

ОБРАЗЕЦ

Приложение № 1 к приказу главного врача ОГАУЗ «ТОКБ» № 226 от 14.092023г

ДОГОВОР

на оказание платных медицинских услуг № _____

«__» _____ 20__ г

Областное государственное автономное учреждение здравоохранения «Томская областная клиническая больница» (ОГАУЗ «ТОКБ»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», действующее на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») № ЛО41-01043-70/00574881, выданной Департаментом лицензирования и регионального государственного контроля Томской области, по перечню услуг, составляющих медицинскую деятельность, указанному в реестре лицензий на медицинскую деятельность, срок действия лицензии – бессрочно, в лице _____, действующей на основании _____, с одной стороны, и _____, именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель на основании самостоятельного обращения Потребителя обязуется оказать ему на возмездной основе медицинские услуги (далее – услуги).

1.2. Наименование, объем (количество услуг), код преискуранта, цена за единицу услуг, общая стоимость услуг указаны в Приложении № 1, являющемся неотъемлемой частью настоящего договора.

1.3. Потребитель обязуется принять и оплатить указанные выше услуги, в порядке, предусмотренном разделом 4 настоящего договора.

1.4. До заключения настоящего договора Потребитель проинформирован о возможности получения услуг, указанных в п. 1.1. настоящего договора, без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (Приложение № 2 к договору).

1.5. До заключения настоящего договора Потребитель проинформирован о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя. (Приложение № 3 к договору).

1.6. До заключения настоящего договора Потребитель проинформирован о форме и способах направления обращения (жалоб) в органы государственной власти и организации, в том числе о почтовом адресе и адресе электронной почты, на которые может быть направлено данное обращение (жалоба) (Приложение № 4 к договору).

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Получать от Потребителя любую информацию относительно состояния его здоровья, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему договору. В случае не предоставления либо неполного или неверного предоставления Потребителем информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему договору до предоставления необходимой информации.

2.2. Исполнитель обязуется:

2.2.1. По требованию Потребителя предоставить ему в доступной для него форме информацию:

а) о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

б) об используемых при предоставлении услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

2.2.2. Не передавать и не показывать третьим лицам, находящуюся у Исполнителя документацию о Потребителе без его согласия.

2.2.3. В целях защиты прав потребителя при наличии его обращения, выдает потребителю следующие документы, подтверждающие фактические расходы потребителя на оказанные услуги и (или) приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения:

а) копию договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения) (дубликат договора в случае его утери);

б) справку об оплате медицинских услуг по форме, установленной УФНС России по Томской области;

в) рецептурный бланк с проставленным штампом "Для налоговых органов Российской Федерации, идентификационный номер налогоплательщика", заверенный подписью и личной печатью врача, печатью учреждения (документ установленного образца).

2.2.4. В случае если при предоставлении услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных услуг, не предусмотренных настоящим договором, исполнитель обязан предупредить об этом потребителя. Без оформления дополнительного соглашения к договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных услуг и их стоимости исполнитель не вправе предоставлять услуги на возмездной основе.

2.2.5. После исполнения договора выдать Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы. Копии медицинских документов предоставляются медицинским работником, предоставляющим услугу (-и) в день окончания оказания услуг или _____.¹

2.2.6. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и сроку их предоставления.

2.2.7. Гарантировать сохранность персональных данных в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных».

2.2.8. При направлении потребителем обращения (жалобы), в том числе по факту обнаружения недостатков оказанной медицинской услуги, рассматривать и удовлетворить заявленные требования либо направить отказ в удовлетворении заявленных требований в срок не позднее 10 календарных дней со дня получения обращения (жалобы). Днем получения обращения (жалобы) считается дата его поступления Исполнителю.

2.3. Потребитель имеет право:

2.3.1. Потребовать от Исполнителя смету на оказание услуг.

2.3.2. Требовать от Исполнителя надлежащего исполнения своих обязанностей, предусмотренных настоящим договором, получать квалифицированные услуги надлежащего качества.

2.4. Потребитель обязуется:

2.4.1. Оплатить стоимость услуг в соответствии с разделом 4 настоящего договора.

