

ОБРАЗЕЦ ДОГОВОРА №
на оказание платных медицинских услуг

город _____

« »

20__ года

Бюджетное учреждение здравоохранения Вологодской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы» (краткое наименование БУЗ ВО «Бюро судебно-медицинской экспертизы»), имеющее лицензию¹ на осуществление медицинской деятельности № ЛО-35-01-002369 от 15 мая 2017 г., выданную департаментом здравоохранения Вологодской области (160035, г. Вологда, ул. Предтеченская, д. 19, тел.: (8172) 23-00-70) бессрочно, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____

_____,
действующего(ей) на основании доверенности № __ от «__» _____ 20__ года с одной стороны,
и гражданина(ка) (законного представителя) _____

_____,
именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, при совместном упоминании
именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1 «Исполнитель» с учетом положений настоящего договора обязуется оказать «Заказчику» платные медицинские услуги надлежащего качества, а «Заказчик» принять и оплатить эти услуги:

№ п/п	Наименование платной медицинской услуги	Количество, усл. ед	Цена, руб.	Стоимость, руб.
1.				
Итого				

2. Порядок оказания услуг

2.1 При заключении договора «Заказчику» предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - соответственно программа, территориальная программа).

2.2 «Заказчик» в не противоречащей действующему законодательству форме дает добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство в целях получения медицинских услуг по настоящему договору.

Подписание настоящего договора «Заказчиком» свидетельствует о его добровольном согласии на медицинское вмешательство и предоставление медицинских услуг. Информированное согласие «Заказчика» на медицинское вмешательство является неотъемлемой частью настоящего договора.

2.3 Срок оказания медицинской услуги по настоящему договору определяется с момента начала обследования «Заказчика» (забора биологического материала) и составляет 3 рабочих дня.

2.4 По результатам оказания медицинских услуг «Стороны» составляют и подписывают Акт об оказании платных медицинских услуг в двух экземплярах, по одному для каждой из «Сторон».

3. Права и обязанности сторон

3.1. «Исполнитель» в период действия настоящего договора обязуется:

3.1.1 Оказать «Заказчику» медицинские услуги на условиях и в сроки, указанные в п. 2 настоящего договора и в соответствии с порядками оказания медицинской помощи,

¹ С лицензией на осуществление медицинской деятельности, можно ознакомиться на стенде учреждения и на сайте <https://roszdravnadzor.gov.ru>

стандартами медицинской помощи, требованиями действующего законодательства РФ, в том числе предъявляемыми к качеству медицинских услуг.

3.1.2 Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах.

3.1.3 Обеспечивать применение разрешенных к применению в Российской Федерации медицинских изделий, технологий, дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных средств.

3.1.4 Информировать «Заказчика» в доступной форме об осуществляемой медицинской деятельности и медицинских работниках «Исполнителя», уровне их образования и их квалификации.

3.2 «Исполнитель» имеет право:

3.2.1 Получать от «Заказчика» любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему договору. В случае не предоставления либо неполного или неверного предоставления «Заказчиком» информации «Исполнитель» имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему договору до предоставления необходимой информации.

3.3. «Заказчик» в период действия настоящего договора обязуется:

3.3.1 Своевременно оплатить «Исполнителю» стоимость медицинской услуги в порядке и размере, предусмотренных настоящим договором.

3.3.2 Надлежащим образом исполнять условия настоящего договора и своевременно информировать «Исполнителя» о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению «Заказчиком» настоящего договора.

3.3.3 Соблюдать правила поведения в медицинском учреждении и режим работы «Исполнителя».

3.4. «Заказчик» имеет право:

3.4.1 На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

3.4.2 На отказ от медицинского вмешательства.

3.4.3 «Заказчик» вправе отказаться от исполнения настоящего договора в любое время при условии оплаты «Исполнителю» фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

4. Стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты

4.1 Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых «Исполнителем» в соответствии с условиями настоящего договора, составляет

(_____) рублей 00 копеек. НДС не облагается.

4.2 Услуги, оказываемые «Исполнителем», оплачиваются «Заказчиком» до начала их оказания путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет «Исполнителя», указанный в п.9 настоящего договора, в соответствии с прейскурантом на услуги, действующему на момент заключения настоящего договора.

4.3 По требованию «Заказчика», оплатившего услуги, «Исполнитель» обязан выдать ему справку об оплате медицинских услуг установленной формы для представления в налоговые органы РФ.

5. Порядок изменения и расторжения договора, срок действия

5.1 Все изменения и дополнения к настоящему договору, требующие взаимного согласия «Сторон», будут действительны только в случае, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями «Сторон» (либо ими лично).

5.2 Настоящий договор может быть прекращен досрочно в соответствии с п.3.4.3 договора, по соглашению «Сторон» либо в случаях, предусмотренных законодательством РФ.

5.3 Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания «Сторонами» и действует до полного исполнения обязательств «Сторонами» в порядке и на условиях, предусмотренных действующим законодательством РФ.

6. Ответственность сторон за невыполнение условий договора

6.1 За невыполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему договору «Стороны» несут ответственность в соответствии с действующим

законодательством РФ.

6.2 «Заказчик», при причинении вреда медицинскому учреждению, несет имущественную ответственность путем возмещения убытков в соответствии с действующим законодательством РФ.

