

Договор № _____

об оказании платных услуг в условиях стационара

г. Москва

« ____ » _____ 20__ г.

(Ф.И.О.)

« ____ » _____ года рождения, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик» и /или «Пациент», действующий(ая) в интересах Пациента, с одной стороны и федеральное государственное бюджетное учреждение Национальный медицинский исследовательский центр «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ НМИЦ «ЦНИИСиЧЛХ» Минздрава России) (ОГРН 1037739448460, Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ от 13.11.2012, серия 77 № 015683073, выдано МИФНС России № 46 по г. Москве, лицензии на осуществление медицинской деятельности от 03.09.2020 № ФС-99-01-009770 выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения), в лице главного врача стационара Лафишева А.И., действующего на основании доверенности № 76 от 26.08.2022, именуемое в дальнейшем «Исполнитель» с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», руководствуясь Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ и Постановлением Правительства Российской Федерации «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг от 04.10.12 № 1006, Федеральным законом "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему Договору Исполнитель обязуется оказать Заказчику или законно представляемому им лицу _____, платные услуги согласно перечню видов медицинской деятельности, осуществление которых разрешено Исполнителю лицензией на осуществление медицинской деятельности, с использованием материалов, технических средств и методик, зарегистрированных в установленном порядке и в соответствии с Приложением № 1 к Договору. Медицинские услуги оказываются в условиях стационара, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Тимура Фрунзе, д. 16, а Заказчик обязуется своевременно оплатить оказанные услуги.

1.2. Заказчик и/или Пациент подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил его с действующими в медицинской организации Прейскурантом цен (тарифов) на услуги, Положением о гарантиях, утвержденных в установленном порядке;

- уведомил его об альтернативной возможности получения медицинских услуг за счет бюджетных средств в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам Российской Федерации, Заказчик подтверждает, что услуги оказываются на платной основе по его желанию.

- уведомил его 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, а также привести к снятию гарантийных обязательств перед Заказчиком в соответствии с Положением о гарантиях;

- ознакомил с внутренними локальными нормативными актами Исполнителя: Правилами прохода и поведения в зданиях и на территории ФГБУ НМИЦ «ЦНИИСиЧЛХ» Минздрава России для пациентов и иных посетителей, Положением об организации системы контроля и управления доступом при обеспечении контрольно-пропускного режима, Положением о предоставлении платных медицинских услуг ФГБУ НМИЦ «ЦНИИСиЧЛХ» Минздрава России, а также уведомил о возможности ознакомления с данными локальными документами Исполнителя на его официальном сайте www.cniis.ru в сети Интернет.

1.3.Срок оказания медицинских услуг определяется исходя из объема показанных пациенту профилактических, диагностических и лечебных мероприятий. Необходимый объем профилактических, диагностических и лечебных мероприятий может быть оказан Заказчику в несколько этапов, при этом каждый отдельный этап лечения оформляется как отдельный случай госпитализации с заключением нового договора.

1.4. Учитывая, что ФГБУ НМИЦ «ЦНИИСиЧЛХ» Минздрава России является научной организацией, Исполнитель уведомил, а Заказчик согласился с тем, что на приеме и при проведении диагностических и лечебных мероприятий могут присутствовать аспиранты, ординаторы, имеющие диплом о высшем медицинском образовании, в качестве ассистентов врача.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Оказать Пациенту услуги, предусмотренные в Перечне медицинских услуг (приложение № 1), согласно действующему прейскуранту Исполнителя, в соответствии с порядками оказания медицинских услуг, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых в установленном порядке, а также с учетом пожеланий Заказчика, если они не противоречат общепринятой лечебной практике.

2.1.2. Предоставить в доступной форме по требованию Пациента информацию о перечне услуг, составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией, режиме работы Исполнителя, квалификации

его специалистов, правилах поведения в лечебном учреждении, правилах предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.

2.1.3. В доступной форме предоставлять Пациенту информацию о возможных видах медицинских вмешательств, связанных с ними рисками и ожидаемыми результатами оказания медицинских услуг, а также об альтернативных вариантах лечения. Сообщать Пациенту достоверные сведения о фактическом состоянии его здоровья, о результатах исследований, плане консервативного или хирургического лечения, дать необходимые медицинские рекомендации после завершения лечения, отразив данные в медицинской карте (форма № 003/у).

2.1.4. Выдавать листки нетрудоспособности и другие медицинские документы, согласно законодательным и нормативным правовым актам Российской Федерации.

2.1.5. Предоставить Пациенту одно койко-место с надлежащими санитарно-гигиеническими условиями. При необходимости в сопровождении, заключается дополнительное соглашение на сопровождение лица и взимается плата за каждый день пребывания в условиях стационара.

2.1.6. Обеспечить надлежащее качество исполнения услуг (лечения), в результате которого во взаимосогласованные сроки в соответствии с медицинскими показаниями в зависимости от состоянии здоровья Пациента и характера течения заболевания может быть достигнут результат, удовлетворяющий запросы Пациента/Заказчика.

