



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Челябинский областной клинический кожно-венерологический диспансер

454048, г. Челябинск, ул. Яблочкина, д. 24, тел. (351) 232-00-93, 232-00-28, sekret@chokkvd.ru, www.chokkvd74.ru

ПРИКАЗ г. Челябинск

«27» декабря 2017 года

№169

Об утверждении новой типовой формы договора
на предоставление платных медицинских услуг населению

В целях формирования в структурных подразделениях ГБУЗ «ЧОККВД» единого подхода к оформлению договоров на оказание платных медицинских услуг населению,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить и ввести в действие с 01.01.2018 г. новую типовую форму договора на предоставление платных медицинских услуг населению (Приложение № 1).
2. Разместить новую типовую форму договора в МИС «БАРС». Срок – по 29.12.2017 г. включительно. Ответственный - начальник ОПИП Морсов А.В.
3. Довести до сведения всех заведующих структурными подразделениями ГБУЗ «ЧОККВД» и работников, которые ведут работу по заключению договоров, данный приказ. Ответственный – секретарь Сафронова С.Г.
4. Лицам, указанным в п.3 настоящего приказа, использовать новую типовую форму при заключении договоров на предоставление платных медицинских услуг населению – с 01.01.2018 г.
5. С даты подписания настоящего приказа прекратить действие приказа от 22.11.2017 №159 «Об утверждении типовой формы договора на предоставление платных медицинских услуг населению».
6. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на заместителя главного врача по экономическим вопросам Бабинцеву Е.А.

Главный врач ГБУЗ «ЧОККВД»

О.Р. Зиганшин

ТИПОВАЯ ФОРМА

Договор № _____ -18ПЛ
на предоставление платных медицинских услуг населению

г. Челябинск

« ____ » _____ 201__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Челябинский областной клинический кожно-венерологический диспансер», действующее на основании лицензии №ЛО-74-01-003192 от «13» июля 2015 г. на осуществление медицинской деятельности с бессрочным сроком действия, ОГРН 1037402902844, Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ о юридическом лице, зарегистрированном до 1 июля 2002 года, серия 74 № 002071789, зарегистрировано Администрацией Советского района города Челябинска, дата внесения записи 30.04.2003 года, адрес места нахождения: _____, в лице _____, действующего на основании _____ именуемое в дальнейшем "Исполнитель", с одной стороны, и _____, паспорт серия _____ номер _____ выдан _____, зарегистрированный(ая) по адресу: _____, именуемый(ая) в дальнейшем "Заказчик" и/или "Законный представитель", в случае когда потребителем медицинских услуг является несовершеннолетний или недееспособный гражданин, от имени и в интересах которого действует его законный представитель, и _____, паспорт серия _____ номер _____ выдан _____, зарегистрированный(ая) по адресу: _____, именуемый(ая) в дальнейшем "Потребитель", с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему договору Исполнитель, действуя с информированного добровольного согласия Заказчика (Законного представителя) и Потребителя, по поручению Заказчика (Законного представителя), оказывает Потребителю, а Заказчик (Законный представитель) оплачивает медицинские услуги, определяемые Спецификацией (Приложение № 1, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора), согласно Прейскуранту цен на оказание платных медицинских услуг (далее – Прейскурант цен), который является официально утвержденным документом Исполнителя и определяет перечень работ (услуг), сроки их оказания и стоимость, находится на информационных стендах (стойках) Исполнителя в месте, доступном для ознакомления с ним Заказчика (Законного представителя) и Потребителя, а также размещен на официальном сайте Исполнителя chokkvd74.ru.

1.2. В Спецификации к настоящему Договору определяется вид (наименование) платных услуг, оказываемых Потребителю, ФИО конкретного медицинского работника, оказывающего платные медицинские услуги (далее - лечащий врач), количество услуг, цена за единицу, общая стоимость.

1.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

1.4. Исполнитель предупреждает Заказчика (Законного представителя) и Потребителя о том, что если при предоставлении платных медицинских услуг по медицинским показаниям потребуются предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором, то такие услуги могут быть оказаны Исполнителем только при условии наличия соответствующего информированного добровольного согласия Заказчика (Законного представителя) и Потребителя и согласования с ним стоимости таких услуг. Без указанного согласия Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

1.5. Срок оказания услуг: с момента заключения настоящего Договора и до окончания предоставления платных медицинских услуг в полном объеме, согласно действующему Прейскуранту цен.

