РЖД МЕДИЦИНА

Частное учреждение здравоохранения
«Клиническая больница
«РЖД-МЕДИЦИНА» города Пенза»

ПРИКАЗ

27.10. 2023 г. № 01-03/ 427

Об утверждении форм
договоров на оказание платных медицинских услуг
и признании утратившим силу приказа № 01-03/327 от 23.08.2023

В связи с утверждением Методики применения форм договоров на оказание платных медицинских услуг, приказ №ЦДЗ-101 от 01.09.2023 и в целях обеспечения единообразия оформления договоров об оказании платных медицинских услуг приказываю:

1. Утвердить прилагаемые формы договоров об оказании платных медицинских услуг физическим лицам - приложения №1, №2, к настоящему приказу.
2. Утвердить прилагаемые формы договоров оказания комплексных услуг медицинского сервиса при оказании медицинской помощи в условиях стационара – приложение №3, №4 к настоящему приказу.
3. Признать утратившим силу приказ от 23.08.2023 № 01-03/327 «Об утверждении форм договоров на оказание платных медицинских услуг».
4. И.о. заместителя главного врача по медицинской части Метальниковой И.В. и главному бухгалтеру Гронской Е.Б. довести указанный приказ до сведения всех ответственных работников Учреждения.
5. Начальнику сектора ИТ Горбачеву Д.А. в течение 2 дней разместить формы договоров на официальном сайте Учреждения в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»
6. Контроль за исполнением настоящего приказа возлагаю на заместителя главного врача по медицинской части Вербицкую О.С.

Главный врач Н.А.Герцог

Приложение № 1 к приказу
от «____»_____2023 г. № _____

Я, _____(Ф.И.О) в соответствии с п 7 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 11 мая 202 г. № 736 (далее – Правила) уведомлен 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.

Согласно п. 24 Правил, уведомлен, 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.

В1: Подтверждаю, что согласовываю оказание мне платных медицинских услуг в виде отдельных консультаций и (или) медицинских вмешательств.

В2: Подтверждаю, что согласовываю оказание мне платных медицинских услуг в объеме, превышающем объем стандарта медицинской помощи.

Потребитель _____ _____ _____
(подпись, Ф.И.О.) дата

ДОГОВОР №_____
на оказание медицинских услуг

г.Пенза «____»_____202__г.

_____, документ удостоверяющий личность _____ дата выдачи _____, кем выдан _____, именуемый в дальнейшем «Потребитель», с одной стороны, и **Частное учреждение здравоохранения «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Пенза» (ЧУЗ КБ «РЖД-Медицина» г.Пенза»)**, именуемое далее «Исполнитель», в лице Главного врача Герцог Натальи Андреевны, действующего на основании Устава, ОГРН: 1045802005292, ИНН: 5834028940, лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-00110-58/00358982 от 17.12.2020, выдана Министерством здравоохранения Пензенской области, срок действия – бессрочно, с другой стороны, они же «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. В соответствии с условиями настоящего Договора и действующим законодательством Российской Федерации, Исполнитель обязуется по желанию и с учетом медицинских показаний, оказать Потребителю медицинские услуги исходя из видов и стоимости услуг, указанных в Приложении № 1 к настоящему Договору.

Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

1.2. Время и дата оказания медицинских услуг согласовывается с Исполнителем в день обращения Потребителя, начиная с _____.

1.3. Услуги оказываются амбулаторно и/или стационарно *(нужное подчеркнуть)* по месту нахождения Исполнителя: *г.Пенза, ул.Урицкого, д.118.*

1.4. Услуга оказывается в случае предоставления Исполнителю письменного согласия Потребителя на обработку его персональных данных в соответствии с Приложением №2 и его разрешения на предоставление сведений и документов составляющих врачебную тайну Исполнителю.

В случае не предоставления указанных письменных разрешений услуга не предоставляется

1.5. Услуги предоставляются в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Потребителя.

1.6. Условия и сроки ожидания Услуг регламентируются настоящим Договором.

2. Стоимость услуг и порядок оплаты

2.1. Стоимость медицинских услуг определяется, исходя из фактически оказанных услуг и их стоимости (цене), определенной в Приложении № 1 к настоящему Договору. Стоимость включает в себя все затраты, издержки и иные расходы Исполнителя, в том числе сопутствующие, связанные с исполнением настоящего Договора.

2.2. Оплата производится Потребителем путем внесения *100 %* предоплаты.

В случае если стоимость оказанных медицинских услуг превысит размер, внесенной предоплаты, Потребитель обязан доплатить Исполнителю разницу между стоимостью медицинских услуг и суммой внесенной предоплаты, в течении 5 (пяти) календарных дней после подписания акта приема-передачи оказанных услуг (Приложение № 3) (далее – Акт).

В случае если стоимость оказанных медицинских услуг меньше суммы, предоплаты, Исполнитель обязан вернуть Потребителю разницу между стоимостью оказанных медицинских услуг и суммой внесенной предоплаты, в течении 5 (пяти) календарных дней после подписания Акта.

2.3. Оплата может быть произведена за наличный расчет в кассу Исполнителя, банковской платежной картой или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет, указанный в разделе 9 настоящего Договора. Потребителю в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг *(кассовый чек, квитанция или иные документы)*.

2.4. По окончанию оказания услуг, Исполнитель передает Потребителю Акт. Потребитель обязуются подписать Акт или предоставить мотивированные возражения Исполнителю в течение 2 (двух) календарных дней с момента получения Акта. В случае не предоставления мотивированных возражений в указанный срок, услуги считаются оказанными надлежащего качества, в полном объеме.

3. Права и обязанности сторон

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Обеспечить соответствие оказываемых им медицинских услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

3.1.2. Предоставить Потребителю (законному представителю) по его требованию и в доступной для него форме информацию о его здоровье, включая сведения о результатах обследования (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов, отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг), диагнозе, методах оказания медицинской помощи, связанных с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатов лечения в срок, предусмотренный действующим законодательством.

3.1.3. Предоставить Потребителю (законному представителю) и по его требованию информацию в доступной форме об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

3.1.4. Предоставить Потребителю информацию содержащею сведения о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, и возможности превышения их объемов, а также информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации), условиях и сроках ожидания оказания медицинских услуг, порядке и условиях выдачи медицинской документации, а также необходимости исполнения рекомендаций исполнителя и соблюдения режима лечения.

3.1.5. Предупредить Потребителя о нецелесообразности продолжения оказания медицинских услуг.

3.1.6. В случае госпитализации ознакомить под роспись Потребителя с:

– с планом и объемом лечебно-диагностических медицинских услуг;

– с изменениями плана и объема лечебно-диагностических медицинских услуг в период госпитализации, обусловленными особенностями течения конкретного клинического случая.

3.1.7. При оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их предоставления.

3.1.8. Предоставить Потребителю по его требованию и в доступной для него форме информацию о его здоровье, включая сведения о результатах обследования (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов, отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг), диагнозе, методах оказания медицинской помощи, связанных с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатов лечения в срок, предусмотренный действующим законодательством.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. Определять длительность лечения, определять объем медицинских услуг, исследований необходимых для установления диагноза и оказания медицинской помощи.

3.2.2. Самостоятельно принимать решения о проведении медицинского вмешательства в интересах Потребителя по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни в ситуации неспособности Потребителя выразить свою волю или отсутствия его представителей в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3.2.3. При необходимости привлекать для оказания медицинских услуг других лиц к исполнению своих обязательств по Договору, а также направлять Потребителя в другие специализированные медицинские организации в целях получения необходимой и достаточной информации о наличии у Потребителя заболеваний (состояний), препятствующих оказанию медицинских услуг в соответствии с условиями настоящего Договора, а также в целях повышения качества оказываемых услуг.

