

ТИПОВАЯ ФОРМА

Договор на оказание дополнительных платных медицинских услуг _____

г. Хабаровск

« » 20 г.

Краевое государственное автономное нетиповое образовательное учреждение «Хабаровский центр развития психологии и детства «Психология», именуемое в дальнейшем Учреждение, в лице администратора _____, действующей на основании доверенности

№ _____ от _____, Устава, лицензии № ЛО-27-01-002998 от 07.10.2020 (организация здравоохранения и общественного здоровья, психиатрии, психотерапии, неврология, медосмотры (предрейсовые, послерейсовые)), срок действия – бессрочно, выданной Министерством здравоохранения Хабаровского края (тел. 40-23-22), с одной стороны,

и, в дальнейшем именуемый Заказчик, действующий в интересах несовершеннолетнего

(получатель услуги, родитель (законный представитель) обучающегося, ребенка, получающего помощь в Центре)

, в дальнейшем именуемый Потребитель

(фамилия, имя физического лица потребителя услуг/или ребёнка, получающего помощь в Центре)

с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. В рамках настоящего договора «Учреждение» обязуется за плату оказать Пациенту медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а именно:

№ п.п.	Перечень медицинских услуг	Колич.	Цена	Сумма
Итого				

*Медицинские услуги НДС не облагаются.

Услуги предоставляются в соответствии с графиком работы, установленном в Учреждении, после предварительной оплаты Пациентом услуг.

Документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг, выдается на руки Заказчику.

1.2. Заказчик обязуется оплатить стоимость услуг Учреждения до их предоставления, в соответствии с действующим прейскурантом в размере, определенном настоящим Договором. Оплата производится в безналичном порядке на счет Учреждения. Комиссионное вознаграждение банку оплачивается за счет Заказчика.

1.3. Сторонами определено, что услуги должны быть оказаны Учреждением Пациенту согласно графику работы Учреждения и записи на приём, Заказчик обязан следовать рекомендациям сотрудников Учреждения и принять услуги.

1.4. Качество оказываемых Учреждением услуг определяется действующими на момент заключения настоящего Договора нормативными актами, при этом Учреждением организован открытый доступ Пациента к указанным нормативным актам, а Пациент ознакомлен с ними до момента подписания настоящего Договора.

1.5. После оказания Пациенту Услуг, Заказчик обязан принять их. Принятие услуг состоит в обязанности в трехдневный срок подписать Акт выполненных работ (услуг), являющийся Приложением к настоящему Договору. В случае наличия претензий по качеству оказанных услуг, Пациент обязан указать о них в Акте выполненных работ (услуг).

1.6. Договор является результатом совместной работы Сторон и не является Договором присоединения. Текст до момента подписания прочитан Сторонами, его содержание понятно и не содержит формулировок, допускающих двусмысленное толкование.

2. Права и обязанности сторон

Учреждение обязано:

- 2.1.1. Качественно оказать медицинские услуги в объеме, указанном в п. 1.1 настоящего Договора.
- 2.1.2. Предложить Заказчику, Пациенту самый безопасный и оптимальный метод оказания медицинской помощи.
- 2.1.3. Информировать Пациента о том, что несоблюдение рекомендаций медицинского работника – сотрудника Учреждения - может снизить качество оказываемых услуг.
- 2.1.4. Предоставить Заказчику, Пациенту бесплатно и доступно достоверную информацию о режиме работы Учреждения, перечне платных медицинских услуг, с указанием их стоимости, об условии предоставления и получения этих услуг, о квалификации и сертификации специалистов.

2.2. Учреждение имеет право:

- 2.2.1. Определить объем, характер, сроки предоставления медицинских услуг.
- 2.2.2. Отказать Пациенту в оказании ему услуг, с возвратом уплаченной, в соответствии с п. 1.2 настоящего Договора, суммы в случае возникновения причин объективного характера, препятствующих оказанию услуг (нарушение Пациентом предписаний медицинских работников, при возникновении чрезвычайных ситуаций, аварий, отключении электроснабжения, водоснабжения, поломки оборудования и другое).
- 2.2.3. Отказать Заказчику, Пациенту в оказании услуг в случае совершения им противоправных действий в отношении Учреждения, его сотрудников и имущества, а равно третьих лиц, находящихся на территории Учреждения, без возврата Пациенту суммы фактически понесенных затрат.
- 2.2.4. В случае обращения в Учреждение родителя (законного представителя) Пациента, проживающего отдельно от ребенка, не являющегося стороной по настоящему Договору, за предоставлением информации о своём ребенке в порядке, предусмотренном ст. 66 Семейного кодекса РФ, Учреждение вправе предоставить соответствующую информацию.
- 2.2.5. Размещать на своем официальном сайте фото, видео и печатные материалы с участием Пациента, полученные в процессе оказания дополнительных платных медицинских услуг.

