового адреса, с целью информирования меня о предстоящем посещении врача, сроках оказания услуг, предоставления иных, связанных с исполнением Договора на оказание платных медицинских услуг, сведений, в том числе результатов медицинского исследования, анализов, иную медицинскую документацию, путем предоставления соответствующей информации с помощью электронной почты, смс-информирования, почтовой рассылки (я уведомлен, что информация будет направлена по не защищенным каналам связи, в связи с чем, Оператор не может нести ответственность за несанкционированное попадание сведений к третьим лицам).

**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**

Настоящим заявлением я даю свое информированное добровольное согласие на оказание мне (Пациенту) медицинских услуг в ОГАУЗ «Братская городская больница № 3», юридический адрес: 665714, Иркутская область, г. Братск, ж.р. Гидростроитель, ул. Сосновая, д.10 (далее - «учреждение»), в т.ч. виды медицинских вмешательств, включенных 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 Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012г. № 390 н (далее - «Перечень»), для **получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь** *(ненужное зачеркнуть)*

Мне известны права пациента, предусмотренные ст.18, 20-22, 28, 41 Конституции Российской Федерации, ст.13, 19-22 Федерального закона РФ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», ст.16 Федерального закона РФ «Об обязательном медицинском страховании в РФ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, 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 вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона РФ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

- Я извещен(а) о том, что мне (Пациенту) необходимо регулярно принимать назначаемые врачом препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных врачом лекарств.

- Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение назначенного лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения, снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

- Я поставлен(а) в известность о необходимости предоставления медицинским работникам медицинской организации сведений обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (Пациентом) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы. воздействующих на меня (Пациента) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Я удостоверяю, что получил(а) полную информацию обо всех медицинских услугах, оказываемых медицинской организацией, перечень которых указан в Прайс-листе на медицинские услуги, о программах медицинского обслуживания, о правах и обязанностях пациента, в том числе о праве Пациента на отказ от медицинского вмешательства, о порядке и условиях оказания медицинских услуг в медицинской организации, а также информацию о медицинской организации, осуществляющей медицинское вмешательство, о наличии лицензии, о врачах- специалистах, уведомлен(а) о том, что данная информация доступна в медицинской организации, а также на официальном сайге медицинской организации.

- Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами Договора, в рамках которого мне (Пациенту) оказываются медицинские услуги, со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и объем предоставленной информации меня удовлетворяет. Мне понятен смысл сообщенной мне информации и терминов, на меня не оказывалось давление.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)*

**Заказчик (законный представитель): Пациент (с 15 лет):**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

*подпись фамилия, инициалы подпись фамилия, инициалы*

Приложение № 2

к приказу № 244 от 01.04.2022г.

**ДОГОВОР № ПЮмо**

**возмездного оказания услуг (работ) по проведению медицинского осмотра**

г. Братск « \_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г

**Областное государственное автономное учреждение здравоохранения «Братская городская больница № 3**» (ОГАУЗ «Братская городская больница № 3»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Бобровой Светланы Владимировны, действующей на основании Устава, с одной стороны, и

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, именуемое в дальнейшем Заказчик, в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с другой стороны, заключили настоящий договор (далее – Договор) о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется по заданию Заказчика оказать следующие услуги (работы): проведение периодического медицинского осмотра работников, указанных Заказчиком в поименном списке, а Заказчик обязуется оплатить эти услуги (работы).

Медицинский осмотр проводится на основании приказа МЗ РФ от 28.01.2021 года № 29н «Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 трудового кодекса Российской федерации, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работам, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры».

**2. Условия оказания услуг**

2.1. Исполнитель обязуется сформировать медицинскую комиссию для проведения медицинского осмотра, который проводится в поликлинике ОГАУЗ «Братская городская больница № 3» по адресу: Иркутская область, город Братск, жилой район Гидростроитель, улица Сосновая, дом 10.

2.2. Заказчик обязан предоставить Исполнителю поименный список работников, с указанием их профессий, в отношении которых необходимо провести медицинский осмотр. Список является основанием для расчета стоимости услуг (работ) по настоящему договору и должен быть подписан Заказчиком и заверен его печатью.