1.6. Платные медицинские услуги оказываются по месту нахождения Исполнителя, указанному в преамбуле настоящего Договора.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Обеспечить Заказчика (Законного представителя) и Потребителя полной, бесплатной, доступной и достоверной информацией о возможности получения медицинских услуг в объеме и в порядке, предусмотренных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Челябинской области, а также информацией о платных медицинских услугах; о порядке оказания медицинской помощи и медико-экономических стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг на территории Российской Федерации; о конкретном медицинском работнике, оказывающем услуги по настоящему Договору (лечащем враче), его квалификации, режиме работы; о методах оказания медицинской услуги, о связанных с ней рисках, о возможных видах медицинского вмешательства и ожидаемых результатах медицинской услуги, об альтернативных способах лечения, о ценах на услуги, о наличии дополнительных медицинских (сервисных) услуг, иной информацией и сведениями в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

2.1.2. Оказать платные медицинские услуги в соответствии с выбором Заказчика (Законного представителя), согласно Спецификации к настоящему Договору и на основании действующего Прейскуранта цен, на высоком профессиональном уровне, в соответствии со стандартами, действующими в сфере здравоохранения, применяя прогрессивные медицинские технологии и знания, самостоятельно определяя методы, способы, время, место и иные условия предоставления платных медицинских услуг.

2.1.3. По требованию Заказчика (Законного представителя) предоставить ему распечатанный Перечень работ(услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с выданной лицензией.

2.1.4. По требованию Заказчика (Законного представителя) составить смету на предоставляемые по настоящему договору платные медицинские услуги.

2.1.5. После оказания медицинских услуг выдать Заказчику (Законному представителю) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), а также иную медицинскую документацию установленного образца (листок временной нетрудоспособности и др.).

2.2. Заказчик (Законный представитель) и Потребитель обязуются:

2.2.1. Перед получением платных медицинских услуг Исполнителя ознакомиться с условиями и порядком их оказания, прописанными в настоящем Договоре и в Положении о порядке предоставления платных медицинских услуг Исполнителя, размещенном на официальном сайте Исполнителя shokkvd74.ru и на информационных стендах Исполнителя.

2.2.2. Действовать добросовестно, исходя из интересов Потребителя, заботясь о сохранении его здоровья и не допуская причинения вреда его здоровью; оказывать содействие Исполнителю при исполнении настоящего Договора, выполнять все требования, обеспечивающие надлежащее предоставление Исполнителем платных медицинских услуг, включая сообщение до момента оказания медицинской услуги лечащему врачу всех сведений, имеющих отношение к оказываемой по настоящему Договору медицинской услуге (информацию о перенесенных заболеваниях, об известных аллергических реакциях, в том числе на лекарственные препараты, о наличии опасных для общества заболеваний, имеющих противопоказания к приему каких-либо лекарств или процедур и т.д.); предоставить Исполнителю до начала оказания услуг всю имеющуюся в наличии медицинскую документацию (результаты анализов, заключения и др.) и в дальнейшем предоставлять всю информацию, влияющую на протекание или лечение заболевания, в том числе сообщать о любых изменениях самочувствия и т.д.; информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению настоящего Договора.

2.2.3. Непосредственно перед получением платной медицинской услуги, оказываемой Исполнителем, подписать информированное добровольное согласие на оказание медицинской услуги.

2.2.4. Соблюдать назначенный режим лечения (т.е. все медицинские предписания, назначения, рекомендации лечащего врача), а также рекомендации на период после оказания медицинских услуг Исполнителем.

2.3. Заказчик (Законный представитель) обязуется:

2.3.1. Принять и оплатить оказанные Исполнителем медицинские услуги в порядке и в сроки, установленные настоящим Договором.

2.4. Исполнитель имеет право:

2.4.1. Отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору в одностороннем порядке при объективной невозможности обеспечить предоставление медицинской услуги, включая возникновение медицинских противопоказаний для оказания медицинской помощи и/или невозможность обеспечить её безопасность (за исключением случаев необходимости оказания экстренной медицинской помощи).

2.4.2. Не приступать к оказанию медицинских услуг в случаях, когда имеет место нарушение Заказчиком (Законным представителем) и/или Потребителем своих обязанностей по Договору (в том числе при отсутствии информированного добровольного согласия на оказание медицинской услуги), которое препятствует исполнению Договора Исполнителем (за исключением случаев необходимости оказания экстренной медицинской помощи).

