

**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_**  
**на оказание медицинских услуг**

г. Киров

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

**Кировское областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Медицинский информационно-аналитический центр» (КОГБУЗ «МИАЦ»)**, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Кашина Александра Викторовича, действующего на основании Устава, Лицензии № ЛО-43-01-002556 от 14.06.2017 года, выданной Департаментом здравоохранения Кировской области, с одной стороны, и

именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, вместе также именуемые «Стороны», в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», законом РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей»

заключили настоящий договор о нижеследующем:

### 1. Предмет договора

1.1. По настоящему договору Исполнитель путем поручения медицинскому работнику Исполнителя, должность и Ф.И.О. которого указаны в п.1.2. настоящего договора, обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги по первичной доврачебной, специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, предусмотренные Приложением № 1 к настоящему договору, являющемуся его неотъемлемой частью, а Пациент обязуется принять и оплатить данные услуги в размере, порядке и сроки, предусмотренные договором.

1.2. Оказание медицинских услуг Исполнитель поручает работнику: \_\_\_\_\_

1.3. Местом оказания услуг является место нахождения Исполнителя.

1.4. Сроки оказания медицинских услуг: \_\_\_\_\_

1.6. Медицинские услуги должны быть предоставлены в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, в том числе предъявляемыми к качеству медицинских услуг.

1.7. В момент заключения настоящего договора Пациент информирован о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

1.8. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия Пациента на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником Исполнителя в доступной форме полной информации 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.

### 2. Цена договора и порядок оплаты

2.1. Цена договора включает в себя стоимость оказания медицинских услуг в соответствии с Приложением № 1 к настоящему договору, определяется на основании Прейскуранта цен, утвержденного Исполнителем и составляет \_\_\_\_\_ рублей.

2.2. Пациент оплачивает 100%-ную предварительную стоимость медицинских услуг.

2.3. Оплата Пациентом по договору осуществляется как перечислением денежных средств на расчетный счет Исполнителя, так и внесением наличных в кассу Исполнителя. В случае оплаты услуг по безналичному расчету, услуги считаются оплаченными с момента поступления денежных средств на счет Исполнителя.

2.4. На момент подписания настоящего договора Пациент ознакомлен с перечнем услуг, отраженных в лицензии на медицинскую деятельность, Прейскурантом цен Исполнителя, понимает содержащуюся в нем информацию, согласен с действующими ценами на медицинские услуги, а также уведомлен о том, что оплаченные денежные средства по настоящему договору не подлежат возмещению за счет средств фонда обязательного медицинского страхования. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (Ф.И.О. Пациента).

2.5. Пациенту в соответствии с законодательством РФ выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек, квитанция или иные документы).

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

### 3. Права и обязанности сторон

#### 3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Обеспечить Пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения о:

а) порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;

б) данных о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

в) данных о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

#### 3.1.2. Представлять для ознакомления по требованию Пациента:

а) копию учредительного документа Исполнителя, участвующем в предоставлении платных медицинских услуг;

б) копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с данной лицензией.

3.1.3. В одностороннем порядке изменить предварительно определенный объем оказываемых медицинских услуг в случае, если существует угроза жизни или здоровью пациента.

3.1.4. Отказать в оказании платных медицинских услуг при выявлении противопоказаний у Пациента, а также отказать Пациенту в оказании платных медицинских услуг, находящемуся в состоянии наркотического или алкогольного опьянения.

3.1.5. Не передавать и не показывать третьим лицам находящуюся у Исполнителя документацию о Пациенте.

3.1.6. Соблюдать порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации, установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

#### 3.2. Пациент обязан:

3.2.1. Информировать Исполнителя до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;

3.2.2. Своевременно оплатить стоимость услуги;

3.2.3. Точно выполнять назначения врача.

3.2.4. По запросу Исполнителя представить ему документы и материалы, необходимые для оказания услуги.

3.2.5. Выполнять все рекомендации Исполнителя, в том числе предписанные на период после оказания услуг.

3.2.6. Соблюдать правила поведения в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения;

3.2.7. Проявлять уважение к медицинским работникам, администрации и техническому персоналу Исполнителя.

3.2.8. Возмещать ущерб, причиненный имуществу Исполнителя в соответствии с законодательством Российской Федерации.

#### 3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. Получать от Пациента любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредоставления либо неполного или неверного предоставления Пациентом информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до представления необходимой информации.

3.3.2. Определять длительность лечения, объем медицинских услуг.

3.3.3. Требовать от Пациента соблюдения правил оказания медицинских услуг.

3.3.4. Исполнитель вправе требовать оплаты стоимости предоставляемых медицинских услуг по настоящему Договору.

3.3.5. Исполнитель имеет право расторгнуть Договор при нарушении Пациентом условий настоящего договора.