2.3. Перед прохождением медицинского осмотра в ОГАУЗ «Братская городская больница № 3» все работники Заказчика подлежащие медицинскому осмотру должны получить допуск к работе в своей профессии у врача-психиатра и врача-нарколога. В отношении работников Заказчика не получивших указанный допуск - медицинский осмотр не проводится.

2.3.3. Исполнитель вправе привлекать для исполнения своих обязанностей по настоящему договору соисполнителей, имеющих право на выполнение услуг соответствующего вида.

2.4. Работникам прошедшим периодический медицинский осмотр и признанным годными к работе, выдается соответствующее заключение, подписанное медицинской комиссией и скрепленное печатью Исполнителя.

2.5. В случае установления признаков заболевания у работника, он направляется к соответствующему специалисту для специального обследования с целью уточнения диагноза.

2.6. Исполнитель по итогам проведения осмотра, не позднее чем через 30 дней после завершения периодического медицинского осмотра, обобщает результаты проведенных периодических осмотров работников и совместно с территориальным органом федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на осуществление государственного контроля и надзора в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения составляет заключительный акт.

2.7. Исполнитель после утверждения заключительного акта председателем врачебной комиссии в течение 5 рабочих дней с даты утверждения, направляет заключительный акт Заказчику.

2.8. Сроки оказания услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. Стоимость услуг и порядок расчета**

3.1. Стоимость услуг (работ) по настоящему Договору составляет: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) руб., согласно Расчету стоимости периодического медицинского осмотра, который является неотъемлемой частью настоящего договора (Приложение № 1), и производится по ценам действующего прейскуранта. В случае изменения цен на услуги (работы) по настоящему Договору на момент прохождения медицинского осмотра, стоимость услуг (работ) по настоящему Договору пересчитывается. НДС не облагается согласно подпункту 2 пункта 2 ст. 149 Налогового кодекса РФ.

3.2. Услуги (работы) оплачиваются Заказчиком путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или наличными денежными средствами в кассу Исполнителя в следующие сроки и в следующем порядке:

3.2.1. Заказчик вносит предварительную оплату (аванс) в размере 50% от стоимости услуг (работ) по настоящему договору в течение 10-ти дней с даты, его заключения. До получения предоплаты Исполнитель вправе не исполнять настоящий договор и освобождается от ответственности за его неисполнение. Окончательный расчет Заказчик производит после оказания Исполнителем услуг (работ) по настоящему договору в течение 10-ти дней с момента получения Заказчиком от Исполнителя акта выполненных работ. В тот же срок Заказчик обязан подписать акт выполненных работ и передать один экземпляр Исполнителю. При неполучении Исполнителем акта выполненных работ в указанный срок работы считаются выполненными надлежащим образом и в объеме, указанном в акте.

3.3. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения обязательств по договору Сторона, не исполнившая своих обязательств или ненадлежаще исполнившая свои обязательства, обязана по требованию другой Стороны уплатить неустойку в размере 1/300 ставки рефинансирования ЦБ РФ действующей на день уплаты, **з**а каждый день просрочки исполнения обязательства.

3.4. В случае одностороннего отказа Заказчика от исполнения настоящего договора, Заказчик обязан оплатить Исполнителю все фактические расходы, которые он понес в счет еще не оказанных до момента одностороннего отказа Заказчика от исполнения договора услуг. При этом выплаченный Исполнителю аванс Заказчику не возвращается. Выполнение работ в неполном объеме настоящего договора по вине «Заказчика» не является основанием для пересмотра суммы договора

**4. Срок действия договора**

4.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до \_\_\_\_\_\_\_\_ г. а в рамках обязательств до полного исполнения по договору.

4.2. При решении одной из сторон пересмотреть объем работ настоящего договора, иная сторона должна быть уведомлена в срок 2 недели.

**5. Решение споров**

5.1. Стороны будут стараться решать все споры в духе взаимопонимания и доброжелательности. Если соглашения не удается достигнуть, любая из сторон имеет право обратиться в Арбитражный суд Иркутской области. Решение арбитража считается окончательным во всех деталях и по существу.

5.2. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору действительны лишь при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными представителями сторон.