6.3 «Исполнитель» освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы (пожар, стихийное бедствие, эпидемиологическая обстановка, военные операции и другие, не зависящие от воли сторон), а также по причине нарушения «Заказчиком» условий настоящего договора.

7. Порядок разрешения споров

7.1 Споры и разногласия по настоящему договору решаются путем принятия мер по их устранению в досудебном претензионном порядке.

8. Заключительные положения

8.1 Договор составлен и заключен в двух экземплярах по одному для каждой из Сторон.

8.2 Неотъемлемой частью настоящего Договора являются:

8.2.1 Акт об оказании платных медицинских услуг;

8.2.2 Согласие на обработку персональных данных;

8.2.3 Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

9. Юридические адреса и реквизиты сторон

«Исполнитель»

«Заказчик»

(или его законный представитель)

БУЗ ВО «Бюро судебно-медицинской экспертизы»

ФИО

Юридический адрес: 160022, г. Вологда,

Пошехонское шоссе, 276

Фактический адрес:

<https://bsme.volmed.org.ru/>

e-mail: vologdasudmed@mail.ru

Тел.

ИНН 3525082023

ОГРН 1023500890313

18.11.2002г. МИФНС №11 по Вологодской области

Контактный телефон

Департамент финансов Вологодской области (БУЗ ВО «Бюро судебно-медицинской экспертизы» л/с 008.20.015.1)

Сч. №: 03224643190000003000

Отделение Вологда Банка России//УФК по Вологодской области, г. Вологда

Сч. № банка:40102810445370000022

БИК 011909101

ОКТМО 19701000

КБК 000000000000000000130

Тип средств 02.01

Уполномоченное лицо по доверенности №__ от «__»_____20__ г.

Подпись

М.П.

**Бюджетное учреждение здравоохранения Вологодской области
«Бюро судебно-медицинской экспертизы»**

(160022, г. Вологда, Пошехонское шоссе, 27б, лицензия № ЛО-35-01-002369 от 15 мая 2017 г.
выдана департаментом здравоохранения Вологодской области,
ИНН 3525082023 ОГРН 1023500890313)

АКТ № от « » 20__ г.
об оказании платных медицинских услуг

Заказчик _____

Основание: договор № от «__» _____ 20__ г.

№ п/п	Наименование платной медицинской услуги	Количество, усл. ед.	Цена услуги руб.коп.	Стоимость руб.коп.
1.				
Итого				

Всего оказано услуг на сумму:
_____ (_____) рублей 00 копеек, НДС не облагается.

Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

«Исполнитель»

Заказчик
(или его законный представитель)

_____/_____
(подпись) (расшифровка подписи)

_____/_____
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

Хранить «Согласие» в бюро с договором!

Согласие на обработку персональных данных

Я, (Ф.И.О. полностью) _____
проживающий/проживающая по адресу (по месту регистрации) _____

паспорт: серия _____ номер _____, выдан (дата и название выдавшего органа) _____

_____,
(далее заполняется в случае получения согласия от представителя субъекта персональных данных): _____

_____,
(Ф.И.О. полностью)
проживающий/проживающая _____ по _____ адресу _____ (по _____ месту регистрации) _____

паспорт/свидетельство о рождении: серия _____ номер _____, выдан _____

уполномоченный _____ на _____ основании _____),

(наименование документа, подтверждающего полномочия представителя и его реквизиты),
в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.06 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», даю своё согласие бюджетному учреждению здравоохранения Вологодской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы» (юридический адрес 160022, г. Вологда, Пошехонское шоссе, 27б) (далее - Оператор) на обработку персональных данных: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, паспортные данные, адрес регистрации/адрес фактического проживания, сведения о месте работы, данные о состоянии здоровья.

Обработка вышеуказанных персональных данных будет осуществляться путем смешанной (автоматизированной, а также без использования средств автоматизации (на бумажных носителях)) обработки персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных в целях проведения судебно-медицинского обследования.

Настоящее согласие на обработку персональных данных действует в течение срока действия договора на оказание платных медицинских услуг, а после прекращения договора – в течение установленного срока хранения документов (5 лет).

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано по моему письменному заявлению.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку.

В случаях, не оговоренных выше, передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

« _____ » _____ 20 _____ г.

_____ / _____
(подпись)

_____ / _____
(расшифровка подписи)

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

Я, _____,
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина полностью)
«__» _____ года рождения, зарегистрированный по адресу:

проживающий по адресу: _____,
в отношении _____

(Ф.И.О. гражданина полностью при подписании согласия законным представителем)
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств для
получения медицинских услуг/ для получения медицинских услуг лицом, законным
представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) бюджетному учреждению
здравоохранения Вологодской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы»:

- Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза
 Осмотр (осмотр, пальпация)
 Антропометрические исследования

Медицинским работником врачом - судебно-медицинским экспертом отделения
(отдела) _____ Ф.И.О. _____ в доступной для меня форме мне разъяснены
цели, методы оказания медицинских услуг, связанные с ними риски, возможные варианты
медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а
также предполагаемые результаты оказания медицинских услуг. Мне разъяснено, что я имею
право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, или
потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9
статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья
граждан в Российской Федерации».

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя,
телефон)

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

«__» _____ 20__ г.
(дата оформления)