3.3. Потребитель обязан:

3.3.1. Оплатить медицинские услуги в порядке и сроки, установленные настоящим Договором.

3.3.2. Оплатить фактически произведенные до дня получения Исполнителем уведомления о расторжении настоящего Договора затраты Исполнителя на оказание медицинских услуг по настоящему Договору, в случае досрочного расторжения настоящего Договора по инициативе Потребителя.

3.3.3. В случае выявления каких-либо недостатков в процессе оказания медицинских услуг, незамедлительно обратиться к Исполнителю.

3.3.4. В случае досрочного расторжения настоящего Договора по инициативе Потребителя оплатить фактически произведенные до дня получения Исполнителем уведомления о расторжении настоящего Договора затраты Исполнителя на оказание медицинских услуг по настоящему Договору.

3.3.5. В 5 (пяти) календарных дней после получения от Исполнителя письменного уведомления об изменении цен на медицинские услуги согласовать произошедшие изменения цен путем подписания дополнительного соглашения к Договору либо отказаться от дальнейшего оказания услуг по настоящему Договору.

3.3.6. Выполнить требования, обеспечивающие качественное оказание медицинской услуги, предоставлять точную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях и пр., точно выполнять назначения лечащих врачей, соблюдать режим учреждения. При грубых нарушениях перечисленных требований потребитель подлежит выписке, сумма средств, затраченная на лечение, не возвращается.

3.4. Потребитель имеет право:

3.4.1. На выбор лечащего врача с учетом согласия врача.

3.4.2. На получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, подписать все необходимые документы, которые содержат первичная медицинская документация (информированное добровольное согласие на проведение лечебно-диагностических мероприятий и др.).

3.5. В случае, если Потребитель, в течение 5 (пяти) календарных дней с момента получения от Исполнителя письменного уведомления об изменении цен на медицинские услуги, не согласовывает произошедшие изменения и не подписывает соответствующие дополнительное соглашение к Договору, настоящий Договор считается расторгнутым с момента получения Потребителем указанного уведомления. При этом Стороны обязуются завершить взаиморасчеты по настоящему Договору в течение 10 (десяти) календарных дней с даты расторжения настоящего Договора.

3.6. Не допускается переуступка прав требования по Договору другому лицу, а также не допускается передача в залог без согласия Исполнителя. В случае неисполнения данного условия, Исполнитель вправе требовать уплаты штрафа в размере 10% от общей суммы оказания услуг по договору, а также, компенсации убытков или упущенных выгоды, понесенных Исполнителем в результате такой уступки или передачи в залог.

4. Конфиденциальность

4.1. Стороны обязуются сохранять конфиденциальность информации, полученную в ходе исполнения настоящего Договора.

4.2. Передача конфиденциальной информации (сведения, составляющие врачебную тайну) третьим лицам, опубликование или иное разглашение такой информации может осуществляться только с письменного согласия Потребителя, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

4.3. Исполнитель не несет ответственности в случае передачи им информации государственным органам, имеющим право затребовать ее в соответствии с законодательством Российской Федерации

5.Ответственность сторон

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.2. Вред, причиненный жизни и здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6. Разрешение споров

6.1. Все споры, возникающие при исполнении настоящего Договора, решаются Сторонами путем переговоров, которые могут проводиться, в том числе, путем отправления писем по почте России, экспресс службами доставки, по электронному адресу, указанному в реквизитах настоящего Договора, если Стороны не придут к соглашению путем переговоров, все споры рассматриваются в претензионном порядке. Срок рассмотрения претензии 10 дней с даты ее получения.

Соблюдение досудебного порядка рассмотрения спора не является обязательным для Сторон настоящего Договора.

6.2. В случае, если споры не урегулированы Сторонами с помощью переговоров и в претензионном порядке, то они передаются заинтересованной Стороной в суд в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7. Срок действия договора

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с даты его заключения Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами принятых на себя обязательств, за исключением случая, когда к моменту завершения срока действия Договора Исполнитель продолжает оказывать услуги Потребителю по его желанию или медицинским показаниям.

Срок действия настоящего Договора зависит от момента завершения лечебного процесса и проведения окончательных расчетов в соответствии с п.2.2. настоящего Договора.

7.2. Изменения и дополнения, вносимые в настоящий Договор, возможны по соглашению Сторон. Все изменения и дополнения оформляются в письменном виде путем подписания Сторонами дополнительных соглашений к Договору.

Дополнительные соглашения к Договору являются неотъемлемой частью и вступают в силу с даты подписания Сторонами.

Настоящий Договор может быть расторгнут Сторонами в период его действия на основе их письменного соглашения. Обязательства Сторон по настоящему Договору считаются прекращенными с момента подписания соглашения об расторжении настоящего Договора. При этом Потребитель вправе отказаться от исполнения обязательств по Договору при условии оплаты Исполнителю оказанных медицинских услуг и понесенных Исполнителем расходов

8. Прочие условия

8.1. Все уведомления Сторон, связанные с исполнением настоящего Договора, направляются в письменной форме по адресу сторон, указанному в реквизитах настоящего Договора.

8.2. Подписывая настоящий договор Потребитель подтверждают, что до заключения договора он:

-ознакомлен с перечнем медицинских услуг, составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией № Л041-00110-58/00358982 от 17.12.2020, выданной Министерством здравоохранения Пензенской области.

- ознакомлен с порядками оказания медицинской помощи и стандартом медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг.

- ознакомлен с информацией о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации).

8.3. Настоящий Договор составлен в 3 (трех) подлинных экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

8.4. К настоящему Договору прилагаются:

8.4.1. Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых Исполнителем – Приложение №1;

8.4.2. Согласия Потребителя на обработку его персональных данных – Приложение №2;

8.4.3. Акт приема-передачи, оказанных услуг по Договору – Приложение №3.

9. Реквизиты и подписи Сторон

Исполнитель: Частное учреждение здравоохранения «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Пенза» (ЧУЗ КБ «РЖД-Медицина» г.Пенза»),

Адрес места нахождения: 440600, г. Пенза, ул. Урицкого, 118, тел. 8412-999-349, ОГРН: 1045802005292, ИНН: 5834028940, лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-00110-58/00358982 от 17.12.2020, выдана Министерством здравоохранения Пензенской области – бессрочно.

_____ /_____/

Потребитель: _____

Адрес места жительства: _____.

Документ, удостоверяющий личность: __ _____

Телефон: _____.

Экземпляр договора на руки получил

_____/_____/

Приложение №1
к договору на оказание медицинских услуг №_____ от
_____20 г.

Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых Исполнителем

Код	Наименование услуги	Стоимость одной услуги (руб.)	Кол-во	Общая стоимость (руб.)

Итого: общая стоимость услуг составила: _____ (_____) руб.,

Потребитель

_____

Исполнитель:

_____

М.П.

Приложение №2
к договору на оказание медицинских услуг №_____
от _____20 г.

ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина»г.Пенза»

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я_____, "___"_____ ____ года рождения,
(Ф.И.О. субъекта персональных данных)
проживающ__ по адресу: _____,
паспорт: серия _____ номер _____, выдан "___"_____ ____ г. _____
_____(*дата и наименование выдавшего органа*), руководствуясь ст. 9, п. 2 ч. 2 ст. 22, п. 6 ч. 3 ст. 23 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ «О персональных данных», заявляю о согласии на обработку моих персональных данных/персональных данных лица (ненужное зачеркнуть), законным представителем которого я являюсь на основании _____, следующему оператору Частному учреждению здравоохранения «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г.Пенза» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих:

1) фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии);
2) пол;
3) дата рождения; место рождения; гражданство;
4) данные документа, удостоверяющего личность;
5) место жительства; место регистрации; дата регистрации;
6) страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), номер полиса обязательного медицинского страхования (ОМС); номер полиса добровольного медицинского страхования (ДМС);
7) анамнез; диагноз;
8) сведения об организации, осуществляющей медицинскую деятельность, в которой мне оказывались медицинские услуги;
9) вид оказанной медицинской помощи; условия оказания медицинской помощи, сроки оказания медицинской помощи;
10) объем оказанной медицинской помощи, включая сведения об оказанных медицинских услугах;
11) результат обращения за медицинской помощью;
12) серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии);
13) сведения о проведенных медицинских экспертизах, медицинских осмотрах и медицинских освидетельствованиях и их результаты;
14) примененные стандарты медицинской помощи;
15) сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую помощь, проводивших медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования.
16) контактный телефон;
17) адрес электронной почты, пользовательские данные (сведения о местоположении, тип и версия ОС, тип и версия Браузера; тип устройства и разрешение его экрана; источник, откуда пришел на сайт пользователь, с какого сайта или по какой рекламе; язык ОС и Браузера; какие страницы открывает и на какие кнопки нажимает пользователь, ip-адрес), - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется ответственным лицом оператора, обязанным сохранять их конфиденциальность.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, в том числе данные, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. 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 ОМС (договорам ДМС).

Предоставляю Оператору право на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка осуществляются лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну, без специального уведомления меня об этом:

1) со страховой медицинской организацией и/или с территориальным фондом ОМС – во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (или по договору ДМС);
2) с Центральной дирекцией здравоохранения – филиалом ОАО «РЖД» – для целей контроля объемов оказанных мне медицинских услуг ____*(Да/Нет);*

3) с частными учреждениями здравоохранения ОАО «РЖД» –в интересах моего обследовании и лечения, формирования единого реестра пациентов сети «РЖД – Медицина» ____*(Да/Нет).*

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных документов и составляет 25 (лет).

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной добровольно «___»_____20___г. и действует до дня его отзыва.

Я оставляю за собой право отозвать свое 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 представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись субъекта персональных данных _____

Расписался в моем присутствии:_____
(должность, ФИО)

Приложение №3
к договору на оказание медицинских услуг
№_____ от _____20 г._

Акт оказанных медицинских услуг
по Договору №_____ от «____»_____20 г.

г.Пенза «___»_____20 г.

_____, именуемый в дальнейшем «Потребитель», и **Частное учреждение здравоохранения «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Пенза» (ЧУЗ КБ «РЖД-Медицина» г.Пенза»)**, именуемое далее «Исполнитель», в лице Главного врача Герцог Натальи Андреевны, действующего на основании Устава ОГРН: 1045802005292, ИНН: 5834028940, лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-00110-58/00358982 от 17.12.2020, выдана Министерством здравоохранения Пензенской области, срок действия – бессрочно с другой стороны, составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. Исполнитель на основании обращения Потребителя оказал следующие медицинские услуги

1).

Исполнитель _____ _____ _____ _____
(код) (подпись) (дата) (шифр МКБ10)

в количестве _____ усл.

2. Оказанные услуги соответствуют объему согласованных с Потребителем медицинских услуг и отвечают требованиям Потребителя. Претензий Потребитель не имеет.

Потребитель: Исполнитель:

_____ _____
М.П.

Приложение № 2
к приказу от «___»_____2023 г. № _____

Я, _____(Ф.И.О) в соответствии с п 7 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 11 мая 202 г. № 736 (далее – Правила) уведомлен 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.

Согласно п. 24 Правил, уведомлен, 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.

В1: Подтверждаю, что согласовываю оказание мне платных медицинских услуг в виде отдельных консультаций и (или) медицинских вмешательств.

В2: Подтверждаю, что согласовываю оказание мне платных медицинских услуг в объеме, превышающем объем стандарта медицинской помощи.

Потребитель _____ _____ _____
(подпись, Ф.И.О.) дата

ДОГОВОР №_____
на оказание медицинских услуг

г.Пенза «____»_____202__г.

_____, документ удостоверяющий личность _____ дата выдачи _____, кем выдан _____, именуемый в дальнейшем «Потребитель», а также _____ документ удостоверяющий личность _____ дата выдачи _____, кем выдан _____, именуемый в дальнейшем «Заказчик» с одной стороны, и **Частное учреждение здравоохранения «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Пенза» (ЧУЗ КБ «РЖД-Медицина» г.Пенза»)**, именуемое далее «Исполнитель», в лице Главного врача Герцог Натальи Андреевны, действующего на основании Устава, ОГРН: 1045802005292, ИНН: 5834028940, лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-00110-58/00358982 от 17.12.2020, выдана Министерством здравоохранения Пензенской области, срок действия – бессрочно, с другой стороны, они же «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. В соответствии с условиями настоящего Договора и действующим законодательством Российской Федерации, Исполнитель обязуется по желанию и с учетом медицинских показаний, оказать Потребителю медицинские услуги исходя из видов и стоимости услуг, указанных в Приложении № 1 к настоящему Договору.

Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

1.2. Время и дата оказания медицинских услуг согласовывается с Исполнителем в день обращения Потребителя, начиная с _____.

1.3. Услуги оказываются амбулаторно и/или стационарно *(нужное подчеркнуть)* по месту нахождения Исполнителя: *г.Пенза, ул.Урицкого, д.118.*

1.4. Услуга оказывается в случае предоставления Исполнителю письменного согласия Потребителя на обработку его персональных данных в соответствии с Приложением №2 и его разрешения на предоставление сведений и документов составляющих врачебную тайну Исполнителю.

В случае не предоставления указанных письменных разрешений услуга не предоставляется

1.5. Информация о Потребителе, составляющая врачебную тайну, может предоставляться Заказчику по его письменному запросу в виде приложения к акту, при условии, если Потребитель дал свое согласие на предоставление информации о нем Заказчику (законному представителю) за исключением случаев, предусмотренных законодательством. Если такого согласия Потребитель не дал, Заказчик обязан подписать акт приема-передачи без информации, составляющей врачебную тайну.

В случае запроса Заказчика (законного представителя) на предоставление информации о Потребителе, которая составляет врачебную тайну, при наличии согласия Потребителя, информация оформляется в виде приложения к акту приема-передачи, во избежание ее предоставления лицам, доступ которых к врачебной тайне отсутствует.

1.6. Услуги предоставляются в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Потребителя.

1.7. Условия и сроки ожидания Услуг регламентируются настоящим Договором.

2. Стоимость услуг и порядок оплаты

2.1. Стоимость медицинских услуг определяется, исходя из фактически оказанных услуг и их стоимости (цене), определенной в Приложении № 1 к настоящему Договору. Стоимость включает в себя все затраты, издержки и иные расходы Исполнителя, в том числе сопутствующие, связанные с исполнением настоящего Договора.

2.2. Оплата производится в пользу Потребителя, Заказчиком путем внесения *100 %* предоплаты.

В случае если стоимость оказанных медицинских услуг превысит размер, внесенной предоплаты, Потребитель обязан доплатить Исполнителю разницу между стоимостью медицинских услуг и суммой внесенной предоплаты, в течении 5 (пяти) календарных дней после подписания акта приема-передачи оказанных услуг (Приложение № 3) (далее – Акт).