5.3. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон или по требованию одной из Сторон, а также в случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ. В случае расторжения настоящего Договора по требованию одной из Сторон, Сторона, явившаяся инициатором расторжения, предупреждает другую Сторону, не менее чем за 30 (тридцать) календарных дней до предполагаемой даты расторжения.

**6. Дополнительные условия**

6.1. Не прошедшие, согласно графику, медосмотр, обязаны пройти его на общих основаниях в поликлинике ОГАУЗ «Братская городская больница № 3» в течение срока, установленного в заключении.

6.2. Дополнительное формирование бригады врачей не производится.

6.3. За ущерб, причиненный одной из сторон вследствие неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязанностей, виновная сторона несет ответственность в виде возмещения убытков.

6.4. Стороны не несут ответственности за ущерб, причиненный в результате полного или частичного неисполнения обязательств по настоящему договору, если такой ущерб причинен вследствие действия непреодолимой силы, которые не могли быть предвидены, контролируемы и устранены Сторонами настоящего Договора.

**7. Заключительные условия**

7.1. Все приложения и дополнения к настоящему договору являются его неотъемлемой частью.

7.2. Все приложения и дополнения к настоящему договору действительны, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными представителями сторон.

**8.Антикоррупционная оговорка**

8.1.При исполнении своих обязательств по настоящему 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.

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. После письменного уведомления, соответствующая Сторона имеет право приостановить исполнение обязательств по настоящему 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.

8.2. В случае нарушения одной Стороной обязательств воздерживаться от запрещенных в п. 8.1. настоящего Договора действий, другая Сторона имеет право расторгнуть договор в одностороннем порядке полностью или в части, направив письменное уведомление о расторжении. Сторона, по чьей инициативе был расторгнут настоящий Договор в соответствии с положениями настоящей статьи, вправе требовать возмещения реального ущерба, возникшего в результате такого расторжения.

**9. Юридические адреса сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель** | **Заказчик** |
| ОГАУЗ «Братская городская больница № 3»  *Юридический адрес:*  665714, РФ, Иркутская область, город Братск, жилой район Гидростроитель, улица Сосновая, дом 10.  а/я 2566  ИНН 3805100099  КПП 380501001  р/счет 406 038 100 174 000 09 320  в филиале «Центральный» Банка ВТБ (ПАО)  в г. Москва  к/с 301 018 101 452 500 00 411  БИК 044 525 411  Телефон, факс (3953) 31-02-22, 44-73-01  Главный врач  Боброва С.В. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Юридический адрес:*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  КС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  БИК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Директор  --\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

м.п. м.п.

Приложение № 3

к приказу № 244 от 01.04.2022г.

**ДОГОВОР № ПЮ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

возмездного оказания услуг

г. Братск от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г.

**Областное государственное автономное учреждение здравоохранения «Братская городская больница № 3»** (ОГАУЗ «Братская городская больница № 3»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Бобровой Светланы Владимировны, действующей на основании Устава, с одной стороны, и

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице

Руководителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с другой стороны, заключили настоящий договор (далее – Договор) о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. В период действия договора Исполнитель обязуется проводить услуги по специальности «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_».

**2. Права и обязанности сторон**

2.1. Исполнитель принимает на себя обязательства оказать услуги по настоящему договору, согласно утвержденного графика на 2022 год (Приложение № 1), который является неотъемлемой частью настоящего договора.

2.2. Исполнитель ведет учет выполненных услуг по настоящему договору.

2.3. Заказчик имеет право требовать от Исполнителя своевременного и качественного выполнения услуг по настоящему договору.

**3. Условия оплаты**

3.1. Исполнитель проводит услуги по настоящему договору, по ценам действующего прейскуранта на платные медицинские услуги ОГАУЗ «Братская городская больница № 3».

3.2. За отчетный месяц Исполнитель предъявляет Заказчику счет, счет-фактуру и акт выполненных работ за оказанные услуги.

3.3. Заказчик обязуется производить расчет с Исполнителем за выполненные услуги в течении 15 (пятнадцати) дней.

**4. Стоимость договора**

4.1. Стоимость работ по настоящему договору определяется исходя из стоимости одного исследования и общего количества исследований планируемых выполнить в 20\_\_\_ году, и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей (Приложение № 2).

