**У Т В Е Р Ж Д Е Н**

**приказом главного врача ОГАУЗ**

**«Братская городская больница № 3»**

**от 23.05.2017г. № 144**

**Размещен на сайте**[**www.gb3-bratsk.ru**](http://www.gb3-bratsk.ru)

**23 мая 2017г.**

**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. ОСНОВНЫЕ ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1. Заказчик - физическое лицо, заключающее настоящий Договор с Исполнителем, в некоторых случаях Заказчиком может являться законный представитель Пациента.

1.2. Исполнитель - ОГАУЗ «Братская городская больница № 3» (по тексту Договора - учреждение).

1.3. Пациент - физическое лицо, получающие медицинские услуги, ока­зываемые Исполнителем в объемах и порядке, установленном настоящим Договором, Дополнениями/Приложениями к настоящему Договору.

1.4. Прейскурант - утвержденный главным врачом перечень оказываемых медицинских услуг и цен на них, действующий на момент произведения оплаты. Прейскурант доступен для публичного ознакомления на официальном сайте Исполнителя в информационной сети Интернет и на стендах в учреждении Исполнителя. Стоимость конкретных процедур и манипуляций также может быть уточнена у соот­ветствующих специалистов Исполнителя.

1.5. В случае, если Заказчик и Пациент являются одним лицом, то по тексту настоящего Договора термины «Пациент» и «Заказчик» являются равнозначными и могут применяться как совместно, так и раздельно.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

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

2.2. Заказчик поручает, а Исполнитель на основании лицензии № ЛО-38-01-001370 от 21.06.2013г. обязуется оказывать Пациенту платные медицин­ские услуги, указанные в Прейскуранте, который является Приложением № 1 к настоящему Договору.

2.3. **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.

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

2.5. 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.

2.6. 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.

2.7. 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.

2.8. 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).

3. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА

3.1. 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.

3.2. 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.

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

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

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Исполнитель обязуется:

4.1.1. Оказывать Пациенту медицинские услуги в соответствии с установ­ленными порядками и стандартами оказания медицинской помощи, дей­ствующими на территории Российской Федерации, либо по просьбе За­казчика/Пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

4.1.2. Оформить необходимые для обслуживания Пациента медицинские документы, в том числе медицинскую (амбулаторную) карту;

4.1.3. Информировать Заказчика/Пациента об обстоятельствах, затрудня­ющих выполнение медицинских услуг в рамках настоящего Договора по объективным причинам (болезнь специалиста, поломка аппаратуры) и о дате возможного возобновления оказания медицинских услуг;

4.1.4. Предоставлять Пациенту достоверную информацию об оказываемой медицинской помощи, эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях;

4.1.5. Информировать Пациента о возможности возникновения осложне­ний при оказании медицинских услуг;

4.1.6. По письменному заявлению Пациента выдавать ему выписку из амбулаторной карты Пациента, иную медицинскую документацию в порядке, предусмотренном законодательством РФ;

4.1.7. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных Заказчика/Пациента, используемых, в том числе, в медицинских информационных системах;

4.1.8. При оказании медицинских услуг обеспечивать применение разре­шенных к применению в Российской Федерации лекарственных препаратов, специализированных продуктов лечебного питания, медицинских изделий;

4.1.9 Информировать Заказчика/Пациента в процессе оказания медицин­ских услуг о необходимости оказания дополнительных медицинских услуг, не согласованных с Пациентом (его законным представителем) в момент его обращения в учреждение.

