Приложение № 2

к приказу № 239 от 30.08.2023г.

**Договор**

**на оказание платных медицинских услуг №\_\_-ПМ**

**(Присоединения)**

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 № Л041-01108-38/00362545 от 22.11.2019г. выданную министерством здравоохранения Иркутской области бессрочно 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 проинформирован о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках [программы](consultantplus://offline/ref=97219C2DD4900AFDEF714D1F03846113B88A879B6434C3B8A650A85695BD054DBFDDEF4E353A2E66E9ADAE05E7DE51DDB538A09C20054E59f9tEF) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской, и 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 – д. 10, ул. Сосновая, г. Братск Иркутской области.

2.4. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией, отражен в приложении № 1 к лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01108-38/00362545 от 22.11.2019г., находится в открытом доступе на сайте Росздравнадзора <https://roszdravnadzor.gov.ru/services/licenses>, а также на официальном сайте Исполнителя [www.gb3-bratsk.ru](http://www.gb3-bratsk.ru).

2.5. 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 11.05.2023 N 736; 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.

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

2.7. 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.

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

2.9. Срок предоставления медицинских услуг: с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г. по «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г. В случае изменения срока оказания медицинских услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.

1. **Права и обязанности Сторон**

**3.1. 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.

3.1.6. 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, а также персональных данных.

3.4.6. На отказ от медицинского вмешательства.

3.4.7. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

3.4.8. На получение результатов проведенного исследования (МСКТ) на следующий адрес электронной почты:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(заполняет Потребитель (Заказчик) собственноручно личная подпись Потребителя (Заказчика)*

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. **Порядок разрешения споров**
   1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.
   2. Заказчику/Пациенту в полной мере понятна информация о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации по вопросу качества оказания медицинской помощи.
   3. Претензии могут быть также направлены в адрес ОГАУЗ «Братская городская больница № 3» на юридический адрес и электронную почту, указанные в п. 8 настоящего Договора.
   4. При неурегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
2. **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 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, ОГРН 1023800916820

т/ф 31 02 22, т. 31-02-24

e-mail: [gb3-bratsk@yandex.ru](mailto:gb3-bratsk@yandex.ru),

официальный сайт: [www.gb3-bratsk.ru](http://www.gb3-bratsk.ru)

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

Главный врач

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

Приложение № 2

К Договору на оказание платных медицинских услуг №\_\_\_-ПМ (Присоединение)

**Заявление №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**о присоединении к Договору на оказание платных медицинских услуг № ПМ ОГАУЗ "Братская городская больница № 3"**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО Заказчика/Пациента полностью)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения, зарегистрирован(а) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

наименование выдавшего органа, дата выдачи

контактный 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")  зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **(заполняется при достижении Пациентом возраста 15 лет)**  паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  наименование выдавшего органа, дата выдачи  контактный телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  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 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):** | |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | |
| (фамилия, инициалы) |  | (подпись) | | | | |  | | | | | | | | | (фамилия, инициалы) | | | | | |  | | (подпись) | | | | | | | | | | |

Приложение № 3

к приказу № 239 от 30.08.2023г.

**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. 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 № 4

к приказу № 239 от 30.08.2023г.

**Договор № \_\_\_-ПФ**

**на оказание платных медицинских услуг**

г. Братск «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О. пациента)*

|  |
| --- |
| **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")  зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **(заполняется при достижении Пациентом возраста 15 лет)**  паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *наименование выдавшего органа, дата выдачи*  контактный телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  почтовый адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (заполняется в случае отличия от адреса регистрации) |

именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент» (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 Пациент (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 № Л041-01108-38/00362545 от 22.11.2019г., находится в открытом доступе на сайте Росздравнадзора https://roszdravnadzor.gov.ru/services/licenses, а также на официальном сайте Исполнителя www.gb3-bratsk.ru.

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

- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утверждёнными Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 N 736; ознакомил его с действующими у Исполнителя тарифами на платные медицинские услуги и с перечнем работ (услуг); 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, Пациент (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 «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г. по «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ 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.2.3. настоящего Договора;

- при нахождении Потребителя в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

**2.3. Пациент (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. Пациент (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.

2.4.9. На получение результатов проведенного исследования на следующий адрес электронной почты:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(заполняет Пациент (Заказчик) собственноручно личная подпись Пациента (Заказчика)*

**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.

1. **Порядок разрешения споров**
   1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.
   2. Заказчику/Пациенту в полной мере понятна информация о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации по вопросу качества оказания медицинской помощи.
   3. Претензии могут быть также направлены в адрес ОГАУЗ «Братская городская больница № 3» на юридический адрес и электронную почту, указанные в п. 8 настоящего Договора.
   4. При неурегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

**5. 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.

**6. 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 Пациент (Заказчик) 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.

**7. Адреса и реквизиты Сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ:** | **ПАЦИЕНТ (ЗАКАЗЧИК):** |
| 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, ОГРН 1023800916820  т/ф 31 02 22, т. 31-02-24  e-mail: gb3-bratsk@yandex.ru,  официальный сайт: www.gb3-bratsk.ru. | ФИО  паспорт:\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Наименование, ИНН и адрес Заказчика – юридического лица:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Главный врач  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Боброва С.В. | Пациент (Заказчик)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |

М.П.