2.3. Заказчик, Пациент имеет право:

- 2.3.1. На получение информации в рамках настоящего Договора. Знакомиться с Уставом Учреждения, лицензией на осуществление медицинской деятельности и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление Учреждением медицинской деятельности.
- 2.3.2. Получать информацию о всех видах планируемых обследований (психологических, психолого-педагогических) Пациента, давать согласие на проведение таких обследований или участие в таких обследованиях, отказаться от их проведения или участия в них, получать информацию о результатах проведенных обследований Пациента.
- 2.3.3. Согласится или не согласится с предложенным Учреждением методами диагностики. Отказ от предложенного метода диагностики и отсутствие иного метода исследования в распоряжении Учреждения является основанием для одностороннего отказа Учреждения от предоставления услуги.
- 2.3.4. Отказаться от дальнейшего исполнения Договора при условии возмещения Учреждению фактически понесенных затрат.

2.4. Заказчик, Пациент обязан:

- 2.4.1. Доводить до сведения медицинского персонала Учреждения необходимую информацию о состоянии своего здоровья.
- 2.4.2. Незамедлительно сообщать врачу о побочных явлениях, осложнениях, возникших в процессе диагностики.
- 2.4.3. Обеспечить сохранность своего экземпляра Договора до момента получения результатов исследования. Не разглашать информацию о заключении Договора и его условиях третьим лицам. Факт разглашения информации о заключении договора третьим лицам и его условиях однозначно и недвусмысленно свидетельствует о намерении поручить третьим лицам получить результаты исследований за (вместо) Пациента.
- 2.4.4. Извещать специалиста Учреждения об уважительных причинах отсутствия Пациента на консультациях.
- 2.4.5. Соблюдать правила внутреннего распорядка Учреждения, требования локальных актов, которые устанавливают режим пребывания и график работы.

3. Конфиденциальность

- 3.1. Учреждение обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Пациента за оказанием услуг, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании.
- 3.2. Факт совершения настоящей сделки между Сторонами, содержание Договора не должен разглашаться Сторонами третьим лицам. Раскрытие информации со стороны «Пациента» третьим лицам однозначно и недвусмысленно свидетельствует о его намерении поручить третьим лицам, которым была доведена информация о наличии сделки и условиях Договора, получить результаты исследований в порядке, предусмотренном настоящим Договором.

4. Иные условия договора

- 4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей, установленных настоящим договором, Стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.
- 4.2. Условия, на которых заключен настоящий договор, могут быть изменены либо по соглашению сторон путём заключения дополнительного соглашения, либо в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
- 4.3. Настоящий договор может быть расторгнут по соглашению Сторон.
- 4.4. Настоящий договор может быть расторгнут по инициативе Учреждения в одностороннем порядке в случаях, предусмотренным законодательством Российской Федерации.
- 4.5. Договор, может быть, расторгнут по инициативе Заказчика без объяснения причин, при условии оплаты Учреждению фактически понесенных им расходов.
- 4.6. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до момента исполнения сторонами обязательств.
- 4.7. Стороны достигли договоренности, что досудебная процедура урегулирования спора является обязательной.
- 4.8. Во всем, что не оговорено настоящим Договором, стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.
- 4.9. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон, имеющих равную юридическую силу. Стороны обязаны обеспечить сохранность своих экземпляров Договора и Приложений к нему.

8. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:

Краевое государственное автономное
нетиповое
образовательное учреждение
"Хабаровский центр
развития психологии и детства
"Псиология"
почтовый адрес: 680012, г. Хабаровск,
проезд Трамвайный 5а, т.30-74-70.
переулок Фабричный, 23а, т. 21-29-69
ИНН 2723052967/КПП 272301001
КГАНУ «Псиология» л/с 30226Е58430,
ОТДЕЛЕНИЕ ХАБАРОВСК БАНКА
РОССИИ//УФК по Хабаровскому краю
г. Хабаровск
БИК 010813050
Администратор:
_____/_____/_____
М.П.