4.2. Заказчик/Пациент, присоединяясь к настоящему Договору, берет на себя следующие обязательства:

4.2.1. До оказания медицинской услуги предоставить Исполнителю мак­симально подробную информацию о состоянии здоровья, отягощенной наследственности, о перенесенных и имеющихся заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях Пациента;

4.2.2. Выполнять все требования и/или обеспечить выполнение Пациен­том всех требований и рекомендаций по лечению Пациента, в том числе соблюдать указания Исполнителя, предписанные на период после оказания медицинской услуги;

4.2.3. Заблаговременно информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменения назначенного Пациенту времени получения (оказа­ния) медицинской услуги. В случае опоздания более, чем на 10 минут по отношению к назначенному времени получения медицинской услуги, Исполнитель оставляет за собой право переноса или отмены получения медицинской услуги;

4.2.4. Осуществлять действия, направленные на достижение должного уровня заботы о своем здоровье/здоровье Пациента и не совершение действий, наносящих ущерб своему здоровью и здоровью других лиц;

4.2.5. Соблюдать меры предосторожности при контактах с другими лица­ми, включая медицинских работников, в случае, если он знает о наличии у Пациента заболевания, представляющего опасность для окружающих;

4.2.6. Сообщать Исполнителю сведения о наличии у Пациента заболева­ния, представляющего опасность для окружающих, при использовании крови, биологических жидкостей Пациента;

4.2.7. Сообщать Исполнителю о жалобах Пациента, перенесенных заболе­ваниях, обращениях за медицинской помощью, изменениях в состоянии здоровья;

4.2.8. Предоставлять Исполнителю необходимую для медицинского вме­шательства информацию о состоянии здоровья Пациента и иные сведения. которые могут сказаться на качестве оказываемых медицинских услуг;

4.2.9. Учитывать свои финансовые возможности при привлечении объе­мов и видов медицинских услуг Пациенту. Оплачивать медицинские услуги в сроки и в порядке, предусмотренные настоящим Договором, дополнениями/приложениями к нему;

4.2.10. За свой счет оплачивать расходы, потребовавшиеся на лечение осложнений, возникших вследствие собственных сознательных действий Пациента вопреки согласованным с Пациентом назначениям Исполните­ля.

4.2.11. Предоставить Исполнителю согласие на обработку своих персональных данных по форме установленной Исполнителем.

4.3. Исполнитель имеет право:

4.3.1. Самостоятельно определять объем исследований и необходимых действий, направленных на установление верного диагноза и оказание медицинской услуги Пациенту, в случаях возникновения состояний Паци­ента, требующих незамедлительного медицинского вмешательства;

4.3.2. Отказать в оказании медицинских услуг вследствие невозможности Исполнителя оказать услуги Пациенту, в том числе в случае невыполне­ния Пациентом требований медицинского персонала Исполнителя, при выявлении у Пациента противопоказаний к проведению лечебно-диагностических мероприятий;

4.3.3. Приостановить оказание Пациенту услуг по настоящему Договору в случае нарушения Заказчиком/Пациентом положений главы 5 настоящего Договора;

4.3.4. Исполнитель вправе с целью исполнения обязательств по настоя­щему Договору привлекать третьих лиц, которые имеют лицензию на осуществление медицинской деятельности.

4.4. Заказчик/Пациент имеет право:

4.4.1. Требовать от Исполнителя надлежащего выполнения им обяза­тельств по настоящему Договору.

4.4.2. На выбор лечащего врача, с учетом согласия врача, в соответствии с законодательством Российской Федерации;

4.4.3. На профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилита­цию в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требовани­ям;

4.4.4. На получение консультаций врачей-специалистов, в том числе проведение по просьбе Заказчика/Пациента консилиума врачей;

4.4.5. На облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами;

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

4.4.7. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну;

4.4.8. 3аказчик/Пациент (при достижении 15-летнего возраста) имеет право на получение в доступной форме информации о состоянии своего здоровья, на отказ от медицинского вмешательства;

4.4.9. На возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании Пациенту ненадлежащей медицинской помощи;

4.4.10. Знакомиться и получать медицинскую документацию, знакомиться с медицинскими заключениями Исполнителя в отношении Пациента с указанием результа­тов проведенных исследований, лечебных мероприятий и необходимых рекомендаций, в порядке, предусмотренном законодательством РФ и настоящим Договором.

5. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

5.1. Стоимость медицинских услуг, оказываемых Пациенту по настояще­му Договору, определяется в соответствии с Прейскурантом, действующим на дату оказания медицинской услуги Пациенту (если иное не согласовано Сторонами в Дополнениях/Приложениях к Договору), и указывается в кон­трольно-кассовом чеке либо ином расчетном документе, оформленном в соответствии с требованиями законодательства. Стоимость медицинских услуг НДС не облагается в соответствии с п.2 ст.149 Налогового кодекса Российской Федерации.