4.2. Услуги по договору НДС не облагаются, на основании НК РФ статья 149 пункт 2 подпункт 2.

4.3. Изменение цен на платные услуги производится в случаях изменения цен (тарифов) на топливно-энергетические ресурсы, медикаменты (реактивы), услуги производственного характера, оплаты труда и отчислений во внебюджетные фонды.

4.4. В случае изменения цен на платные услуги, стоимость услуг по настоящему договору может быть изменена.

**5. Срок действия договора**

5.1. Настоящий договор вступает в силу с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и действует по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6. Особые условия**

6.1. Претензии со стороны Заказчика принимаются при условии письменного заявления, не позднее 30 (тридцати) календарных дней с момента производства данных исследований.

6.2. Претензии по качеству выполненных услуг, при нарушении правил взятия, хранения и доставки материала не принимаются.

**7.Ответственность сторон**

7.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

7.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или несвоевременное исполнение договора при возникновении обстоятельств от него не зависящих, таких как отключение воды, электроэнергии и т.п., или обстоятельств непреодолимой силы (пожар и т.д.).

**8. Порядок изменения и дополнения договора**

8.1. Любые изменения и дополнения к настоящему договору имеют силу только в том случае, если они оформлены в письменном виде и подписаны обеими Сторонами.

8.2. Настоящий договор, может быть, расторгнут по соглашению сторон или решению суда по основаниям, предусмотренным гражданским кодексом РФ.

8.3. Порядок расторжения договора регулируется действующим законодательством РФ.

**9.Антикоррупционная оговорка**

9.1.При исполнении своих обязательств по настоящему 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.

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. После письменного уведомления, соответствующая Сторона имеет право приостановить исполнение обязательств по настоящему 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.

9.2. В случае нарушения одной Стороной обязательств воздерживаться от запрещенных в п. 8.1. настоящего Договора действий, другая Сторона имеет право расторгнуть договор в одностороннем порядке полностью или в части, направив письменное уведомление о расторжении. Сторона, по чьей инициативе был расторгнут настоящий Договор в соответствии с положениями настоящей статьи, вправе требовать возмещения реального ущерба, возникшего в результате такого расторжения.

**10. Прочие условия**

10.1. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу по одному экземпляру для каждой из сторон.

10.2. Вопросы, не урегулированные настоящим договором, разрешаются в соответствии с действующим законодательством РФ.

**11. Юридические адреса, банковские реквизиты и подписи сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель | Заказчик |
| **ОГАУЗ «Братская городская больница № 3»**  *Юридический адрес:*  665714, РФ, Иркутская область,  город Братск, жилой район Гидростроитель, улица Сосновая, дом 10. а/я 2566.  ИНН 380 510 009 9  КПП 380 501 001  р/счет 406 038 105 174 000 093 20  Филиал № 5440 ВТБ24(ПАО) г. Новосибирск  к/с 301 018 104 500 400 00 751  БИК 045 004 751  Телефон, факс (3953) 31-02-22 31-02-29  Главный врач  Боброва С.В. |  |

Приложение № 2

к договору № ПЮ-\_\_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Расчет стоимости договора**

На основании действующего прейскуранта на платные медицинские услуги

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование услуги | Количество услуг, штук | Стоимость 1 услуги, рублей. | Итого  стоимость, рублей |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| **ВСЕГО:** | | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель** | **Заказчик** |
| Главный врач  ОГАУЗ «Братская городская больница № 3»  Боброва С.В. |  |

м.п. м.п.

Приложение № 4

к приказу № 244 от 01.04.2022г.

**Договор № 390-ПФ/21**

**на оказание платных медицинских услуг**

г. Братск «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022 г.

Областное государственное автономное учреждение здравоохранения «Братская городская больница № 3», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Бобровой Светланы Владимировны, действующей на основании Устава, с одной стороны, и

именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель» (Заказчик), с другой стороны, а вместе, именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. По настоящему Договору Исполнитель предоставляет Потребителю медицинские услуги, согласно Перечню оказываемых платных медицинских услуг и их стоимости (Приложение № 1 к настоящему Договору), являющемуся неотъемлемой частью настоящего Договора, а Потребитель (Заказчик) обязуется оплатить оказанные медицинские услуги.