Заказчик:

(ФИО)

паспорт

(серия, номер, код
подразделения)

(кем и когда выдан)

(адрес местожительства)

(контактный телефон)

(подпись)

(расшифровка)

Потребитель:

(ФИО)

(дата рождения)

(адрес местожительства)

(контактный телефон при наличии)

(контактный телефон)

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я,.....,.....
Настоящим выражаю свое волеизъявление на получение платных медицинских (ой) услуг (и), в соответствии с заключенным Договором на оказание дополнительных платных медицинских услуг № _____ от _____
_____/_____
(подпись) (расшифровка)

Информирование 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

Настоящим я, подтверждаю, что проинформирован(а) 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

_____/_____
(подпись) (расшифровка)

Согласие на обработку персональных данных

Настоящим я, далее – «Субъект Персональных Данных», во исполнение требований Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» свободно, своей волей и в своем интересе даю свое согласие КГАНУ «Психология», юридический адрес: 680012, г. Хабаровск, проезд Трамвайный, д. 5А, на обработку своих персональных данных, указанных при заключении договора на оказание дополнительных платных услуг.

Под персональными данными я понимаю любую информацию, относящуюся ко мне как к Субъекту Персональных Данных, в том числе мои фамилию, имя, отчество, контактные данные (электронная почта, телефон), иную информацию.

Под обработкой персональных данных я понимаю сбор, систематизацию, накопление, уточнение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, хранение), и любые другие действия (операции) с персональными данными, определенные уставными целями КГАНУ «Психология».

Обработка персональных данных Субъекта Персональных Данных осуществляется исключительно в целях предоставления дополнительных платных услуг, а так же для обратной связи с Субъектом Персональных Данных при помощи телефонной связи, электронной почты.

Датой выдачи согласия на обработку персональных данных Субъекта Персональных Данных является дата заключения договора на оказание дополнительных платных услуг.

Обработка персональных данных Субъекта Персональных Данных может осуществляться с помощью средств автоматизации и/или без использования средств автоматизации в соответствии с действующим законодательством РФ.

КГАНУ «Психология» принимает необходимые правовые, организационные и технические меры или обеспечивает их принятие для защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, предоставления, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий в отношении персональных данных, а также принимает на себя обязательство сохранения конфиденциальности персональных данных Субъекта Персональных Данных.

_____/_____
(подпись) (расшифровка)

АКТ № _____ сдачи-приемки выполненных услуг

г. Хабаровск

« »

20 г.

Мы, нижеподписавшиеся, «Исполнитель» КГАНОУ "Психология" в лице диспетчера _____, действующей на основании доверенности № _____ от _____, Устава, и «Заказчик»

составили настоящий акт о том, что предоставленные услуги по договору № _____ от « _____ » _____ 20__ г. на оказание дополнительных платных услуг выполнены в надлежащем порядке.

(специалист Исполнителя, оказывающий услугу)

№	Наименование услуги	Ед. изм.	Количество	Цена	Сумма
Итого:					
Без налога (НДС)					
Всего (с учетом НДС)					

Всего оказано услуг на сумму: _____ рублей _____ копеек, в т.ч. НДС – _____ рублей _____ копеек.

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

Исполнитель

Заказчик

_____/_____/_____/_____ / _____ / _____

М.П.

подпись

расшифровка

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, _____
(Ф.И.О. гражданина)

" _____ " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо 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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Краевое государственное автономное нетиповое образовательное учреждение "Хабаровский центр развития психологии и детства "Псилогия".

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. 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" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446). Сведения о выбранных мною лицах, 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)

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

" _____ " _____ г.

(дата оформления)

Согласно п. 15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006,

Я _____
(Ф.И.О. гражданина)

уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на моем состоянии здоровья.

_____ (подпись) (Ф.И.О. гражданина)

" _____ " _____ г.

(дата оформления)

Я _____
(Ф.И.О. гражданина)

проинформирован о том, что согласно Приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 апреля 2012 г. N 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи», имею право на выбор медицинской организации для оказания медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по полису обязательного медицинского страхования гражданина в пределах территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин.

_____ (подпись) (Ф.И.О. гражданина)

" _____ " _____ г.

(дата оформления)

Отказ от видов медицинских вмешательств, включенных 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, _____

(Ф.И.О. гражданина)

" _____ " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в Краевое государственное автономное нетиповое образовательное учреждение "Хабаровский центр развития психологии и детства "Психология" отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных 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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - виды медицинских вмешательств):

(наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

_____ (подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

" _____ " _____ г.
(дата оформления)