В случае если стоимость оказанных медицинских услуг меньше суммы, предоплаты, Исполнитель обязан вернуть Заказчику разницу между стоимостью оказанных медицинских услуг и суммой внесенной предоплаты, в течении 5 (пяти) календарных дней после подписания Акта.

2.3. Оплата может быть произведена за наличный расчет в кассу Исполнителя, банковской платежной картой или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет, указанный в разделе 9 настоящего Договора. Потребителю в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг *(кассовый чек, квитанция или иные документы)*.

2.4. По окончанию оказания услуг, Исполнитель передает Потребителю Акт. Потребитель обязуются подписать Акт или предоставить мотивированные возражения Исполнителю в течение 2 (двух) календарных дней с момента получения Акта. В случае не предоставления мотивированных возражений в указанный срок, услуги считаются оказанными надлежащего качества, в полном объеме.

3. Права и обязанности сторон

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Обеспечить соответствие оказываемых им медицинских услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

3.1.2. Предоставить Потребителю (законному представителю) по его требованию и в доступной для него форме информацию о его здоровье, включая сведения о результатах обследования (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов, отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг), диагнозе, методах оказания медицинской помощи, связанных с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатов лечения в срок, предусмотренный действующим законодательством.

3.1.3. Предоставить Потребителю (законному представителю) и по его требованию информацию в доступной форме об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

3.1.4. Предоставить Потребителю (законному представителю) и/или Заказчику информацию содержащею сведения о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, и возможности превышения их объемов, а также информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации), условиях и сроках ожидания оказания медицинских услуг, порядке и условиях выдачи медицинской документации, а также необходимости исполнения рекомендаций исполнителя и соблюдения режима лечения.

3.1.5. Предупредить Потребителя о нецелесообразности продолжения оказания медицинских услуг.

3.1.6. В случае госпитализации ознакомить под роспись Потребителя с:

– с планом и объемом лечебно-диагностических медицинских услуг;

– с изменениями плана и объема лечебно-диагностических медицинских услуг в период госпитализации, обусловленными особенностями течения конкретного клинического случая.

3.1.7. При оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их предоставления.

3.1.8. Предоставить Потребителю по его требованию и в доступной для него форме информацию о его здоровье, включая сведения о результатах обследования (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов, отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг), диагнозе, методах оказания медицинской помощи, связанных с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатов лечения в срок, предусмотренный действующим законодательством.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. Определять длительность лечения, определять объем медицинских услуг, исследований необходимых для установления диагноза и оказания медицинской помощи.

3.2.2. Самостоятельно принимать решения о проведении медицинского вмешательства в интересах Потребителя по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни в ситуации неспособности Потребителя выразить свою волю или отсутствия его представителей в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3.2.3. При необходимости привлекать для оказания медицинских услуг других лиц к исполнению своих обязательств по Договору, а также направлять Потребителя в другие специализированные медицинские организации в целях получения необходимой и достаточной информации о наличии у Потребителя заболеваний (состояний), препятствующих оказанию медицинских услуг в соответствии с условиями настоящего Договора, а также в целях повышения качества оказываемых услуг.

3.3. Заказчик обязан:

3.3.1. Оплатить медицинские услуги в порядке и сроки, установленные настоящим Договором.

3.3.2. Оплатить фактически произведенные до дня получения Исполнителем уведомления о расторжении настоящего Договора затраты Исполнителя на оказание медицинских услуг по настоящему Договору, в случае досрочного расторжения настоящего Договора по инициативе Потребителя.

3.3.3. В случае выявления каких-либо недостатков в процессе оказания медицинских услуг, незамедлительно обратиться к Исполнителю.

3.3.4. В случае досрочного расторжения настоящего Договора по инициативе Заказчика оплатить фактически произведенные до дня получения Исполнителем уведомления о расторжении настоящего Договора затраты Исполнителя на оказание медицинских услуг по настоящему Договору.

3.3.5. В 5 (пяти) календарных дней после получения от Исполнителя письменного уведомления об изменении цен на медицинские услуги согласовать произошедшие изменения цен путем подписания дополнительного соглашения к Договору либо отказаться от дальнейшего оказания услуг по настоящему Договору.

3.4. Потребитель обязан:

3.4.1. Выполнить требования, обеспечивающие качественное оказание медицинской услуги, предоставлять точную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях и пр., точно выполнять назначения лечащих врачей, соблюдать режим учреждения. При грубых нарушениях перечисленных требований потребитель подлежит выписке, сумма средств, затраченная на лечение, не возвращается.

3.4.2. В случае выявления каких-либо недостатков в процессе оказания медицинских услуг, незамедлительно обратиться к Исполнителю.

3.5. Потребитель имеет право:

3.5.1. На выбор лечащего врача с учетом согласия врача.

3.5.2. На получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, подписать все необходимые документы, которые содержат первичная медицинская документация (информированное добровольное согласие на проведение лечебно-диагностических мероприятий и др.).

3.6. В случае, если Заказчик, в течение 5 (пяти) календарных дней с момента получения от Исполнителя письменного уведомления об изменении цен на медицинские услуги, не согласовывает произошедшие изменения и не подписывает соответствующие дополнительное соглашение к Договору, настоящий Договор считается расторгнутым с момента получения Заказчиком указанного уведомления. При этом Стороны обязуются завершить взаиморасчеты по настоящему Договору в течение 10 (десяти) календарных дней с даты расторжения настоящего Договора.

3.7. Не допускается переуступка прав требования по Договору другому лицу, а также не допускается передача в залог без согласия Исполнителя. В случае неисполнения данного условия, Исполнитель вправе требовать уплаты штрафа в размере 10% от общей суммы оказания услуг по договору, а также, компенсации убытков или упущенных выгоды, понесенных Исполнителем в результате такой уступки или передачи в залог Заказчика.

4. Конфиденциальность

4.1. Стороны обязуются сохранять конфиденциальность информации, полученную в ходе исполнения настоящего Договора.

4.2. Передача конфиденциальной информации (сведения, составляющие врачебную тайну) третьим лицам, опубликование или иное разглашение такой информации может осуществляться только с письменного согласия Потребителя, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

4.3. Исполнитель не несет ответственности в случае передачи им информации государственным органам, имеющим право затребовать ее в соответствии с законодательством Российской Федерации

5.Ответственность сторон

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.2. Вред, причиненный жизни и здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6. Разрешение споров

6.1. Все споры, возникающие при исполнении настоящего Договора, решаются Сторонами путем переговоров, которые могут проводиться, в том числе, путем отправления писем по почте России, экспресс службами доставки, по электронному адресу, указанному в реквизитах настоящего Договора, если Стороны не

придут к соглашению путем переговоров, все споры рассматриваются в претензионном порядке. Срок рассмотрения претензии 10 дней с даты ее получения.

Соблюдение досудебного порядка рассмотрения спора не является обязательным для Сторон настоящего Договора.

6.2. В случае, если споры не урегулированы Сторонами с помощью переговоров и в претензионном порядке, то они передаются заинтересованной Стороной в суд в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7. Срок действия договора

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с даты его заключения Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами принятых на себя обязательств, за исключением случая, когда к моменту завершения срока действия Договора Исполнитель продолжает оказывать услуги Потребителю по его желанию или медицинским показаниям.

Срок действия настоящего Договора зависит от момента завершения лечебного процесса и проведения окончательных расчетов в соответствии с п.2.2. настоящего Договора.