5.2. Исполнитель вправе изменить перечень и стоимость медицинских услуг, путем внесения соответствующих изменений в Прейскурант в поряд­ке, предусмотренном п.8.2 настоящего Договора.

5.3. Оплата медицинских услуг осуществляется Заказчиком/Пациентом в день оказания медицинских услуг на основании Прейскуранта, действую­щего на момент оказания медицинской услуги, если иное не согласовано Сторонами в Соглашениях/Дополнениях к настоящему Договору, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя (в том числе с использованием платежных карт) или путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя, при этом Заказчику предоставляется доку­мент, подтверждающий произведенную оплату медицинских услуг (кон­трольно-кассовый чек либо иной расчетный документ, оформленный в соответствии с требованиями законодательства).

6. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

6.1. Прием Пациента медицинским работником Исполнителя осуществля­ется после оформления медицинской (амбулаторной) карты (в том числе электронной медицинской карты) в момент первичного обращения Паци­ента в учреждение. Медицинские услуги оказываются в учреждении в дни и часы, которые устанавливаются руководителем учреждения, режим работы доводится до сведения Заказчика/Пациента путем размещения информа­ции на информационном стенде в учреждении и официальном сайте Испол­нителя.

6.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и правилами (положениями), устанавливающими условия и порядок оказания меди­цинских услуг в учреждении Исполнителя.

6.3. Исполнитель не обеспечивает Пациентов бесплатными лекарствен­ными препаратами, питанием и не применяет в процессе лечения лекар­ственные средства и медицинские изделия, приобретенные Заказчи­ком/Пациентом у третьих лиц.

6.4. В соответствии с п.3 ст.70 Федерального закона РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Феде­рации» лечащий врач по согласованию с руководителем учреждения может отказаться от наблюдения за Пациентом и его лечением, если отказ непосредственно не угрожает жизни Пациента и здоровью окружающих. В случае отказа лечащего врача от наблюдения за Пациентом и лечения Пациента руководитель учреждения должен организовать замену лечащего врача.

6.5. Медицинские услуги оказываются Пациенту Исполнителем при нали­чии письменного информированного добровольного согласия Пациента (его законного представителя) на медицинское вмешательство, проведе­ние диагностических процедур и лечебных манипуляций, лабораторных исследований, которые, по мнению специалиста Исполнителя, целесооб­разны и необходимы.

6.6. Факт оказания медицинской услуги Пациенту, подтверждается пер­вичной медицинской документацией и/или результатами лабораторных исследований и/или медицинской справкой и/или медицинским заключением и/или актом выполненных работ (услуг). В случае не подписания акта и отсутствия претензий со стороны Заказчика/Пациента по качеству и объему оказанных услуг в течение 10 календарных дней с момента оказания услуги Пациенту, услуги считаются оказанными надлежащим образом и принятыми Заказчиком/Пациентом в полном объеме.

6.7. В случае оказания Пациенту медицинской услуги в иной медицинской организации по направлению Исполнителя, Исполнитель координирует действия медицинского персонала, обеспечивает получение информации о ходе лечения, состоянии здоровья Пациента, при этом ответственность за действия медицинского персонала несет та медицинская организация, в которой Пациенту оказываются медицинские услуги.

6.8. Медицинская помощь на дому оказывается Исполнителем Пациенту при наличии указанной услуги в Прейскуранте Исполнителя, в случаях и в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации. Выезд на дом медицинского работника Исполнителя возможен только:

а) в рамках территории обслуживания учреждения, определенной Исполнителем,

б) в случае назначения такого выезда лечащим врачом (по медицинским показаниям).

7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

7.1. Исполнитель несет ответственность:

7.1.1. За качество, объем и сроки оказываемых Пациенту медицинских услуг, за исключением ситуаций, когда исполнение сроков не соблюдено по причинам, не зависящим от Исполнителя.