3.3.6. Исполнитель вправе требовать выполнения требований, обеспечивающих качественное предоставление платных медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.

#### 3.4. Пациент имеет право:

3.4.1. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с п. 1.1, 1.2. настоящего Договора.

3.4.2. На предоставление ему достоверной, доступной информации о медицинской услуге.

3.4.3. Получать в доступной для него форме имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья,

включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске и результатах проведенного лечения.

3.4.4. Пациент имеет право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

3.4.5. Предоставление Исполнителем дополнительных услуг оформляется дополнительным соглашением Сторон и оплачивается дополнительно.

3.4.6. Пациент добровольно отказывается от оказания услуг, указанных в п.1.1. настоящего Договора, в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Кировской области (если они предусмотрены данной программой). Пациент согласен получить медицинские услуги в КОГБУЗ «МИАЦ» на платной основе.

3.4.7. Согласие Пациента на оказание медицинской услуги и факт её получения одновременно означает и согласие Пациента на оплату этой услуги.

3.4.8. Пациент вправе отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

#### **4. Порядок оказания услуг**

4.1. При заключении настоящего Договора Исполнитель уведомляет Пациента о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (работающего у него медицинского работника), 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.

4.2. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора.

4.3. По факту оказания услуг Исполнитель представляет Пациенту на подписание Акт сдачи-приемки оказанных услуг в двух экземплярах. При получении Акта сдачи-приемки оказанных услуг Пациент обязан подписать его и передать один экземпляр Исполнителю.

4.4. Исполнитель по оказании медицинских услуг по настоящему договору выдает Пациенту медицинские документы (Заключение по результатам осмотра, индивидуальные рекомендации Пациенту).

#### **5. Ответственность сторон**

5.1. Стороны несут ответственность за выполнение настоящего договора в соответствии с действующим законодательством.

5.2. Ни одна из Сторон 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, 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.

5.3. Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по Договору, обязана не позднее десяти календарных дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

5.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения Пациентом своих обязанностей или по другим основаниям, предусмотренным законодательством.

5.5. Несоблюдение Пациентом требований и условий Исполнителя, оказывающего по настоящему Договору медицинские услуги, по лечению, в том числе указаний Исполнителя, предписанных на период после оказания услуг, является неоспоримым и безусловным основанием для отказа по возвращению Пациенту денежных средств, уплаченных за оказанные по настоящему Договору услуги.

5.6. Пациент возмещает Исполнителю понесенные убытки, если Исполнитель не смог оказать услугу или был вынужден прекратить ее оказание по вине Пациента.

5.7. Если Пациент, несмотря на своевременное и обоснованное информирование Исполнителем о возможном снижении качества услуги или невозможности ее завершения в срок, в разумный срок не изменит указаний о способе оказания услуги либо не устранит иных обстоятельств, которые могут снизить качество оказываемой услуги, Исполнитель вправе отказаться от исполнения Договора и потребовать полного возмещения убытков.

#### **7. Порядок разрешения споров**

7.1. Все разногласия и споры, возникающие в ходе выполнения настоящего договора между сторонами,

разрешаются путем переговоров, а при недостижении соглашения передаются на рассмотрение в суд по месту нахождения ответчика (договорная подсудность).

7.2. Все возможные претензии по настоящему договору должны быть рассмотрены сторонами в течение 15 дней с момента получения претензии.

## 8. Заключительные положения

8.1. Договор вступает в силу с момента подписания и действует до момента выполнения сторонами своих обязательств.

8.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, каждый из которых имеет одинаковую юридическую силу.

8.3. Все изменения и дополнения к Договору действительны, если совершены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами. Соответствующие дополнительные соглашения Сторон являются неотъемлемой частью Договора.

8.4. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

8.5. Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке по инициативе одной из сторон в случае нарушения одной из сторон принятых на себя обязательств. Пациент вправе расторгнуть настоящий договор в любое время, уплатив Исполнителю часть цены оказанной услуги до получения извещения о расторжении договора и возместив Исполнителю расходы, произведенные им до этого момента в целях исполнения настоящего договора.

8.6. Договор может быть досрочно расторгнут по соглашению Сторон, либо в порядке и по основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

8.7. Положения, не урегулированные настоящим договором, регулируются действующим законодательством РФ.

Приложения к настоящему договору:

1. Приложение №1 - Перечень медицинских услуг;
2. Приложение №2 - Акт об оказании услуг;
3. Приложение №3 – Согласие на обработку персональных данных;
4. Приложение № 4 - Информированное волеизъявление Пациента на оказание медицинских услуг на платной основе.