7.2. Изменения и дополнения, вносимые в настоящий Договор, возможны по соглашению Сторон. Все изменения и дополнения оформляются в письменном виде путем подписания Сторонами дополнительных соглашений к Договору.

Дополнительные соглашения к Договору являются неотъемлемой частью и вступают в силу с даты подписания Сторонами.

Настоящий Договор может быть расторгнут Сторонами в период его действия на основе их письменного соглашения. Обязательства Сторон по настоящему Договору считаются прекращенными с момента подписания соглашения об расторжении настоящего Договора. При этом Заказчик вправе отказаться от исполнения обязательств по Договору при условии оплаты Исполнителю оказанных медицинских услуг и понесенных Исполнителем расходов

8. Прочие условия

8.1. Все уведомления Сторон, связанные с исполнением настоящего Договора, направляются в письменной форме по адресу сторон, указанному в реквизитах настоящего Договора.

8.2. Подписывая настоящий договор Потребитель подтверждают, что до заключения договора он:

-ознакомлен с перечнем медицинских услуг, составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией № Л041-00110-58/00358982 от 17.12.2020, выданной Министерством здравоохранения Пензенской области.

- ознакомлен с порядками оказания медицинской помощи и стандартом медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг.

- ознакомлен с информацией о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации).

8.3. Настоящий Договор составлен в 3 (трех) подлинных экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

8.4. К настоящему Договору прилагаются:

8.4.1. Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых Исполнителем – Приложение №1;

8.4.2. Согласия Потребителя на обработку его персональных данных – Приложение №2;

8.4.3. Акт приема-передачи, оказанных услуг по Договору – Приложение №3.

9. Реквизиты и подписи Сторон

Исполнитель: Частное учреждение здравоохранения «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Пенза» (ЧУЗ КБ «РЖД-Медицина» г.Пенза»),

Адрес места нахождения: 440600, г. Пенза, ул. Урицкого, 118, тел. 8412-999-349, ОГРН: 1045802005292, ИНН: 5834028940, лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-00110-58/00358982 от 17.12.2020, выдана Министерством здравоохранения Пензенской области – бессрочно.

_____ /_____/

Потребитель: _____

Адрес места жительства: _____.

Документ, удостоверяющий личность: _____

Телефон: _____.

Экземпляр договора на руки получил

_____/_____/

Заказчик: _____

Адрес места жительства: _____.

Документ, удостоверяющий личность: _____

Телефон: _____.

Экземпляр договора на руки получил

_____/_____/

Приложение №1
к договору на оказание медицинских услуг
№_____ от _____20 г.

Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых Исполнителем

Код	Наименование услуги	Стоимость одной услуги (руб.)	Кол-во	Общая стоимость (руб.)

Итого: общая стоимость услуг составила: _____ (_____) руб.,

Заказчик:

_____

Исполнитель:

_____
М.П.

Потребитель:

_____

Приложение №2
к договору на оказание медицинских услуг №_____
от _____20 г.

ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина»г.Пенза»

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я_______, "___"_____ ____ года рождения,
(Ф.И.О. субъекта персональных данных)
проживающ__ по адресу: __________,
паспорт: серия _____ номер _____, выдан "___"_____ ____ г. _____
_____(*дата и наименование выдавшего органа*), руководствуясь ст. 9, п. 2 ч. 2 ст. 22, п. 6 ч. 3 ст. 23 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ «О персональных данных», заявляю о согласии на обработку моих персональных данных/персональных данных лица (ненужное зачеркнуть), законным представителем которого я являюсь на основании _____, следующему оператору Частному учреждению здравоохранения «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г.Пенза» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих:

1) фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии);
2) пол;
3) дата рождения; место рождения; гражданство;
4) данные документа, удостоверяющего личность;
5) место жительства; место регистрации; дата регистрации;
6) страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), номер полиса обязательного медицинского страхования (ОМС); номер полиса добровольного медицинского страхования (ДМС);
7) анамнез; диагноз;
8) сведения об организации, осуществляющей медицинскую деятельность, в которой мне оказывались медицинские услуги;
9) вид оказанной медицинской помощи; условия оказания медицинской помощи, сроки оказания медицинской помощи;
10) объем оказанной медицинской помощи, включая сведения об оказанных медицинских услугах;
11) результат обращения за медицинской помощью;
12) серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии);
13) сведения о проведенных медицинских экспертизах, медицинских осмотрах и медицинских освидетельствованиях и их результаты;
14) примененные стандарты медицинской помощи;
15) сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую помощь, проводивших медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования.
16) контактный телефон;
17) адрес электронной почты, пользовательские данные (сведения о местоположении, тип и версия ОС, тип и версия Браузера; тип устройства и разрешение его экрана; источник, откуда пришел на сайт пользователь, с какого сайта или по какой рекламе; язык ОС и Браузера; какие страницы открывает и на какие кнопки нажимает пользователь, ip-адрес), - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется ответственным лицом оператора, обязанным сохранять их конфиденциальность.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, в том числе данные, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. 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 ОМС (договорам ДМС).

Предоставляю Оператору право на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка осуществляются лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну, без специального уведомления меня об этом:

1) со страховой медицинской организацией и/или с территориальным фондом ОМС – во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (или по договору ДМС);
2) с Центральной дирекцией здравоохранения – филиалом ОАО «РЖД» – для целей контроля объемов оказанных мне медицинских услуг ____*(Да/Нет);*

3) с частными учреждениями здравоохранения ОАО «РЖД» –в интересах моего обследовании и лечения, формирования единого реестра пациентов сети «РЖД – Медицина» ____*(Да/Нет).*

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных документов и составляет 25 (лет).

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной добровольно «___»_____20___г. и действует до дня его отзыва.

Я оставляю за собой право отозвать свое 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 представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись субъекта персональных данных _____

Расписался в моем присутствии:_____
(должность, ФИО)

Приложение №3
к договору на оказание медицинских услуг
№_____ от _____20 г._

Акт оказанных медицинских услуг
по Договору №_____ от «____»_____20 г.

г._____ «___»_____20 г.

_____, именуемый в дальнейшем «ЗАКАЗЧИК», с одной стороны, в пользу - _____, именуемый в дальнейшем «ПОТРЕБИТЕЛЬ», и **Частное учреждение здравоохранения «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Пенза» (ЧУЗ КБ «РЖД-Медицина» г.Пенза»)**, именуемое далее «Исполнитель», в лице Главного врача Герцог Натальи Андреевны, действующего на основании Устава ОГРН: 1045802005292, ИНН: 5834028940, лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-00110-58/00358982 от 17.12.2020, выдана Министерством здравоохранения Пензенской области, срок действия – бессрочно с другой стороны, составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. Исполнитель на основании обращения Заказчика в пользу Потребителя оказал следующие медицинские услуги

1)
Исполнитель _____ _____ _____ _____
(код) (подпись) (дата) (шифр МКБ10)

2)
Исполнитель _____ _____ _____ _____
(код) (подпись) (дата) (шифр МКБ10)

в количестве _____ усл.

2. Оказанные услуги соответствуют объему согласованных с Заказчиком, Потребителем медицинских услуг и отвечают требованиям Потребителя. Претензий Заказчик и Потребитель не имеет.

Заказчик: Исполнитель:

_____ _____
М.П.

Потребитель:

_____

Приложение № 3
к приказу от «___» _____ 2023 г. №_____

ДОГОВОР
оказания комплексных услуг медицинского сервиса
при оказании медицинской помощи в условиях стационара

г. Пенза «___»_____202__г.