1.2. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией, отражен в приложении № 1 к лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-38-01-003713 от 22 ноября 2019г., копии которых, заверенные Исполнителем в одностороннем порядке, являются неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.3. Потребитель (Заказчик) подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012г. №1006; ознакомил его с действующими у Исполнителя тарифами на платные медицинские услуги и с перечнем работ (услуг), указанным в п.2.4. настоящего Договора; уведомил его 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 Иркутской области в текущем году.

1.4. Оказание медицинских услуг будет осуществляться специалистами Исполнителя. Информация о профессиональном образовании и квалификации данных специалистов доведена до сведения Потребителя (Заказчика).

1.5. Подписав настоящий Договор, Потребитель (Заказчик) подтверждает, что ему в доступной форме была разъяснена информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях, ожидаемых результатах оказания медицинской помощи, и он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

1.6. Исполнитель оказывает медицинские услуги в рабочее время в соответствии с утвержденным графиком работы специалистов Исполнителя и условиями, соответствующими установленным требованиям.

1.7. Срок предоставления медицинских услуг: с «19» августа 2021 г. по «19» сентября 2021 г. В случае изменения срока оказания медицинских услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.

**2. Права и обязанности Сторон**

**2.1. Исполнитель обязуется:**

2.1.1. Обеспечить оказание качественных и безопасных платных медицинских услуг в полном объеме в соответствии с настоящим Договором, а также соблюдение порядков оказания медицинской помощи.

2.1.2. Выдать Потребителю направление для прохождения услуг, рекомендации по подготовке Потребителя.

2.1.3. Немедленно извещать Потребителя (Заказчика) о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.1.4. Предупредить Потребителя (Заказчика), если требуются дополнительно оплачиваемые медицинские услуги.

2.1.5. В течение 10 дней после оказания медицинских услуг выдать Потребителю (его законному представителю) медицинские документы, содержащие информацию о результатах оказанных услуг.

2.1.7. Соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся здоровья Потребителя.

**2.2. Исполнитель имеет право:**

2.2.1. В одностороннем порядке изменить объем оказываемых медицинских услуг и осуществлять медицинское вмешательство в случаях, когда состояние Потребителя не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.

2.2.2. Отказать Потребителю в оказании платных медицинских услуг:

- при выявлении противопоказаний у Потребителя; - в случае, нарушения Потребителем условий п.3.3. настоящего Договора; - при нахождении Потребителя в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

**2.3. Потребитель (Заказчик) обязуется:**

2.3.1. Оплатить предоставляемые Исполнителем медицинские услуги, перечень и стоимость которых указаны в Приложении № 1 к настоящему Договору, до начала их оказания в порядке, определенном разделом 4 настоящего Договора.

2.3.2. Предоставить Исполнителю (м­едицинскому работнику) данные предварительных исследований и консультаций специалистов (оригиналы), проведенных не Исполнителем (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. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги но настоящему Договору.

2.3.4. При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику) о любых изменениях самочувствия.

2.3.5. Отказаться на весь период предоставления медицинских услуг по настоящему Договору, от употребления наркотиков и лекарств, их содержащих, психотропных препаратов, содержащих алкоголь напитков.

2.3.6. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Исполнителем (медицинским работником) употребление любых терапевтических препаратов, лекарственных трав и т.п.

2.3.7. Соблюдать график приема медицинских работников, предоставляющих медицинские услуги по настоящему Договору.

2.3.8. Соблюдать внутренний режим нахождения в лечебном учреждении Исполнителя, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

**2.4. Потребитель (Заказчик) имеет право:**

2.4.1. На выбор врача-специалиста.

2.4.2. На профилактику, диагностику, лечение, в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.

2.4.3. На получение консультаций врачей-специалистов.

2.4.4. На получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, на выбор лиц, которым в интересах Пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.

2.4.5. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

2.4.6. На отказ от медицинского вмешательства.

2.4.8. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

**3. Стоимость услуг и порядок оплаты**

3.1. Стоимость медицинских услуг по настоящему Договору определяется по тарифам платных медицинских услуг, действующим у Исполнителя на момент заключения настоящего Договора, и остается неизменной в течение всего срока действия настоящего Договора.