1. Приложение № 6
2. к приказу № 239 от 31.08.2023г.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА**

**НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Я, гражданин (ка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ознакомился (ась) с «Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Иркутской области об условиях и сроках получения бесплатной медицинской помощи информирован (а).

Мне разъяснен порядок оказания бесплатной медицинской помощи.

Я ознакомлен (а) с тем, что могу получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях на других условиях.

Своей подписью я подтверждаю свое желание на получение платных медицинских услуг в ОГАУЗ «Братская городская больница № 3».

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г. Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение № 6

к приказу № 239 от 31.08.2023г.

**Согласие субъекта персональных данных**

**на обработку персональных данных**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Я, | |  | | | | | | | | | |
| (фамилия, имя, отчество) | | | | | | | | | | | |
| проживающий(ая) по адресу | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| паспорт серия | | | | |  | | | № |  | | |
| выдан | | |  | | | | | | | | |
| дата выдачи | | | | «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_г. | | | | | | | |
| * являюсь субъектом ПДн и свободно своей волей и в своем интересе в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие уполномоченным должностным лицам **ОГАУЗ «Братская городская больница № 3»**, адрес: 665714, Иркутская область, г. Братск, жилой район Гидростроитель, ул. Сосновая, 10 (далее – Оператор), на обработку следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество; табельный номер; ИНН; СНИЛС; характер, вид работы; пол; реквизиты трудового договора; дата рождения; место рождения; гражданство; сведения об образовании; наименование образовательного, научного учреждения; наименование и реквизиты документа об образовании; год окончания образовательного, научного учреждения; квалификация по документу об образовании; направление подготовки или специальность по документу об образовании; сведения о послевузовском профессиональном образовании; профессия; стаж работы; состояние в браке; сведения о составе семьи; данные документа, удостоверяющего личность; наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность; код подразделения органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность; дата выдачи документа, удостоверяющего личность; адрес регистрации; адрес проживания; дата регистрации по месту жительства; контактные телефоны; сведения о воинском учете; сведения о приеме на работу и переводах на другую работу; место работы; структурное подразделение; должность; размер оклада; размер надбавки; сведения об аттестации; сведения о повышении квалификации; сведения о профессиональной переподготовке; сведения о наградах (поощрениях), почетных званиях; данные об отпусках; данные о командировках; информация о явках/неявках на работу; реквизиты листка нетрудоспособности; период нетрудоспособности; сведения о взысканиях; контактные телефоны (или иной вид связи); отношение к воинской обязанности и воинское звание; дополнительные сведения, которые субъект персональных данных пожелал сообщить о себе; сведения об увольнении; основание прекращения трудового договора (увольнения); дата увольнения; иные сведения, необходимые в целях выполнения требований законодательства о муниципальной службе в Российской Федерации. | | | | | | | | | | | |
| Я предупрежден(а), что обработка моих персональных данных осуществляется с использованием бумажных носителей и средств вычислительной техники, с соблюдением принципов и правил обработки персональных данных, предусмотренных Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», а также необходимых правовых, организационных и технических мер, обеспечивающих их защиту от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, предоставления, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий в отношении персональных данных. | | | | | | | | | | | |
| Срок действия Согласия на обработку персональных данных – с даты подписания Согласия, в течение 75 лет, согласно Приказа Росархива от 20.12.2019 N 236 "Об утверждении Перечня типовых управленческих архивных документов, образующихся в процессе деятельности государственных органов, органов местного самоуправления и организаций, с указанием сроков их хранения". Согласие может быть досрочно отозвано путем подачи письменного заявления в адрес Оператора.  Я проинформирован(а):  – о факте обработки мною персональных данных, обработка которых осуществляется ОГАУЗ «Братская городская больница № 3» (далее - Оператор) без использования средств автоматизации\*;  – о категориях обрабатываемых персональных данных;  – о правилах осуществления такой обработки, установленных нормативными правовыми актами федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, а также локальными правовыми актами Оператора.  \* обработка персональных данных, содержащихся в информационной системе персональных данных либо извлеченных из такой системы, считается осуществленной без использования средств автоматизации (неавтоматизированной), если такие действия с персональными данными, как использование, уточнение, распространение, уничтожение персональных данных в отношении каждого из субъектов персональных данных, осуществляются при непосредственном участии человека.  Я предупрежден(а), что в случае отзыва согласия на обработку персональных данных, Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в [пп.2-11 ч.1 ст.6](garantF1://12048567.6012) и пп.2-10 [ч.2](garantF1://12048567.1002) ст.10 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».  Я предупрежден(а) о том, что в случае нарушения установленного законодательством Российской Федерации порядка сбора, хранения, использования или распространения персональных данных я несу ответственность, предусмотренную ст. 13.11 КоАП РФ. | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  |  | |  |  |
| (дата) | | | | | |  | (подпись) | |  | (расшифровка подписи) |