_____(*указывается Ф.И.О., дата рождения, место рождения, адрес проживания, паспорт серия _____ № _____/или иной документ, удостоверяющий личность*, телефон _____), именуемый в дальнейшем «Пациент» и **Частное учреждение здравоохранения «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Пенза» (ЧУЗ КБ «РЖД-Медицина» г.Пенза»)**, именуемое далее «Исполнитель», в лице Главного врача Герцог Натальи Андреевны, действующего на основании Устава, ОГРН: 1045802005292, ИНН: 5834028940, лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-00110-58/00358982 от 17.12.2020, выдана Министерством здравоохранения Пензенской области, срок действия – бессрочно, с другой стороны, они же «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1.Предмет договора.

1.1. По настоящему Договору Исполнителю оказывать Пациенту комплексные услуги медицинского сервиса в соответствии с Приложением № 1 (Перечень и стоимость комплексных услуг медицинского сервиса, оказываемых Исполнителем).

1.2. Комплексные услуги медицинского сервиса (отдельная палата улучшенного сервиса) предоставляются Пациенту при оказании специализированной медицинской помощи (в том числе высокотехнологичной медицинской помощи) в условиях стационара в помещениях Исполнителя, находящимся по адресу: г.Пенза, ул.Урицкого, д.118

1.3. Определение сроков пребывания Пациента в стационаре, категория палаты, закреплены в медицинской документации (медицинской карте стационарного больного), данная часть которой является неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.4. Время и дата оказания комплексных услуг медицинского сервиса согласовывается с Пациентом в день обращения Пациента, начиная с _____.

2. Порядок оказания услуг.

2.1.Сроком оказания одной комплексной услуги медицинского сервиса признается один день. День госпитализации и день выписки считаются одним днем.

2.2. По окончании оказания услуг по настоящему Договору их приемка оформляется Актом об оказании комплексных услуг медицинского сервиса (Приложение №2).

2.3. В случае отказа от подписания Акта об оказании комплексных услуг медицинского сервиса (Приложение №2), без мотивировки причин отказа, или отсутствия в момент окончания оказания услуг Пациента или иного уполномоченного лица в Акте делается отметка об этом, и Акт подписывается Исполнителем в одностороннем порядке.

При подписании Акта в одностороннем порядке или не предоставлении Акта Пациентом Исполнителю услуги считаются оказанными надлежащим образом и принятыми в полном объеме.

3.Обязанности сторон.

3.1. Обязанности Пациента:

3.1.1. Пациент обязуется своевременно оплачивать услуги Исполнителя по настоящему Договору.

3.1.2. Пациент обязуется своевременно подписывать Акт об оказании комплексных услуг медицинского сервиса (Приложение №2), либо направить мотивированный отказ от подписания.

3.1.3. Выполнять указания (рекомендации) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения. Неисполнение вышеуказанных требований, могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

3.2. Обязанности Исполнителя:

3.2.1. Оказать комплексные услуги медицинского сервиса в соответствии с требованиями настоящего Договора.

3.2.2. В течение суток информировать Пациента об обстоятельствах, которые создают невозможность оказания услуг, и приостановить оказание услуг до получения письменных указаний от Пациента.

4. Стоимость и порядок оплаты услуг.

4.1.Стоимость комплексных услуг медицинского сервиса определяется на основании действующего на момент заключения настоящего Договора Прейскуранта услуг и в соответствии с длительностью пребывания Пациента в стационаре. Стоимость услуг указана в приложении № 1 к настоящему договору и включает в себя НДС в размере 20%.

4.2. Оплата комплексных услуг медицинского сервиса производится в полном объеме на условиях 100 % предоплаты стоимости запланированных комплексных услуг медицинского сервиса путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя банковской платежной картой или путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, указанный в разделе 8 Договора.

4.3. Окончательный расчет за оказанные Пациенту комплексные услуги медицинского сервиса определяется с учетом длительности пребывания в условиях стационара и категории услуг медицинского сервиса. Необеспеченные предоплатой оказанные комплексные услуги медицинского сервиса подлежат оплате Пациентом, а излишне уплаченные суммы подлежат возврату Пациенту, либо учитываются при последующих расчетах.

4.4. При осуществлении расчетов с помощью электронных средств платежа (банковскими платежными картами) или безналичным путем, возврат денежных средств производится на платежную карту или расчетный счет Исполнителя.

5. Ответственность сторон и порядок разрешения споров.

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий Договора виновная Сторона несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации и настоящим Договором.

5.2. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по оказанию услуг, если это было обусловлено нарушением Пациентом своих обязательств, установленных настоящим Договором.

5.3. При неисполнении Пациентом своих обязательств по оплате, Исполнитель вправе приостановить оказание услуги:

– потребовать от Пациента уплаты неустойки в размере 0,1% от неуплаченной суммы за каждый календарный день просрочки платежа;

– обратиться в судебные органы Российской Федерации для взыскания образовавшейся задолженности с Пациента в пользу Исполнителя.

Оплата осуществляется в день, когда услуга была оказана/должна была быть оказана. Исполнитель в праве зачесть сумму неустойки из суммы авансового платежа, перечисленного Пациентом.

5.4. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по данному Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения этого Договора, в результате обстоятельств чрезвычайного характера, которые Стороны не могли предвидеть и предотвратить (таких, как пожар, наводнение, землетрясение, иные явления природы, а также военные действия и акты органов государственной власти).

5.5. Все споры, возникающие при исполнении настоящего Договора, решаются Сторонами путем переговоров, которые могут проводиться, в том числе, путем отправления писем по почте России, экспресс службами доставки, по электронному адресу, указанному в реквизитах настоящего Договора, если Стороны не придут к соглашению путем переговоров, все споры рассматриваются в претензионном порядке. Срок рассмотрения претензии 10 дней с даты ее получения.

Соблюдение досудебного порядка рассмотрения спора не является обязательным для Сторон настоящего Договора.

5.6. В случае, если споры не урегулированы Сторонами с помощью переговоров и в претензионном порядке, то они передаются заинтересованной Стороной в суд в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6. Порядок изменения и расторжения договора.

6.1. Изменение и расторжение настоящего Договора осуществляется на основании и в порядке, предусмотренным действующим законодательством и Договором. Соглашение об изменении или о расторжении Договора совершается в той же форме, что и Договор, если из закона, иных правовых актов, настоящего Договора или обычаев делового оборота не вытекает иное.

6.2. В случае отказа Пациента после заключения настоящего Договора от получения комплексных услуг медицинского сервиса Договор расторгается полностью или в части, при этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные последним расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

6.3. В случае расторжения настоящего Договора стороны подписывают акт сверки взаиморасчетов на дату расторжения договора, неизрасходованные денежные средства, внесенные в качестве аванса, возвращаются Пациенту в течение 10 (десяти) календарных дней с момента подписания вышеуказанного акта.

7. Прочие условия.

7.1. В остальном, не урегулированном настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. Настоящий Договор составлен и подписан в 3 (трех) экземплярах, по одному экземпляру для каждой из Сторон. Все экземпляры Договора составлены на русском языке.

7.3. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания обеими Сторонами и действует в течение одного года и продлевается неограниченное количество раз на аналогичный срок, если ни одна из сторон не заявит о своем намерении расторгнуть Договор. Стороны договорились, что условия настоящего договора применяются к отношениям Сторон, возникшим с момента фактического обращения Пациентом к Исполнителю за оказанием Услуг.

7.4. Изменения и дополнения, вносимые в настоящий Договор, возможны по соглашению Сторон. Все изменения и дополнения оформляются в письменном виде путем подписания Сторонами дополнительных соглашений к Договору.