2.4.2. Сообщить медицинскому работнику, оказывающему услугу, сведения о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

2.4.3. Надлежащим образом исполнять все медицинские предписания, назначения и рекомендации специалистов Исполнителя, оказывающих услуги. В случае любых изменений в состоянии здоровья немедленно сообщать об этом медицинскому работнику, оказывающему услугу,

2.4.4. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности.

2.4.5. Соблюдать правила поведения пациентов в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения.

2.4.6. Своевременно подписывать отчеты (акты) об оказании услуг Исполнителем.

3. Условия, сроки предоставления услуг.

3.1. Условия предоставления услуг:

(вне медицинской организации, амбулаторно, в дневном стационаре, в условиях стационара)

3.2. Срок оказания услуги (срок ожидания) с _____ по _____.²

3.3. Медицинская помощь при предоставлении услуг организуется и оказывается:

а) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

¹ Указать конкретную дату. В случае, если документы выдаются в день выписки (при госпитализации) – поставить прочерк.

² Возможно указать одну дату (например, при проведении диагностической процедуры).

б) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;

в) на основе клинических рекомендаций;

г) с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.3. Услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе потребителя в виде отдельных услуг, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

3.4. Услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия потребителя, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

3.5. По окончании оказания услуг стороны подписывают отчет (акт) об оказании услуг, который является подтверждением оказания услуг Исполнителем Потребителю.

3.6. Отчеты (акты) предоставляются Потребителю Исполнителем в день оказания услуги (если услуга оказывается несколько дней – в последний день оказания услуг).

3.7. Потребитель обязуется рассмотреть и подписать отчеты (акты), представленные Исполнителем в течение одного дня с момента их получения при условии отсутствия у Потребителя каких-либо замечаний к оказанным Исполнителем услугам.

При наличии замечаний к оказанным Исполнителем услугам Потребитель указывает об этом в отчете (акте) и после устранения Исполнителем всех выявленных замечаний подписывает отчет (акт) и передает один экземпляр Исполнителю.

4. Стоимость услуг, сроки и порядок их оплаты

4.1. Общая стоимость услуг по настоящему договору составляет _____ рублей
_____ коп.

4.2. Расчеты по настоящему договору производятся путем перечисления суммы, указанной в п. 4.1. настоящего договора на расчетный счет Исполнителя или путем внесения денежных средств в кассу учреждения до момента оказания медицинской услуги (100% предоплата).

4.3. Датой оплаты денежных средств считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или день внесения денежных средств в кассу учреждения.

4.4. Потребителю выдается документ, подтверждающий произведенную оплату за услуги (кассовый чек или бланк строгой отчетности).

4.5. На предоставление услуг может быть составлена смета. Ее составление по требованию потребителя или исполнителя является обязательным, при этом она является неотъемлемой частью договора.

5. Ответственность сторон за невыполнение условий договора

5.1. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а также в случае причинения вреда жизни и здоровью Потребителя.

5.2. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам исполнения услуг Потребитель вправе по своему выбору:

- назначить новый срок оказания услуги;
- потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;
- потребовать исполнения услуги другим специалистом;
- расторгнуть настоящий договор и потребовать возмещение убытков.

5.3. Ни одна из сторон настоящего договора не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение другой стороной своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля сторон договора, препятствующие выполнению настоящего договора, возникшие после заключения договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

5.4. Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по договору, обязана не позднее 3 дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

5.5. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.6. Исполнитель и его работники, оказывающие услуги по настоящему договору, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании Потребителю медицинской помощи.

5.7. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения Потребителем своих обязанностей или по иным основаниям, предусмотренным законодательством.

6. Срок действия, порядок изменения и расторжения договора

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств.

6.2. Все изменения и дополнения к договору оформляются в письменной форме и подписываются сторонами.

6.3. Настоящий договор может быть расторгнут по соглашению сторон.

6.4. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения услуг договор расторгается, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7. Прочие условия

7.1. Все споры или разногласия, возникающие между Сторонами по настоящему договору решаются путем переговоров.

7.2. В случае невозможности разрешения разногласий путем переговоров споры подлежат рассмотрению в суде согласно порядку, установленному действующим законодательством РФ.