3.2. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора на предоставление дополнительных медицинских услуг, их стоимость определяется по тарифам платных медицинских услуг, действующим у Исполнителя на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора.

3.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, [стоимость услуг может быть изменена](http://www.uristhome.ru/document/33/protokol-soglasheniya-po-dogovornoi-tsene) Исполнителем с согласия Потребителя, путем подписания дополнительного соглашения, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.4. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Потребителем (Заказчиком) до начала их оказания наличными денежными средствами в кассе медицинской организации, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. Потребителю (Заказчику) после оплаты медицинских услуг выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых медицинских услуг, установленного образца.

**4. Ответственность Сторон**

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

4.2. Стороны освобождаются от ответственности за исполнение обязательств в случае форс-мажорных обстоятельств.

**5. Заключительные положения**

5.1. До заключения настоящего договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя 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.

5.2. Настоящий договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

5.3. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

5.4. Настоящий договор составлен в двух аутентичных экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

5.5. Во всем, что не предусмотрено договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

**6. Адреса и реквизиты Сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ:** | **ПОТРЕБИТЕЛЬ (ЗАКАЗЧИК):** |
| ОГАУЗ «Братская городская больница №3»  адрес: 665714, Иркутская обл., г. Братск, ж.р. Гидростроитель, ул. Сосновая, 10  ОГРН 1023800916820, Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ о юридическом лице, зарегистрированном до 1 июля 2002г. серии 38 № 001010085, выдано Межрайонной ИМНС России №15 по Иркутской области 27.08.2002г. | ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  паспорт:\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Наименование, ИНН и адрес Заказчика – юридического лица:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Главный врач  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Боброва С.В. | Потребитель (Заказчик)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |

М.П.

Приложение № 4

к приказу № 244 от 01.04.2022г.

**Договор № \_\_\_-ПФ/22**

**на оказание платных медицинских услуг**

г. Братск «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022 г.

Областное государственное автономное учреждение здравоохранения «Братская городская больница № 3», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Бобровой Светланы Владимировны, действующей на основании Устава, с одной стороны, и

именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель» (Заказчик), с другой стороны, а вместе, именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. По настоящему Договору Исполнитель предоставляет Потребителю медицинские услуги, согласно Перечню оказываемых платных медицинских услуг и их стоимости (Приложение № 1 к настоящему Договору), являющемуся неотъемлемой частью настоящего Договора, а Потребитель (Заказчик) обязуется оплатить оказанные медицинские услуги.

1.2. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией, отражен в приложении № 1 к лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-38-01-003713 от 22 ноября 2019г., копии которых, заверенные Исполнителем в одностороннем порядке, являются неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.3. Потребитель (Заказчик) подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012г. №1006; ознакомил его с действующими у Исполнителя тарифами на платные медицинские услуги и с перечнем работ (услуг), указанным в п.2.4. настоящего Договора; уведомил его 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 Иркутской области в текущем году.

1.4. Оказание медицинских услуг будет осуществляться специалистами Исполнителя. Информация о профессиональном образовании и квалификации данных специалистов доведена до сведения Потребителя (Заказчика).

1.5. Подписав настоящий Договор, Потребитель (Заказчик) подтверждает, что ему в доступной форме была разъяснена информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях, ожидаемых результатах оказания медицинской помощи, и он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

1.6. Исполнитель оказывает медицинские услуги в рабочее время в соответствии с утвержденным графиком работы специалистов Исполнителя и условиями, соответствующими установленным требованиям.

1.7. Срок предоставления медицинских услуг: с «19» августа 2021 г. по «19» сентября 2021 г. В случае изменения срока оказания медицинских услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.

**2. Права и обязанности Сторон**

**2.1. Исполнитель обязуется:**

2.1.1. Обеспечить оказание качественных и безопасных платных медицинских услуг в полном объеме в соответствии с настоящим Договором, а также соблюдение порядков оказания медицинской помощи.

2.1.2. Выдать Потребителю направление для прохождения услуг, рекомендации по подготовке Потребителя.

2.1.3. Немедленно извещать Потребителя (Заказчика) о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.1.4. Предупредить Потребителя (Заказчика), если требуются дополнительно оплачиваемые медицинские услуги.