Дополнительные соглашения к Договору являются неотъемлемой частью и вступают в силу с даты подписания Сторонами

7.5. К настоящему Договору прилагаются:

7.5.1. «Перечень и стоимость комплексных услуг медицинского сервиса, оказываемых Исполнителем» - Приложение№ 1;

7.5.2. «Акт об оказании комплексных услуг медицинского сервиса» - Приложение №2**.**

8. Реквизиты и подписи сторон.

Исполнитель

ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Пенза»
440600, г. Пенза, ул. Урицкого, 118
ИНН 5834028940, КПП 583401001
Р/счет 40703810439180001773
в филиале «Центральный» Банка ВТБ (ПАО) в г. Москве, БИК 044525411,
К/счет 30101810145250000411 в ГУ банке России по ЦФО г. Москва
ОКПО 01113781, ОГРН 1045802005292,
ОКАТО 56401364000, ОКВЭД 68.10
лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-00110-58/00358982 от 17.12.2020, выдана Министерством здравоохранения Пензенской области, срок действия – бессрочно
тел. (8412) 58-19-91, факс (8412) 58-80-62
E-mail: secr-okb-penza@yandex.ru

Пациент

_____
(ФИО)
_____
(документ, удостоверяющий личность) (серия, №)
_____
(кем и когда выдан)

_____
(адрес регистрации)

_____
(контактный телефон)

От Исполнителя
_____/_____
(подпись)МП

_____/_____
(подпись Пациента) Ф.И.О.

Приложение № 1
к договору № ___ от_____

Перечень и стоимость комплексных услуг медицинского сервиса, оказываемых Исполнителем

Код	Наименование услуги	Стоимость одной услуги (руб.)	Количество	Общая стоимость (руб.)

Итого: общая стоимость услуг составила: _____ (_____) руб.,

Пациент Исполнитель:

_____ _____

М.П.

Приложение № 2
к договору № ___ от_____

Акт об оказании комплексных услуг медицинского сервиса
№_____ от «____»_____20 г.

г.Пенза «___»_____20 г.

_____, именуемый в дальнейшем «Пациент» с одной стороны и

Частное учреждение здравоохранения «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Пенза» (ЧУЗ КБ «РЖД-Медицина» г.Пенза»), именуемое далее «Исполнитель», в лице Главного врача Герцог Натальи Андреевны, действующего на основании Устава, ОГРН: 1045802005292, ИНН: 5834028940, лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-00110-58/00358982 от 17.12.2020, выдана Министерством здравоохранения Пензенской области, срок действия – бессрочно, с другой стороны, составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. Исполнитель на основании обращения Пациента оказал следующие услуги:

№ п/п	Дата оказания услуги	Наименование услуги	Стоимость услуг (руб.)
1.			

Всего подлежит к оплате _____(_____) руб.

2. Оказанные услуги соответствуют объему согласованных с Пациентом услугам и отвечают требованиям Пациента. Претензий Пациент не имеет.

Исполнитель: Пациент:

_____ _____

(подпись) М.П. Ф.И.О.(подпись)

Приложение № 4
к приказу от «___»_____2023 г. № _____

ДОГОВОР
оказания комплексных услуг медицинского сервиса
при оказании медицинской помощи в условиях стационара

г. Пенза «___»_____202__г.

_____*(указывается Ф.И.О., дата рождения, место рождения, адрес проживания, паспорт серия _____ № _____/или иной документ, удостоверяющий личность*, телефон _____, именуемый в дальнейшем «Заказчик», с одной стороны,

в пользу _____(*указывается Ф.И.О., дата рождения, место рождения, адрес проживания, паспорт серия _____ № _____/или иной документ, удостоверяющий личность*, телефон _____), именуемого в дальнейшем «Пациент» и **Частное учреждение здравоохранения «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Пенза» (ЧУЗ КБ «РЖД-Медицина» г.Пенза»)**, именуемое далее «Исполнитель», в лице Главного врача Герцог Натальи Андреевны, действующего на основании Устава, ОГРН: 1045802005292, ИНН: 5834028940, лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-00110-58/00358982 от 17.12.2020, выдана Министерством здравоохранения Пензенской области, срок действия – бессрочно, с другой стороны, они же «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1.Предмет договора.

1.1. По настоящему Договору Заказчик поручает Исполнителю оказывать Пациенту_____
(Ф.И.О. пациента)
комплексные услуги медицинского сервиса в соответствии с Приложением № 1 (Перечень и стоимость комплексных услуг медицинского сервиса, оказываемых Исполнителем)

1.2.Комплексные услуги медицинского сервиса (отдельная палата улучшенного сервиса) предоставляются Пациенту при оказании специализированной медицинской помощи (в том числе высокотехнологичной медицинской помощи) в условиях стационара в помещениях Исполнителя, находящимся по адресу: г.Пенза, ул.Урицкого, д.118

1.3. Определение сроков пребывания Пациента в стационаре, категория палаты, закреплены в медицинской документации (медицинской карте стационарного больного), данная часть которой является неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.4. Время и дата оказания комплексных услуг медицинского сервиса согласовывается с Пациентом в день обращения Пациента, начиная с _____.

2. Порядок оказания услуг.

2.1.Сроком оказания одной комплексной услуги медицинского сервиса признается один день. День госпитализации и день выписки считаются одним днем.

2.2. По окончании оказания услуг по настоящему Договору их приемка оформляется Актом об оказании комплексных услуг медицинского сервиса (Приложение №2).

2.3. В случае отказа от подписания Акта об оказании комплексных услуг медицинского сервиса (Приложение №2), без мотивировки причин отказа, или отсутствия в момент окончания оказания услуг Пациента, Заказчика или иного уполномоченного лица в Акте делается отметка об этом, и Акт подписывается Исполнителем в одностороннем порядке.

При подписании Акта в одностороннем порядке или не предоставлении Акта Заказчиком Исполнителю услуги считаются оказанными надлежащим образом и принятыми в полном объеме.

3.Обязанности сторон.

3.1. Обязанности Заказчика:

3.1.1. Заказчик обязуется своевременно оплачивать услуги Исполнителя по настоящему Договору.

3.1.2. Заказчик обязуется своевременно подписывать Акт об оказании комплексных услуг медицинского сервиса (Приложение №2), либо направить мотивированный отказ от подписания.

3.1.3. Заказчик подтверждает об уведомлении 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 Пациента (потребителя).

3.2. Обязанности Исполнителя:

3.2.1. Оказать комплексные услуги медицинского сервиса в соответствии с требованиями настоящего Договора.

3.2.2. В течение суток информировать Заказчика об обстоятельствах, которые создают невозможность оказания услуг, и приостановить оказание услуг до получения письменных указаний от Заказчика.

3.3 Обязанности Пациента:

3.3.1. Выполнять указания (рекомендации) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения. Неисполнение вышеуказанных требований, могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

4. Стоимость и порядок оплаты услуг.

4.1.Стоимость комплексных услуг медицинского сервиса определяется на основании действующего на момент заключения настоящего Договора Прейскуранта услуг и в соответствии с длительностью пребывания Пациента в стационаре. Стоимость услуг указана в приложении № 1 к настоящему договору и включает в себя НДС в размере 20%.

4.2. Оплата комплексных услуг медицинского сервиса производится в полном объеме на условиях 100 % предоплаты стоимости запланированных комплексных услуг медицинского сервиса путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя банковской платежной картой или путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, указанный в разделе 8 Договора.