2.5. Заказчик (Законный представитель) и Потребитель имеет право: на информацию об Исполнителе и самой услуге; на безопасность услуги; на соблюдение Исполнителем сроков оказания медицинских услуг, исходя из их специфики; на соблюдение качества оказываемых услуг при соразмерности предпринятых в условиях обоснованного риска усилий, тяжести патологического процесса (заболевания), а также на отсутствие недостатков оказанных медицинских услуг; на информацию об обстоятельствах, которые могут повлиять на качество оказываемой услуги; на отказ от оплаты медицинской услуги, не предусмотренной настоящим Договором; во всякое время проверять ход и качество оказания услуг Исполнителем, не вмешиваясь в его деятельность; в любое время отказаться от исполнения настоящего Договора, при условии оплаты Исполнителю суммы фактически понесенных им расходов; при несоблюдении Исполнителем обязательств по настоящему Договору требовать уменьшения стоимости лечения или досрочного расторжения настоящего Договора и возврата стоимости не оказанных ему Исполнителем медицинских услуг; предъявлять требование о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора, требование о возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также требование о компенсации морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость предоставляемых платных медицинских услуг определяется согласно действующему Прейскуранту цен Исполнителя и указывается в Спецификации к Договору (Приложение № 1 к настоящему Договору).

3.2. С согласия Заказчика (Законного представителя), оплата медицинских услуг осуществляется Заказчиком (Законным представителем), при заключении договора в полном размере до начала оказания услуг (на условиях 100% предоплаты), в российских рублях, посредством внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или, с согласия Заказчика (Законного представителя), - по безналичному расчету.

3.3. В соответствии с законодательством Российской Федерации Заказчику (Законному представителю) выдается документ установленного образца, подтверждающий произведенную оплату медицинских услуг Исполнителя (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности).

3.4. Излишне уплаченная Заказчиком (Законным представителем), сумма подлежит возврату либо учитывается при последующих расчетах с Исполнителем.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН И ФОРС-МАЖОРНЫЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА.

4.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязательств по настоящему Договору, стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. Исполнитель не несет ответственности за не предоставление медицинской услуги или за некачественное её предоставление, если причиной этого явилось: а) предоставление Заказчиком (Законным представителем), Потребителем недостоверной и (или) неполной информации; б) невыполнение Потребителем (Законным представителем) медицинских предписаний, назначений, рекомендаций лечащего врача, в) неявка или несвоевременная явка Потребителя на прием к лечащему врачу или на процедуру; г) одновременное лечение Потребителя в нескольких медицинских организациях или у нескольких специалистов, не являющихся работниками Исполнителя, в связи с заболеванием, по причине которого он обратился к Исполнителю, в том случае, если методы, рекомендованные для лечения Потребителя в данных медицинских организациях (у специалистов, не являющихся работниками Исполнителя), используются без согласия лечащего врача; д) отрицательной реакции Потребителя на лекарственные средства, рекомендованные лечащим врачом для профилактики и лечения, в том случае, если подобная реакция не была отмечена ранее и прогноз о её возникновении не мог быть сделан на основании произведённого обследования; е) в случае невозможности оплаты Заказчиком (Законным представителем) всего комплекса медицинских услуг, если для достижения результата необходимо их комплексное оказание; ж) в случае отказа Заказчика (Законного представителя) от дальнейшего оказания медицинской услуги (комплекса медицинских услуг); з) в иных случаях неисполнения или не надлежащего исполнения Заказчиком (Законным представителем), Потребителем условий настоящего Договора и/или Положения о порядке предоставления платных медицинских услуг Исполнителя, которые послужили причиной неоказания или ненадлежащего оказания медицинских услуг Исполнителем.

4.3. Исполнитель не несет ответственности за медицинские осложнения, возникшие в результате несоблюдения Потребителем назначенного режима лечения.

4.4. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления ему некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.5. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору в случае действия обстоятельств непреодолимой силы, то есть таких обстоятельств, которые независимы от воли Сторон, не могли быть ими предвидены в момент заключения Договора и предотвращены разумными средствами при их наступлении.

5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

5.1. Информация о факте обращения Заказчика (Законного представителя) и Потребителя за медицинской помощью, о состоянии здоровья Потребителя и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну.

