**ДОГОВОР №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **на предоставление платных медицинских услуг по ГБУЗ ВО «Киржачская РБ»**

ГБУЗ ВО «Киржачская РБ», именуемая в дальнейшем «Исполнитель» в лице и.о главного врача Токарева А.О.. действующего на основании Устава, лицензии №ЛО-33-01 -003154 от 03.12.20г. выданной Департаментом здравоохранения администрации Владимирской области (г. Владимир ул. Б-Московская д.61 т. 8(4922)32-58-71), государственного регистрационного номера записи (ОГРН или ГРН) внесенного в Единый государственный реестр юридических лиц №1023300998313 и руководствуясь Постановлением правительства РФ от 04.10.2012 №1006 Об утверждении правил предоставления организациями платных медицинских услуг» с одной сторон и пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ именуемый в дальнейшем «Заказчик», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Общие условия договора.

«Исполнитель» обязуется по обращению «Заказчика» предоставить следующие платные медицинские услуги:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| Сроки оказания услуги по |
| По цене согласно действующего прейскуранта |
| Итого |

1. Права и обязанности сторон.
	1. «Исполнитель»
		1. Обязан обеспечить медицинские платные услуги в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории РФ.
		2. Обязан оформить надлежащую документацию.
		3. Обязан выполнить услуги в срок и с хорошим качеством.
		4. Обязан выдать «Заказчику» копию бланка, подтверждающих прием наличных денег.
		5. Обязан обеспечить граждан бесплатной, доступной и достоверной информацией о режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, сведения о квалификации и сертификации специалистов.
	2. «Заказчик»
2. Обязан оплатить стоимость предъявленной медицинской услуги в размере 100 % от цены договора в день обращения путем внесения в кассу.
3. Обязан выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление платной медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений.
4. Имеет право требовать предоставление услуг надлежащего качества, сведений о наличии лицензий и сертификата, о расчете стоимости оказанной услуги.

3. Ответственность сторон.

1. «Заказчик» пользуется платными медицинскими услугами, вправе требовать возмещения убытков за неисполнение или ненадлежащее исполнение услуги, возмещение ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством РФ.
2. При несоблюдении медицинским учреждением обязательств по выполнению платной услуги «Заказчик» вправе по своему выбору назначить новый срок оказания услуг, потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги:
* потребовать исполнения услуги другим специалистом;
* расторгнуть договор и потребовать возмещения убытка.
1. По соглашению сторон неустойка может быть выплачена:
* за счет уменьшения стоимости предоставленной медицинской услуги,
* предоставление «Заказчику» дополнительных услуг без оплаты, ,
1. « Исполнитель» освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а так же основаниям, предусмотренным законом.

4. Заключительное положение.

* 1. Претензии и споры, возникшие между «Исполнителем» и «Заказчиком» разрешаются по соглашению сторон или в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации. Договор составлен в двух экземплярах и имеется у каждой из сторон.

 5. Условия расторжения договора

1. Договор расторгается по соглашению сторон в соответствии с действующим законодательством.

|  |  |
| --- | --- |
| «Заказчик» | **«Исполнитель»****ГБУЗ ВО «Киржачская РБ»****ОГРН 1023300998313****ИНН/КПП 3316004215/331601001****г. Киржач, Больничный проезд, д.11А****Главный врач****ГБУЗ ВО «Киржачская РБ»** |
| Адрес |
|  |
|  |
| **Ф.И.О.**  |
| **Тел.** |

**Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я,

проживающий по адресу

паспорт серия и номер выдан

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06г.« О персональных данных» № 152- ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ГБУ ВО «Киржачская РБ», г. Киржач, Больничный проезд, д.11 А ( далее - Оператор), моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, адрес местожительства, контактный (е) телефон (ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболевания, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, 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 в праве 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 (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моих персональными данными со страховой медицинской компанией (название)

и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет «двадцать пять лет».

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

Настоящее согласие дано мной 202 г. 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 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.

Заказчик ознакомлен с возможностью оказания услуг соответствующих видов и объемов мед. помощи без взимания оплаты в рамках территориальной программы ОМС.

Контактный (е) телефон (ы) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Адрес проживания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись субъекта персональных данных.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_