## 9. Реквизиты сторон

**ИСПОЛНИТЕЛЬ:**

КОГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр»

610017, г. Киров, ул. Герцена, 49, тел. 64-25-74, 64-10-19

ИНН 4347026549 КПП 434501001

Министерство финансов Кировской области (КОГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр», л/с 07801000443)

р/с 40603810800003000001 в ГРКЦ ГУ Банка России по Кировской области

БИК 043304001 к/с – нет

КОД дохода - 80130201020020000130

**ПАЦИЕНТ:**

**Ф.И.О.**

адрес регистрации:

паспорт:

Исполнитель:

Пациент:

\_\_\_\_\_/А.В.Кашин/

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

### Перечень медицинских услуг

Исполнитель, в лице медицинского работника КОГБУЗ «МИАЦ» \_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_  
обязуется предоставить следующие медицинские услуги:

№	Наименование услуги	количество	цена	сумма
1.				
2.				

Стоимость медицинских услуг составляет \_\_\_\_\_ рублей. НДС не облагается.

Реквизиты и подписи сторон:

**ИСПОЛНИТЕЛЬ:**

КОГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр»  
610017, г. Киров, ул. Герцена, 49, тел. 64-25-74, 64-10-19  
ИНН 4347026549 КПП 434501001  
Министерство финансов Кировской области (КОГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр»,  
л/с 07801000443)  
р/с 40603810800003000001 в ГРКЦ ГУ Банка России по Кировской области  
БИК 043304001 к/с – нет  
КОД дохода - 80130201020020000130

**ПАЦИЕНТ:**

**Ф.И.О.** \_\_\_\_\_

адрес регистрации:

\_\_\_\_\_

паспорт: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Исполнитель:

\_\_\_\_\_ /А.В.Кашин/

Пациент:

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

**Акт об оказании услуг  
по Договору на оказание медицинских услуг  
от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года**

г. Киров

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Мы, нижеподписавшиеся, представители Исполнителя в лице:

\_\_\_\_\_, с  
одной стороны  
и Пациента \_\_\_\_\_,  
с другой стороны

составили настоящий Акт о том, что

согласно Договору от \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. на оказание медицинских услуг Исполнитель оказал, а Пациент принял следующие медицинские услуги:

№	Наименование услуги	количество	цена	сумма
1.				
2.				

Исполнителем « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. были оказаны надлежащим образом в полном объеме.

По результатам оказания услуг Исполнитель передал, а Пациент получил Заключение по результатам осмотра и Индивидуальные рекомендации пациенту.

Претензий к Исполнителю по качеству и срокам оказания услуг не имею.

Претензий к Пациенту нет.

от Исполнителя: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

от Пациента: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

В случае уклонения или немотивированного отказа Пациента от подписания акта об оказании услуг Исполнитель вправе составить односторонний акт об оказании услуг. Услуги, указанные в данном акте, считаются предоставленными Исполнителем и принятыми Пациентом и подлежат оплате в соответствии с условиями договора.

### Согласие пациента на обработку его персональных данных

Я,  
нижеподписавший(ая)ся \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью),  
зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
(по месту регистрации)  
Паспорт: \_\_\_\_\_  
(серия, номер, дата выдачи, название выдавшего органа)

сама принимаю решение о предоставлении своих персональных данных и даю на их обработку своей волей и в своем интересе, за исключением случаев, когда предусматривается обязательное представление в целях защиты основ конституционного строя Российской Федерации, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности России.

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ подтверждаю свое согласие на обработку КОГБУЗ «МИАЦ» (далее - Оператор) (610017, г.Киров, ул. Герцена, 49) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, паспортные данные, страховой медицинский полис, адрес проживания, место работы, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор вправе обрабатывать мои данные посредством внесения в электронную базу данных, включая в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими представления отчетных данных (документов), в т.ч. по договорам ОМС и ДМС.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе и системе ОМС и ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ и действует бессрочно.

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 моих персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

Я имела возможность задавать любые вопросы по обработке персональных данных в информационных системах персональных данных КОГБУЗ «МИАЦ», и на все вопросы получила исчерпывающие ответы.

Контактный телефон \_\_\_\_\_  
Почтовый адрес \_\_\_\_\_

Субъект персональных данных (пациент) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (расшифровка)

**Информированное волеизъявление (согласие) пациента  
на получение медицинской помощи на платной основе**

Директору  
КОГБУЗ «Медицинский  
информационно -аналитический центр»  
от \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента)

Я, нижеподписавшийся (аяся) \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. пациента)

настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг. Я ознакомлен(а) с условиями Договора на оказание медицинских услуг, а также получил(а) бесплатно в доступной форме полную информацию о предлагаемых платных услугах, о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи в объемах, предусмотренных программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я ознакомлен(а) об имеющейся альтернативе бесплатного получения медицинских услуг, но желаю получить медицинскую услугу на платной основе.

Я уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) 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 моего здоровья.

Я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю решение о проведении мне медицинской услуги на платной основе.

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись пациента \_\_\_\_\_