

ОБРАЗЕЦ договора на стоматологическое лечение

Бюджетное учреждение здравоохранения Вологодской области
"Вологодская областная больница №3"

ЗАЯВЛЕНИЕ

на оказание платных медицинских услуг по личной инициативе граждан

Я, -----, проживающий(ая) по адресу: -----, паспорт: серия XXXX № XXXXXX, выдан: -----, XX.XX.XXXXг., прошу оказать мне платные медицинские услуги.

С правами пациента в соответствии со статьями 18, 20-22, 28, 41 Конституции, ст. 13, 20 Федерального закона от 21.11.2011г. №323 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Федеральным законом от 29.11.2010г. №326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", с порядком получения медицинских услуг на бесплатной основе в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Вологодской области на текущий год ознакомлен(а). От получения плановой бесплатной медицинской помощи по месту прикрепления (с учетом права на выбор медицинского учреждения и лечащего врача) отказываюсь.

Я уведомлен(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья, и согласен(на) заключить Договор на оказание платных медицинских услуг.

С условием и размером оплаты ознакомлен(а).

Подпись _____ (-----) XX.XX.XXXXг.

ДОГОВОР № XXXXXX

на оказание платных медицинских стоматологических услуг физическим лицам

БУЗ ВО "Вологодская областная больница №3", лицензия¹ на осуществление медицинской деятельности № Л041-01135-35/00570248 выдана министерством здравоохранения Вологодской области 27.02.2020г., срок действия: бессрочно, в лице регистратора отдела платных услуг -----, действующего на основании Доверенности -----, именуемое в дальнейшем "Исполнитель", с одной стороны,

и гражданин(ка) -----, проживающий(ая) по адресу: -----, паспорт: серия XXXX № XXXXXX, выдан: -----, XX.XX.XXXXг., именуемый(ая) в дальнейшем "Потребитель", с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. Предмет договора

Потребитель поручает, а Исполнитель берет на себя обязательство в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023г. №736 оказать Потребителю медицинские услуги (далее Услуги), отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ.

2. Порядок расчетов

Стоимость медицинских услуг, оказываемых Потребителю, устанавливается в соответствии с Приложением №1 к Договору на основании действующего на момент оказания услуг Прейскуранта Исполнителя, и составляет **XX XXX,00 руб.** (----- рублей 00 копеек).

Оплата медицинских услуг осуществляется Потребителем при подписании Договора одним из следующих способов:

путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя;

безналичным путем с использованием банковской карты через платежный терминал, установленный в кассе Исполнителя;

дистанционно посредством использования сети "Интернет" (при наличии у Исполнителя технической возможности заключения договора и осуществления оплаты дистанционным способом).

По согласованию Сторон допускается оплата после оказания услуг, в день их оказания (только в случаях, когда при заключении Договора Потребителем предоставлен документ, удостоверяющий личность). Если режим работы кассы Исполнителя не позволяет произвести оплату в день оказания услуг, оплата производится на следующий после дня оказания услуг рабочий день кассы.

3. Обязательства сторон

Исполнитель обязан:

ознакомить Потребителя с Программой государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью на территории Вологодской области на текущий год;

оказать медицинские услуги надлежащего качества в срок с XX.XX.XXXXг. по XX.XX.XXXXг.; при возникновении непредвиденных (форсмажорных) обстоятельств (выход из строя оборудования, болезнь врача и т.п.) по согласованию с Потребителем сроки оказания услуг могут быть изменены;

¹ В соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности БУЗ ВО "Вологодская областная больница №3" оказывает услуги по: акушерскому делу; акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности); акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); анестезиологии и реаниматологии; бактериологии; вакцинации (проведению профилактических прививок); гастроэнтерологии; гематологии; гигиеническому воспитанию; дезинфектологии; дерматовенерологии; диетологии; инфекционным болезням; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; клинической фармакологии; колопроктологии; лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; лечебной физкультуре и спортивной медицине; мануальной терапии; медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); медицинским осмотрам (предменным, послесменным); медицинским осмотрам профилактическим; медицинской статистике; медицинскому массажу; медицинскому освидетельствованию кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приемные родители; медицинскому освидетельствованию на выявление ВИЧ-инфекции; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством; неврологии; нейрохирургии; неонатологии; неотложной медицинской помощи; нефрологии; операционному делу; организации здравоохранения и общественному здоровью; организации сестринского дела; оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации); офтальмологии; паразитологии; профпатологии; психиатрии; психиатрии-наркологии; пульмонологии; рентгенологии; рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению; рефлексотерапии; сердечно-сосудистой хирургии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; скорой медицинской помощи; стоматологии; стоматологии детской; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; терапии; травматологии и ортопедии; трансфузиологии; ультразвуковой диагностике; управлению сестринской деятельностью; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; хирургии (абдоминальной); хирургии (комбустиологии); экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе профессиональной пригодности; экспертизе временной нетрудоспособности; эндокринологии; эндоскопии; эпидемиологии.

ОБРАЗЕЦ договора на стоматологическое лечение

отказать в оказании платных медицинских услуг, если Потребитель не дал информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;

предоставить по требованию Потребителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг, без взимания дополнительной платы.

Потребитель обязан:

информировать врача до оказания услуг о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, а также обо всех изменениях в состоянии здоровья в процессе лечения;

оплатить стоимость услуг согласно п.2 настоящего Договора.

4. Права и ответственность сторон

Исполнитель имеет право:

требовать от Потребителя предоставления информации о наличии у него заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, известных ему аллергических реакциях, а также другую информацию, влияющую на оказание медицинских услуг, указанных в Приложении №1 к настоящему Договору;

требовать от Потребителя возмещения фактически понесенных расходов, связанных с обязательствами по данному Договору в случае отказа Потребителя от исполнения Договора. Исполнитель возмещает Потребителю стоимость не оказанных медицинских услуг.

