

Уведомление об информировании до заключения настоящего договора

Я, нижеподписавшийся(ая), _____, _____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____, настоящим подтверждаю, что мне до заключения договора об оказании медицинских услуг предоставлена 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). Я согласен(а) оплатить услугу, я получил(а) информацию о стоимости медицинского вмешательства, о правилах ее оплаты и документах, подтверждающих этот факт.

Я ознакомлен(а) с тем, что можно получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях по месту жительства на других условиях. Получив у Исполнителя полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг, я согласен(а) на оказание платных медицинских услуг и готов (а) их оплатить.

До подписания договора об оказании платных медицинских услуг я ознакомлен(а) с преискурantom, действующим на дату заключения договора.

Настоящим, я информирован(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя, 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.

« ____ » _____ 20__ г. Ф.И.О. _____ Подпись _____

ДОГОВОР № _____
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Пятигорск _____ « ____ » _____ 202__ г.

Лечебно-профилактическое учреждение профсоюзов «Пятигорская бальнеогрязелечебница», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Ильных Александра Петровича, действующего на основании Устава, с одной стороны,

_____, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель» (пациент), с другой стороны,

Заполняется в случае представления интересов Потребителя третьими лицами	
Законный представитель Потребителя _____, действующий в интересах Потребителя, именуемый в дальнейшем «Законный представитель»,	
Заказчик _____ (ФИО), или (Организация) _____, ИНН _____ /ОГРН _____ в лице _____, действующего на основании _____, заказывающий (приобретающий) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу «Потребителя», с третьей стороны,	

вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. СВЕДЕНИЯ ОБ ИСПОЛНИТЕЛЕ

- 1.1. Наименование и фирменное наименование: ЛПУП «Пятигорская бальнеогрязелечебница».
- Адрес места нахождения: 357500, Ставропольский край, г. Пятигорск, ул. Красноармейская, 16
- ОГРН 1022601619567, ИНН 2632054854.
- Лицензия на осуществление медицинской деятельности: № Л041-01197-26/00319480 от 6 марта 2018 года. Выдана бессрочно.
- Наименование, адрес места нахождения и телефон лицензирующего органа: Министерство здравоохранения Ставропольского края: 355000 г. Ставрополь, ул. Дзержинского 158, 17 этаж, офис 1701, телефон: (8652) 74-80-79.
- Перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией: работы (услуги), выполняемые: при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): 1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу, сестринскому делу, физиотерапии; 4) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), физиотерапии; 6) при оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении организуются и выполняются работы (услуги) по: медицинскому массажу, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), сестринскому делу, терапии, физиотерапии, лечебной физкультуре.
- 1.2. Исполнитель осуществляет свою деятельность руководствуясь Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736), Порядком организации санаторно-курортного лечения (утв. Приказом Минздрава России от 05.05.2016 N 279н) и иным действующим законодательством Российской Федерации.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 2.1. Потребитель поручает и оплачивает, а Исполнитель принимает на себя обязательство оказать Потребителю платные медицинские услуги, в порядке и сроки, которые установлены настоящим договором.
- 2.2. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя или его Законного представителя.
- 2.3. Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу: г. Пятигорск, ул. Красноармейская, 16, г. Пятигорск, бульвар Гагарина, 1 в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736). Исполнитель вправе привлекать для оказания услуг по настоящему договору третьих лиц (соисполнителей), а оплата оказанных услуг произойдет Потребителем (Законным представителем, Заказчиком) Исполнителю.
- 2.4. Виды бальнеологических будут рекомендоваться Потребителю индивидуально на основании медицинских показаний в соответствии с перечнем предоставляемых медицинских услуг и действующим преискурantom Исполнителя.
- 2.5. Для целей настоящего Договора используются следующие понятия:
- 2.5.1. Пациент, Потребитель – это физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором.
- 2.5.2. Законный представитель/Заказчик – представитель Пациента – физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести), либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с настоящим договором в пользу Пациента.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 3.1. Исполнитель обязуется:**
- 3.1.1. Обеспечивать Потребителя (Законного представителя) бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о местонахождении Исполнителя (месте его государственной регистрации), ОГРН, ИНН, графике работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, методах оказания медицинской помощи, видах медицинского вмешательства, об условиях и сроках предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, а также сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации.
- 3.1.2. Оказывать Потребителю медицинские услуги, предусмотренные настоящим договором, надлежащего качества, с использованием методов, разрешенных на территории РФ.
- 3.1.3. Предупредить Потребителя (Законного представителя), Заказчика, в случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором. Без согласия Потребителя (Законного представителя), Заказчика, Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные платные медицинские услуги.
- 3.1.4. Предоставить Потребителю (Законному представителю) список своих сотрудников, обладающих специальным образованием и профессиональными навыками, которые будут оказывать медицинские услуги.
- 3.1.5. Не передавать и не показывать третьим лицам без согласия Потребителя (Законного представителя) находящуюся у Исполнителя информацию (документацию) о Потребителе или его Законном представителе.
- 3.1.6. Сотрудничать при оказании услуг по настоящему Договору с иными медицинскими учреждениями и специалистами.
- 3.1.7. Предоставлять Потребителю (Законному представителю) материалы и заключения о ходе оказания услуг в печатном виде.
- 3.1.8. Предоставлять Потребителю (Законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной форме информацию:
- о состоянии здоровья, диагнозе, методах лечения и профилактики, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;
 - 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.
- 3.1.9. Давать при необходимости по просьбе Потребителя (Законного представителя) разъяснения о ходе оказания услуг.
- 3.1.10. По окончании оказания платных медицинских услуг предоставить Потребителю/Законному представителю (по его требованию) копии медицинских документов либо выписки из них, отражающих информацию о диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания платы, в 3-дневный срок с момента обращения.
- 3.2. Потребитель или его Законный представитель обязуется:**
- 3.2.1. Оплатить предоставляемые услуги в соответствии с условиями раздела 5 настоящего договора (в случае личного представления своих интересов).
- 3.2.2. До оказания медицинской услуги информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.
- 3.2.3. Перед оказанием платных медицинских услуг дать Исполнителю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в процессе оказания платных медицинских услуг. (Приложение № 1)
- 3.2.4. Соблюдать требования, предписания, указания, рекомендации медицинского персонала как необходимые условия предоставления ему качественной медицинской помощи. 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.
- 3.2.5. Во время нахождения на территории Исполнителя соблюдать правила внутреннего распорядка, режим работы Исполнителя, Правила поведения в медицинском учреждении, установленные Исполнителем, если они не ограничивают его права по действующему законодательству РФ и настоящему Договору.
- 3.2.6. По запросу Исполнителя предоставить ему необходимые документы и материалы, связанные с оказанием платных медицинских услуг.
- 3.2.7. Своевременно подписывать отчеты (акты) об оказании услуг Исполнителем.
- 3.2.8. В случае отказа от медицинских услуг (части медицинских услуг) уведомить об этом Исполнителя.
- 3.2.9. Уведомить Исполнителя о несоблюдении рекомендаций Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения.
- 3.3. Законный представитель или Заказчик обязуется:**
- 3.3.1. Приобрести платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу Потребителя, произведя оплату стоимости оказываемых Потребителю платных медицинских услуг на расчетный счет Исполнителя в срок, предусмотренный настоящим Договором.
- 3.4. Исполнитель имеет право:**
- 3.4.1. Получать от Потребителя (его Законного представителя) любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае не предоставления либо неполного или неверного предоставления Потребителем (его Законным представителем) информации, Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему договору до представления необходимой информации.
- 3.4.2. Требовать от Потребителя соблюдения требований и правил, установленных законодательством и настоящим Договором, необходимых для надлежащего оказания медицинских услуг.
- 3.4.3. Получить от Потребителя (его Законного представителя) информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в процессе оказания платных медицинских услуг.
- 3.4.4. Получить от Потребителя (его Законного представителя) письменное согласие на обработку его персональных данных, полученные от Потребителя или его Законного представителя при заключении и исполнении настоящего Договора.