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

Приложения к договору:

1. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором - Приложение № 1.

2. Информация 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 – Приложение № 2.

3. Информация о возможных последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) Исполнителя – Приложение № 3.

4. Информация о форме и способах направления обращения (жалоб) в органы государственной власти и организации – Приложение № 4.

5. Информация о порядке и стандартах оказания медицинской помощи, применяемых при предоставлении платной медицинской услуги, информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление платной медицинской услуги – Приложение № 5.

8. Реквизиты и подписи Сторон

Исполнитель:

Областное государственное автономное
учреждение здравоохранения «Томская областная
клиническая больница»
ОГРН 1027000877848
ИНН 7020016160/701701001

Банковские реквизиты:

Адрес: 634063, г. Томск, ул. Ивана Черных, 96.

Телефон _____

Потребитель:

ФИО _____

Адрес места жительства, иной адрес на который исполнитель
может отправлять ответы на письменные обращения

Телефон _____

Паспорт (иной документ удостоверяющий
личность)

серия ____ № _____, выдан __. __. __ г.

Кем _____

должность _____ / _____ /
ФИО _____ подпись _____

_____ / _____ /
ФИО _____ подпись _____

документ, подтверждающий полномочия лица

Перечень платных медицинских услуг (смета)

Наименование услуги	Объем (количество) услуг	Код преискуранта	Цена за единицу услуги	Общая стоимость услуг
Итого:				

Исполнитель:
ОГАУЗ «ТОКБ»

Потребитель

_____/_____/_____
ФИО подпись

_____/_____/_____
ФИО подпись

Я _____ проинформирован о возможности
(Ф.И.О. Потребителя)

получения услуг, указанных в договоре на оказание платных медицинских услуг, без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я, _____ отказываюсь от получения
(Ф.И.О. Потребителя)

бесплатных медицинских услуг. Возможность и порядок получения медицинских услуг, указанных в настоящем договоре, без взимания платы мне разъяснены.

Ф.И.О. / _____ /
подпись

дата

Я _____ уведомлен о том, что несоблюдение указаний и
(Ф.И.О. потребителя)

рекомендаций медицинских работников, предоставляющих мне платные медицинские услуги, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

_____/_____/_____
ФИО подпись дата

Я _____,
(Ф.И.О.)

уведомлен о форме и способах направления обращения (жалоб) в органы государственной власти и организации.

Обращение (жалоба) может быть направлено мной на почтовый адрес и (или) адрес электронной почты организации, органа государственной власти; передано по факсу; доставлено нарочно.

Я _____,
(Ф.И.О.)

уведомлен о почтовом адресе, адресе электронной почты (при наличии), на которые может быть направлено мое обращение (жалоба), а именно:

- Областное государственное автономное учреждение здравоохранения «Томская областная клиническая больница»: 634050, г. Томск, ул. Ивана Черных, д.96, E-mail: okb@trecom.tomsk.ru, тел.: 8 382 263 00 03, факс: 8 382 264 40 39.

- Департамент здравоохранения Томской области: 634041, г. Томск, пр. Кирова, д.41, E-mail: ozo@dzato.tomsk.ru, факс: 8 382 251 60 35, тел.: 8(3822) 51-66-16 (бесплатно для жителей Томска), 8 800 350 88 50 (бесплатно для жителей районов Томской области).

- Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Томской области: 634019, ул. Белинского, д.19, E-mail: info@reg70.roszdravnadzor.gov.ru, тел.: 8 (3822) 53-49-42; 8 923-403-81-61.

- Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Томской области: 634021, г. Томск, проспект Фрунзе, д. 103а, E-mail: ufs@70.rospotrebnadzor.ru, тел.: 8 800 350 41 56.

- Страховые медицинские организации, выдавшие полис обязательного медицинского страхования.

_____/_____/_____
ФИО подпись дата

Я _____ настоящим подтверждаю, что при заключении
(Ф.И.О. потребителя)

договора мне предоставлена в доступной форме информация о платных медицинских услугах (являющихся предметом настоящего договора), содержащая следующие сведения:

а) порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

б) информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации).

_____/_____/_____
ФИО подпись дата