2.1.5. В течение 10 дней после оказания медицинских услуг выдать Потребителю (его законному представителю) медицинские документы, содержащие информацию о результатах оказанных услуг.

2.1.7. Соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся здоровья Потребителя.

**2.2. Исполнитель имеет право:**

2.2.1. В одностороннем порядке изменить объем оказываемых медицинских услуг и осуществлять медицинское вмешательство в случаях, когда состояние Потребителя не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.

2.2.2. Отказать Потребителю в оказании платных медицинских услуг:

- при выявлении противопоказаний у Потребителя; - в случае, нарушения Потребителем условий п.3.3. настоящего Договора; - при нахождении Потребителя в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

**2.3. Потребитель (Заказчик) обязуется:**

2.3.1. Оплатить предоставляемые Исполнителем медицинские услуги, перечень и стоимость которых указаны в Приложении № 1 к настоящему Договору, до начала их оказания в порядке, определенном разделом 4 настоящего Договора.

2.3.2. Предоставить Исполнителю (м­едицинскому работнику) данные предварительных исследований и консультаций специалистов (оригиналы), проведенных не Исполнителем (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. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги но настоящему Договору.

2.3.4. При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику) о любых изменениях самочувствия.

2.3.5. Отказаться на весь период предоставления медицинских услуг по настоящему Договору, от употребления наркотиков и лекарств, их содержащих, психотропных препаратов, содержащих алкоголь напитков.

2.3.6. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Исполнителем (медицинским работником) употребление любых терапевтических препаратов, лекарственных трав и т.п.

2.3.7. Соблюдать график приема медицинских работников, предоставляющих медицинские услуги по настоящему Договору.

2.3.8. Соблюдать внутренний режим нахождения в лечебном учреждении Исполнителя, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

**2.4. Потребитель (Заказчик) имеет право:**

2.4.1. На выбор врача-специалиста.

2.4.2. На профилактику, диагностику, лечение, в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.

2.4.3. На получение консультаций врачей-специалистов.

2.4.4. На получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, на выбор лиц, которым в интересах Пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.

2.4.5. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

2.4.6. На отказ от медицинского вмешательства.

2.4.8. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

**3. Стоимость услуг и порядок оплаты**

3.1. Стоимость медицинских услуг по настоящему Договору определяется по тарифам платных медицинских услуг, действующим у Исполнителя на момент заключения настоящего Договора, и остается неизменной в течение всего срока действия настоящего Договора.

3.2. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора на предоставление дополнительных медицинских услуг, их стоимость определяется по тарифам платных медицинских услуг, действующим у Исполнителя на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора.

3.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, [стоимость услуг может быть изменена](http://www.uristhome.ru/document/33/protokol-soglasheniya-po-dogovornoi-tsene) Исполнителем с согласия Потребителя, путем подписания дополнительного соглашения, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.4. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Потребителем (Заказчиком) до начала их оказания наличными денежными средствами в кассе медицинской организации, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. Потребителю (Заказчику) после оплаты медицинских услуг выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых медицинских услуг, установленного образца.

**4. Ответственность Сторон**

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

4.2. Стороны освобождаются от ответственности за исполнение обязательств в случае форс-мажорных обстоятельств.

**5. Заключительные положения**

5.1. До заключения настоящего договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя 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.

5.2. Настоящий договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

5.3. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

5.4. Настоящий договор составлен в двух аутентичных экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

5.5. Во всем, что не предусмотрено договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

**6. Адреса и реквизиты Сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ:** | **ПОТРЕБИТЕЛЬ (ЗАКАЗЧИК):** |
| ОГАУЗ «Братская городская больница №3»  адрес: 665714, Иркутская обл., г. Братск, ж.р. Гидростроитель, ул. Сосновая, 10  ОГРН 1023800916820, Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ о юридическом лице, зарегистрированном до 1 июля 2002г. серии 38 № 001010085, выдано Межрайонной ИМНС России №15 по Иркутской области 27.08.2002г. | ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  паспорт:\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Наименование, ИНН и адрес Заказчика – юридического лица:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Главный врач  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Боброва С.В. | Потребитель (Заказчик)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |

М.П.