4.3. Окончательный расчет за оказанные Пациенту комплексные услуги медицинского сервиса определяется с учетом длительности пребывания в условиях стационара и категории услуг медицинского сервиса. Необеспеченные предоплатой оказанные комплексные услуги медицинского сервиса подлежат оплате Заказчиком, а излишне уплаченные суммы подлежат возврату Заказчику, либо учитываются при последующих расчетах.

4.4. При осуществлении расчетов с помощью электронных средств платежа (банковскими платежными картами) или безналичным путем, возврат денежных средств производится на платежную карту или расчетный счет Исполнителя.

5. Ответственность сторон и порядок разрешения споров.

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий Договора виновная Сторона несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации и настоящим Договором.

5.2. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по оказанию услуг, если это было обусловлено нарушением Заказчиком своих обязательств, установленных настоящим Договором.

5.3. При неисполнении Заказчиком своих обязательств по оплате, Исполнитель вправе приостановить оказание услуги:

– потребовать от Заказчика уплаты неустойки в размере 0,1% от неуплаченной суммы за каждый календарный день просрочки платежа;

– обратиться в судебные органы Российской Федерации для взыскания образовавшейся задолженности с Заказчика в пользу Исполнителя.

Оплата осуществляется в день, когда услуга была оказана/должна была быть оказана. Исполнитель в праве зачесть сумму неустойки из суммы авансового платежа, перечисленного Заказчиком.

5.4. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по данному Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения этого Договора, в результате обстоятельств чрезвычайного характера, которые Стороны не могли предвидеть и предотвратить (таких, как пожар, наводнение, землетрясение, иные явления природы, а также военные действия и акты органов государственной власти).

5.5. Все споры, возникающие при исполнении настоящего Договора, решаются Сторонами путем переговоров, которые могут проводиться, в том числе, путем отправления писем по почте России, экспресс службами доставки, по электронному адресу, указанному в реквизитах настоящего Договора, если Стороны не придут к соглашению путем переговоров, все споры рассматриваются в претензионном порядке. Срок рассмотрения претензии 10 дней с даты ее получения.

Соблюдение досудебного порядка рассмотрения спора не является обязательным для Сторон настоящего Договора.

5.6. В случае, если споры не урегулированы Сторонами с помощью переговоров и в претензионном порядке, то они передаются заинтересованной Стороной в суд в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6. Порядок изменения и расторжения договора.

6.1. Изменение и расторжение настоящего Договора осуществляется на основании и в порядке, предусмотренным действующим законодательством и Договором. Соглашение об изменении или о расторжении Договора совершается в той же форме, что и Договор, если из закона, иных правовых актов, настоящего Договора или обычаев делового оборота не вытекает иное.

6.2. В случае отказа Пациента, Заказчика после заключения настоящего Договора от получения комплексных услуг медицинского сервиса Договор расторгается полностью или в части. Исполнитель информирует Заказчика о расторжении Договора по инициативе Пациента, Заказчика, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные последним расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

6.3. В случае расторжения настоящего Договора стороны подписывают акт сверки взаиморасчетов на дату расторжения договора, неизрасходованные денежные средства, внесенные в качестве аванса, возвращаются Заказчику в течение 10 (десяти) календарных дней с момента подписания вышеуказанного акта.

7. Прочие условия.

7.1. В остальном, не урегулированном настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. Настоящий Договор составлен и подписан в 3 (трех) экземплярах, по одному экземпляру для каждой из Сторон. Все экземпляры Договора составлены на русском языке.

7.3. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания обеими Сторонами и действует в течение одного года и продлевается неограниченное количество раз на аналогичный срок, если ни одна из сторон не заявит о своем намерении расторгнуть Договор. Стороны договорились, что условия настоящего договора применяются к отношениям Сторон, возникшим с момента фактического обращения Заказчиком к Исполнителю за оказанием Услуг.

7.4. Изменения и дополнения, вносимые в настоящий Договор, возможны по соглашению Сторон. Все изменения и дополнения оформляются в письменном виде путем подписания Сторонами дополнительных соглашений к Договору.

Дополнительные соглашения к Договору являются неотъемлемой частью и вступают в силу с даты подписания Сторонами

7.5. К настоящему Договору прилагаются:

7.5.1. «Перечень и стоимость комплексных услуг медицинского сервиса, оказываемых Исполнителем» - Приложение № 1;

7.5.2. «Акт об оказании комплексных услуг медицинского сервиса» - Приложение №2**.**

8. Реквизиты и подписи сторон.

Исполнитель	**Заказчик**	**Пациент**
ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Пенза» 440600, г. Пенза, ул. Урицкого, 118 ИНН 5834028940, КПП 583401001 Р/счет 40703810439180001773 в филиале «Центральный» Банка ВТБ (ПАО) в г. Москве, БИК 044525411, К/счет 30101810145250000411 в ГУ банке России по ЦФО г. Москва ОКПО 01113781, ОГРН 1045802005292, ОКАТО 56401364000, ОКВЭД 68.10 лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-00110-58/00358982 от 17.12.2020, выдана Министерством здравоохранения Пензенской области, срок действия – бессрочно тел. (8412) 58-19-91, факс (8412) 58-80-62 E-mail: secr-okb-penza@yandex.ru	_____ (ФИО) _____ (документ, удостоверяющий личность) (серия, №) _____ (кем и когда выдан) _____ (адрес регистрации) _____ (контактный телефон)	_____ (ФИО) _____ (документ, удостоверяющий личность) (серия, №) _____ (кем и когда выдан) _____ (адрес регистрации) _____ (контактный телефон)

От Исполнителя _____/_____ (подпись)МП	_____/_____ (подпись Заказчика) Ф.И.О.	_____/_____ (подпись Пациента) Ф.И.О.

Приложение № 1
к договору № ___ от_____

Перечень и стоимость комплексных услуг медицинского сервиса, оказываемых Исполнителем

Код	Наименование услуги	Стоимость одной услуги (руб.)	Количество	Общая стоимость (руб.)

Итого: общая стоимость услуг составила: _____ (_____) руб.,

Исполнитель: _____ (подпись) М.П.

Заказчик: _____ Ф.И.О.(подпись)

Пациент: _____ Ф.И.О.(подпись)

Приложение № 2
к договору № ___ от_____

Акт об оказании комплексных услуг медицинского сервиса
№_____ от «____»_____20 г.

г.Пенза «___»_____20 г.

_____, именуемый в дальнейшем «ЗАКАЗЧИК», с одной стороны, в пользу _____, именуемый в дальнейшем «ПАЦИЕНТ» и

Частное учреждение здравоохранения «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Пенза» (ЧУЗ КБ «РЖД-Медицина» г.Пенза»), именуемое далее «Исполнитель», в лице Главного врача Герцог Натальи Андреевны, действующего на основании Устава, ОГРН: 1045802005292, ИНН: 5834028940, лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-00110-58/00358982 от 17.12.2020, выдана Министерством здравоохранения Пензенской области, срок действия – бессрочно, с другой стороны, составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. Исполнитель на основании обращения Заказчика оказал следующие услуги:

№ п/п	Дата оказания услуги	Наименование услуги	Стоимость услуг (руб.)
1.			

Всего подлежит к оплате _____(_____) руб.

2. Оказанные услуги соответствуют объему согласованных с Заказчиком услугам и отвечают требованиям Заказчика. Претензий Заказчик не имеет.

Исполнитель: _____ (подпись) М.П.

Заказчик: _____ Ф.И.О.(подпись)

Пациент: _____ Ф.И.О.(подпись)