5.2. Информация, содержащаяся в медицинских документах Потребителя, может предоставляться Исполнителем без согласия Заказчика (Законного представителя) и Потребителя только по основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

5.3. Исполнитель гарантирует полное соблюдение всех условий обработки, хранения и использования полученных персональных данных, согласно требованиям, установленным Федеральным законом Российской Федерации от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

6. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА, ИМЕЮЩИЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ЗАКЛЮЧЕНИЯ НАСТОЯЩЕГО ДОГОВОРА, ЕГО ИСПОЛНЕНИЯ ИЛИ ПРЕКРАЩЕНИЯ

6.1. Заказчик (Законный представитель) и Потребитель, ставя ниже свою подпись, тем самым подтверждают что они:

6.1.1. Проинформированы Исполнителем о возможности и условиях предоставления бесплатной медицинской помощи в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи (в том числе по программе ОМС) и заключение настоящего Договора не является ущемлением их прав на получение бесплатной медицинской помощи:

Подпись Заказчика (Законного представителя) _____ Потребителя _____

6.1.2. Получили от Исполнителя в полном объеме информацию об условиях оказания платных медицинских услуг, указанную в п.2.1.1. настоящего договора, а также иную информацию в соответствии с действующим законодательством, необходимую для принятия решения о заключении и исполнении настоящего Договора

Подпись Заказчика (Законного представителя) _____ Потребителя _____

6.1.3. Ознакомлены и согласны с Положением о порядке предоставления платных медицинских услуг Исполнителя и действующим Прейскурантом цен на оказание платных медицинских услуг

Подпись Заказчика (Законного представителя) _____ Потребителя _____

6.1.4. Согласны оплатить услуги Исполнителя при заключении настоящего Договора в полном размере до начала оказания услуг (на условиях 100% предоплаты) за счет собственных денежных средств

Подпись Заказчика (Законного представителя) _____ Потребителя _____

6.1.5. Уведомлены о том, что несоблюдение Потребителем назначенного режима лечения может снизить качество предоставляемой Исполнителем медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя

Подпись Заказчика (Законного представителя) _____ Потребителя _____

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. Договор вступает в силу с момента подписания обеими Сторонами и действует бессрочно.

7.2. Договор может быть расторгнут в любом момент по соглашению Сторон либо в ином порядке и по основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

7.3. В настоящий Договор могут быть внесены изменения и дополнения, которые оформляются сторонами дополнительными соглашениями к настоящему Договору.

7.4. Стороны договорились, что Исполнитель вправе использовать при подписании настоящего Договора, а также при оформлении любых документов, связанных с его исполнением, за исключением платежных, первичных учетных и других документов, имеющих финансовые последствия, аналог собственноручной подписи уполномоченного представителя Исполнителя (факсимильное воспроизведение подписи).

7.5. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах: один экземпляр для Исполнителя и один экземпляр для Заказчика (Законного представителя) и Потребителя медицинских услуг. Оба экземпляра идентичны и обладают равной юридической силой.

7.6. Во всем остальном, что не урегулировано настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

Приложения к договору, являющиеся его неотъемлемой частью

1. Спецификация (Приложение № 1)

8. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:	Заказчик (Законный представитель):	Потребитель:
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Челябинский областной клинический кожно-венерологический диспансер" Юридический адрес: 454048, г.Челябинск, ул. Яблочкина, д. 24 ИНН: 7451040175 КПП: 745101001, ОГРН 1037402902844		
Министерство финансов Челябинской области (ГБУЗ «ЧОККВД», л/с 20201602193ПЛ)	Адрес места жительства	Адрес места жительства

р/с 40601810500003000001 в Отделении
Челябинск г. Челябинск, БИК 047501001,
ОКАТО 75401000000, ОКПО 34529781

Лицензия выдана Министерством
здравоохранения Челябинской области,
адрес: 454091, г. Челябинск, ул. Кирова,
165, телефон: +7 (351) 240-22-22

Тел.:

Тел.:

Подпись: _____

Подпись: _____

Приложение №1

к Договору № _____ -18ПЛ

на предоставление платных медицинских услуг населению

Спецификация

Наименование	ФИО врача	Кол-во	Цена руб.	Сумма руб.
Итого:				

Исполнитель:

Заказчик

(Законный представитель):

Потребитель:

Подпись: _____

Подпись: _____

С приказом № 169 от 27.12.2017 ознакомлены:

Бабинцева Е.А. _____

Подуреманных Т.Г. _____

Морсов А.В. _____

Смирнова И.И. _____

Галанова Е.А. _____

Дьячков И.Л. _____

Хаметов Ф.М. _____

Галыгина М.Ф. _____