7.1.2. За достоверное и своевременное информирование Пациента о возможном развитии побочных явлений или осложнений, связанных с лечеб­но-диагностическим процессом при оказании медицинских услуг.

7.2. Заказчик/Пациент несет ответственность:

7.2.1. За несвоевременную оплату стоимости предоставленных медицин­ских услуг в соответствии с условиями настоящего Договора, дополне­ний/приложений к нему. В случае просрочки Заказчи­ком/Пациентом платежа более, чем на 5 рабочих дней Исполнитель впра­ве приостановить оказание медицинских услуг Пациенту в рамках насто­ящего Договора, и взыскать с Заказчика/Пациента неустойку в размере, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

7.2.2. За достоверность предоставленной врачу информации о перенесен­ных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопока­заниях в отношении Пациента.

7.2.3. За выполнение/невыполнение Пациентом всех требований и реко­мендаций по лечению со стороны медицинского персонала Исполнителя, в том числе за соблюдение/несоблюдение указаний лечащего врача Исполнителя, предписанных на период после оказания медицинской услуги.

7.3. Неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей Пациен­том, повлекшее ухудшение качества оказанной медицинской услуги, соответственно снимает ответственность с Исполнителя за качество медицинской помощи.

7.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение медицинских услуг по настоящему Договору, если Пациент нарушит обязательства, предусмотренные настоящим Дого­вором, и это нарушение явилось причи­ной недостатков оказания медицинской помощи (вреда).

7.5. Все споры, возникающие при выполнении настоящего Договора, решаются путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора в досудебном порядке, все неурегулированные вопросы подлежат разрешению в суде в соответствии с законодательством Российской Феде­рации.

8. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

8.1. Настоящий Договор может быть изменен и/или дополнен Сторонами путем подписания дополнительных соглашений и приложений к нему, а также иными способами в соответствии с условиями настоящего Догово­ра.

8.2. Исполнитель вправе в одностороннем порядке вносить изменения в Договор, Прейскурант, в положения, устанавливающие условия и правила оказания медицинских услуг Исполнителем. В случае изменения Исполнителем какого-либо документа, указанного в настоящем пункте, такие изменения доводятся до сведения Заказчика/Пациента путем размещения соответ­ствующей информации на информационных стендах в учреждении Испол­нителя и официальном сайте Исполнителя.

8.3. Заказчик/Пациент вправе отказаться от получения медицинских услуг в рамках настоящего Договора, предоставив Исполнителю письменный отказ от медицинского вмешательства (или потребовать его прекращения) в порядке, предусмотренном п.7 ст.20 Федерального закона РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Рос­сийской Федерации», либо в любое время расторгнуть настоящий Договор в одностороннем порядке, уведомив письменно Исполнителя о расторже­нии Договора, при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

8.4. При отказе 3аказчика/Пациента от получения медицинских услуг и/или при расторжении Договора Стороны производят оконча­тельный расчет по настоящему Договору. При этом Заказ­чик/Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполни­телем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

9. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

9.1. Конфиденциальной считается информация, отнесенная Федеральным законом РФ «О персональных данных» к пер­сональным данным. Исполнитель обязуется принимать все необходимые организационные и технические меры для защиты персональных данных Заказчика/Пациента от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий. Сторо­ны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфи­денциальности информации, полученной при исполнении условий насто­ящего Договора. Передача информации третьим лицам или иное разгла­шение информации, признанной по настоящему Договору конфиденци­альной, может осуществляться только с письменно согласия другой Сто­роны, если иное не предусмотрено законодательством Российской Феде­рации и/или настоящим Договором, дополнениями/приложениями к нему.

9.2. С письменного согласия Пациента (его законного представителя) допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, указанным Пациентом или его законным представителем.

9.3. Подписывая заявление о присоединении к настоящему Договору Пациент (его законный представитель) в соответствии со ст.9 Федерального закона РФ «О персональных данных» дает свое согласие на обработку его персональных данных Ис­полнителем и его уполномоченным сотрудникам. Список уполномоченных сотрудников указан в приказе Исполнителя о назначении ответственных лиц за обработку персональных данных. Целью обработки персональных данных является оказание медицинских услуг по профилю деятельности Исполнителя на основании настоящего Договора.