_____/_____/_____ /Ильиных А.П./

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Я, _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
" " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)
в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
" " _____ г. рождения, проживающего по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н <1> (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)
в _____
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого, я являюсь (ненужное зачеркнуть):

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

_____	_____
(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)
	" " _____ г.
	(дата оформления)

СОГЛАСИЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В ЛПУП «ПЯТИГОРСКАЯ БАЛЬНЕОГРЯЗЛЕЧЕБНИЦА»

Я, _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
" " _____ г. рождения, _____ (дата рождения гражданина либо законного представителя)
паспорт серия _____ номер _____, дата выдачи _____ кем выдан _____
зарегистрированный по адресу: _____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)
в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
" " _____ г. рождения, проживающего по адресу: _____ (дата рождения пациента при подписании законным представителем)
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

в соответствии с требованиями Ст. 9 ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, даю свое согласие на обработку в ЛПУП «Пятигорская бальнеогрязлечебница» (далее – Оператор) моих персональных данных/ персональных данных представляемого мною лица, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, паспортные данные, дата рождения, ИНН, адрес проживания, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, сведения, прямо относящиеся к моей личности/личности представляемого мною лица.

Настоящее согласие дается для обработки информации в информационной системе персональных данных Оператора, включая передачу полученной информации по локальной сети Оператора, без передачи по сети Интернет. Под обработкой персональных данных понимается осуществление любых действий в отношении персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных ниже целей, включая (без ограничения) сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, смешанную обработку данных, в целях исполнения обязательств по договору на оказание мне платных медицинских услуг и вытекающих вследствие его исполнения, обязательств Оператора, предусмотренных действующим законодательством. Для оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора по локальной сети, в интересах моего лечения/ представляемого мною лица.

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).

Передача моих персональных данных/персональных данных представляемого мною лица иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.
Я уведомлен(а), что срок хранения персональных данных, обрабатываемых Оператором при оказании платных медицинских услуг соответствует сроку хранения документов бухгалтерского учета и составляет не менее пяти лет с момента истечения срока действия договора либо после прекращения обязательств по договору.

Настоящее согласие действует со дня подписания на срок предоставления медицинских услуг и дальнейшей обработки информации в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ для хранения документации в организациях. Мне разъяснено право отозвать данное согласие посредством составления заявления в простой форме в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации. Указанное заявление может быть направлено в адрес Оператора любым удобным для меня способом.

Подпись субъекта персональных данных (Потребителя/Законного представителя) _____
Подпись _____ (ФИО полностью)
Дата подписания согласия: « _____ » _____ 20 ____ года