Потребитель имеет право:

требовать от Исполнителя предоставления сведений о наличии лицензии, профессиональном образовании и квалификации специалистов;

дать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;

требовать от Исполнителя сохранения конфиденциальности информации о факте обращения Потребителя за медицинской помощью, его диагнозе, состоянии здоровья;

в случае отказа Потребителя от получения медицинских услуг (до момента начала их оказания), получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуг.

При несоблюдении медицинским учреждением обязательств по качеству и срокам исполнения услуг Потребитель вправе:

потребовать назначения нового срока оказания услуги;

потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;

потребовать выполнения услуги другим специалистом;

расторгнуть договор и потребовать возмещения убытков.

5. Срок действия и порядок расторжения договора

Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами всех своих обязательств по Договору. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон с обязательным предварительным письменным уведомлением об этом другой Стороны.

Настоящий Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке в случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.

6. Прочие условия

Гарантийный срок на оказанные услуги: 12 месяцев.

Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для Исполнителя и Потребителя.

Потребитель уведомлен, что в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязан соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в БУЗ ВО "Вологодская областная больница №3".

7. Реквизиты и подписи сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ

БУЗ ВО "Вологодская областная больница №3"

162608 г. Череповец, ул. Metallургов, д.18

ИНН 3528036956 КПП 352801001

ОГРН 1023501237242 ОКТМО 19730000

Министерство финансов Вологодской области

(БУЗ ВО "Вологодская областная больница №3"

л/сч. 008.20.097.1)

Единый казначейский счет 40102810445370000022

Казначейский счет 03224643190000003000

Банк: Отделение Вологда // УФК по Вологодской области,

г. Вологда

БИК 011909101 КБК 0000000000000000130, т.с. 02.01.00

Регистратор отдела платных услуг -----

Доверенность: -----

м.п.

ПОТРЕБИТЕЛЬ

Адрес:

Телефон:

Email:

Паспорт:

Перечень оказываемых услуг (смета)

№ п/п	Наименование услуги	Сроки оказания услуги	Цена, руб.	Кол-во	Сумма, руб.	НДС, руб.	Ф.И.О. врача	Отделение

Итого со скидкой (при наличии): XX XXX,00 руб.

От Исполнителя:

Регистратор отдела платных услуг -----

Доверенность: -----

М.П.

Потребитель:

Акт об оказании услуг

«XX» месяц XXXXг.

Ф.И.О. Потребителя: -----

Договор № XXXXXX

№ п/п	Наименование услуги	Ед. изм.	Цена, руб.	Кол-во	Сумма, руб.	В т.ч. НДС, руб.
		шт.				

Итого:

в т.ч. НДС:

Всего (с учетом НДС):

Всего оказано услуг на сумму: ----- рублей 00 копеек, в т.ч.: НДС Ноль рублей 00 копеек. Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Потребитель претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

От Исполнителя:

Регистратор отдела платных услуг -----

Доверенность: -----

м.п.

Потребитель:

**СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных**

Я, -----

ФИО пациента полностью

паспорт: серия XXXX № XXXXXX, выдан: -----, XX.XX.XXXXг.

документ, удостоверяющий личность пациента, серия, номер, кем выдан и дата выдачи

Зарегистрированный (ая) по адресу -----

даю согласие БУЗ ВО «Вологодская областная больница №3» (далее – Оператор), юридический адрес: 162608, Россия, Вологодская обл., г. Череповец, ул. Metallургов, 18, на обработку своих персональных данных в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, в целях осуществления расчетов за медицинскую помощь в соответствии с действующим законодательством РФ, выполнения Оператором обязательств, предусмотренных нормативно-правовыми актами и/или договорами:

- фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии);
- пол;
- дата рождения;
- место рождения;
- гражданство;
- данные документа, удостоверяющего личность;
- место жительства;
- место регистрации;
- дата регистрации;
- контактные телефоны;
- место работы;
- страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии), принятый в системе обязательного пенсионного страхования;
- реквизиты полиса обязательного и/или добровольного медицинского страхования застрахованного лица (при наличии);
- сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью;
- сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, полученных рекомендациях;
- реквизиты выданного листка нетрудоспособности (при наличии);
- сведения об организации, оказавшей медицинские услуги;
- сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу;
- стоимость оказанной медицинской помощи.

Перечень действий с персональными данными, в отношении которых дано согласие, включает: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных в документарной и электронной форме автоматизированным и неавтоматизированным способом.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные другим должностным лицам Оператора в целях, указанных в данном согласии.

Я разрешаю направлять SMS-сообщения на указанный мобильный телефон и электронные письма на указанный электронный адрес для информирования о новых услугах, о проводимых акциях, мероприятиях, скидках.

Настоящие согласие действительно с момента подписания и в течение срока, установленного законодательством Российской Федерации, для достижения целей, указанных в данном согласии.

Настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме.

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.

Данное согласие на обработку моих персональных данных представлено с учетом п. 2 ст. 6 и п. 2 ст. 9 Федерального закона Российской Федерации от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в соответствии с которым обработка персональных данных, осуществляемая на основании федерального закона либо для исполнения договора, стороной в котором я являюсь, может осуществляться Оператором без моего дополнительного согласия.

Прошу не уведомлять об окончании обработки моих персональных данных.

XX месяц XXXXг.

дата

личная подпись пациента

расшифровка

Сотрудник БУЗ ВО «Вологодская областная
больница №3»

Регистратор отдела платных услуг

должность сотрудника

XX месяц XXXXг.

дата

личная подпись сотрудника

расшифровка