9.4. Перечень персональных данных, подлежащих обработке:

- фамилия, имя, отчество; пол. возраст; паспортные данные;

- физиологические особенности Пациента;

- состояние здоровья, имеющиеся заболевания, поставленные диагнозы, факты обращения в медицинские организации;

- место регистрации, почтовый адрес, адрес электронной почты, домашний и мобильный телефоны;

- привычки и увлечения, в том числе вредные (алкоголь, наркоти­ки и др.);

- семейное положение, наличие детей, родственные связи.

9.5. Перечень действий с персональными данными, на совершение кото­рых Пациент (его законный представитель) дает свое согласие: любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематиза­цию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлече­ние, использование, передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

9.6. Передача персональных данных ограничена исключительно медицин­скими целями и обусловлена исключительно технической необходимо­стью.

9.7. Пациент может потребовать в письменном виде уничтожить его пер­сональные данные в любой момент после окончания оказания услуг.

10. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

10.1. Медицинские услуги не оказываются, если у Пациента имеются про­тивопоказания, препятствующие оказанию услуг по настоящему Догово­ру.

10.2. Заказчик/Пациент настоящим подтверждает, что он ознакомился с правилами поведения, Положением о Правилах предоставления платных меди­цинских услуг пациентам в учреждении Исполнителя, утвержденным Исполнителем, и обязуется соблюдать их.

10.3. Настоящим Заказчик/Пациент подтверждает, что до заключения До­говора уведомлен о том, что несоблюдение Пациентом указаний (реко­мендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставления медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на со­стоянии здоровья Пациента.

10.4. В случае, если какая-либо часть или части настоящего Договора будут признаны недействительными, незаконными или неприемлемыми к ис­полнению, это решение не должно отражаться на оценке обоснованности, законности и выполнимости других его частей и положений

10.5. Подписание Заявления о присоединении (по форме, предусмотренной Приложением № 2) к настоящему Договору свидетельствует об ознаком­лении и согласии Заказчика/Пациента (его законного представителя) с Договором и приложениями к нему, ценами на медицинские услуги - Прейскурантом Исполнителя, в том числе способом информирования об изменении Прейскуранта. Законный представитель Пациента, при достиже­нии Пациентом 14 лет, согласен на оплату лечения Пациента денежными средствами в соответствии с Прейскурантом Исполнителя, в том числе при произведении оплаты самим Пациентом в момент обращения Пациента, и осознает свою дополнительную финансовую ответственность по сделкам своего ребенка (Пациента), оформляемым в рамках настоящего Договора в процессе лечения Пациента.

10.6. 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».

11. 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» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Боброва С.В.

***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 (Присоединения) (стандартная форма)

**Заявление №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**о присоединении к Договору на оказание платных медицинских услуг № П-М/01 ОГАУЗ «Братская городская больница № 3»**

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

*(ФИО Заказчика/Пациента полностью),* «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения, зарегистрированный по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(дата выдачи и наименование выдавшего органа),* контактные телефоны:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 Пациентом 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 № П-М/01 (Присоединения) (стандартная форма) от «23» мая 2017г. (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 мне полностью понятны и разъяснены юридические и иные по­следствия моего присоединения к вышеназванному Договору.

**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/01 (Присоединения) (стандартная форма) от «23» мая 2017г., 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).

**Сведения о лицах, которым в соответствии с ч.3 ст.13 Федерального закона РФ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии здоровья Пациента:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Наименование юридического лица (ОГРН),** **ФИО физического лица** | **Договор на оказание платных медицинских услуг (номер, дата)** | **Срок при-крепления** | **Дата предо-ставления согласия** | **ФИО, подпись Па-циента (Законного представителя)** *(собственноручно)* | **Отметка об отзыве согласия на предостав-ление информации** *(дата, основание отзыва**- заявление, уведомление, документ о досрочном откреплении и др.)* |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**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*