2.1.7. Устранить безвозмездно обнаруженные недостатки в течение гарантийного срока на стоматологическое изделие (протезы, имплантаты, ортопедические аппараты), установленного приказом администрации Исполнителя, с которым можно ознакомиться на стенде «Информация для пациентов» и в медкарте. Необходимым условием для предоставления гарантии является точное соблюдение и выполнение пациентом всех предписаний и рекомендаций врача, обеспечение необходимого уровня гигиены полости рта и правил пользования зубными протезами и ортодонтическими аппаратами, послеоперационного ухода, проведение профессиональной гигиены в ЦНИИСиЧЛХ не менее двух раз в год (каждые шесть месяцев).

2.2. Исполнитель вправе:

2.2.1. В случае возникновения жизнеугрожающих интраоперационных состояний Пациента самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной Договором.

2.2.2. Приостановить оказание медицинских услуг, если в процессе исполнения обязательств выяснится неизбежность получения отрицательного результата или нецелесообразность дальнейшего исполнения услуги. В этом случае Стороны обязаны рассмотреть вопрос о целесообразности дальнейшего оказания медицинских услуг по договору и принять совместное решение по прекращению договора и подписанию соответствующих документов.

2.2.3. Отказаться в одностороннем порядке от исполнения обязательств по настоящему Договору, в случае грубых нарушений Пациентом/Заказчиком выполнения врачебных назначений, некорректного поведения по отношению к персоналу Исполнителя, в случаях, когда действия Заказчика (Пациента) делают невозможным предоставление медицинской услуги надлежащего объема и качества, либо Заказчик настаивает на лечении, которое не соответствует действующим клиническим рекомендациям, стандартам, требованиям технологии, медицинским показаниям и обычаям делового оборота (при этом вся ответственность за негативные последствия прерывания лечения ложится на Пациента/Заказчика).

2.2.4. Исполнитель вправе заменить лечащего врача по личной просьбе Пациента/Заказчика или по стечению обстоятельств (болезнь, отпуск, психологическая несовместимость и иное).

2.3. Заказчик и/или Пациент обязуется:

2.3.1. Подтвердить собственную ответственность за достоверность информации о состоянии своего здоровья, ранее перенесенных травмах, операциях, отравлениях, наследственных заболеваниях, непереносимости лекарств и др. аллергических реакциях и подписать Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, которое фиксируется в медицинской карте.

2.3.2. Подтвердить согласие на обработку персональных данных, письменно по форме, приведенной в Приложении № 2 к настоящему договору.

2.3.3. Неукоснительно соблюдать согласованный план лечения и назначения лечащего врача.

2.3.4. Оплатить услуги Исполнителя в размере и в сроки, установленные в Договоре.

Оплатить фактическую стоимость услуг и возместить понесенные расходы Исполнителя, если услуги были оказаны не в полном объеме, а невозможность исполнения Договора возникла по вине Заказчика и/или Пациента.

2.3.5. Ознакомиться с Правилами прохода и поведения в зданиях и на территории ФГБУ НМИЦ «ЦНИИСиЧЛХ» Минздрава России для пациентов и иных посетителей, Положением об организации системы контроля и управления доступом при обеспечении контрольно-пропускного режима, Положением о предоставлении платных медицинских услуг ФГБУ НМИЦ «ЦНИИСиЧЛХ» Минздрава России, а также порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору, размещенными на официальном сайте www.cniis.ru.

2.3.6. Известить врача о невозможности посещения в согласованные Сторонами дату и время и изменении даты госпитализации не менее чем за 48 часов до назначенного времени.

2.3.7. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги по настоящему Договору.

2.3.8. Соблюдать внутренний режим нахождения в медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

2.3.9. Бережно относиться к имуществу Исполнителя, предоставленному ему во временное пользование.

2.4. Заказчик и/или Пациент вправе:

2.4.1. Получать полную и достоверную информацию о медицинской услуге;

2.4.2. Знакомиться с документами, подтверждающими квалификацию врача, о наличии необходимых разрешений и лицензий на оказание медицинских услуг Исполнителем.

2.4.3. Получать достоверную, своевременную и полную информацию о состоянии своего здоровья, в том числе путем ознакомления с оригиналом медицинской документации, либо получением по личному заявлению на руки копий таких документов.

2.4.4. Пациент вправе определять лиц, которым в интересах Пациента/Заказчика может быть передана информация о его здоровье.

2.4.5. Заказчик имеет право ознакомиться с перечнем, стоимостью и правилами оказания платных услуг и услуг, оказываемых в рамках программы ОМС, а также с режимом работы организации в регистратуре и на официальном сайте www.cniis.ru.

2.4.6. Пациент вправе досрочно расторгнуть Договор по своей инициативе при условии возмещения Исполнителю фактически понесенных расходов.

3. ЦЕНА ДОГОВОРОВ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость услуг по Договору определяется в соответствии с предварительно согласованным планом лечения и Перечнем медицинских услуг (приложение № 1), согласно действующему прейскуранту Исполнителя.

3.2. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям, для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», оказываются без взимания платы.

3.3. Исполнение по Договору осуществляется Заказчиком на условиях 100% предоплаты. Изменение объема и стоимости оказанных услуг в ходе исполнения Договора согласовывается с Пациентом в течение трех дней, но не позднее одного дня до выписки из стационара.

3.4. Окончательный перерасчет стоимости услуг, оплата за оказанные услуги производится Заказчиком и/или Пациентом в момент выписки из стационара по выставленному Исполнителем счету, предоставленному Пациенту/Заказчику не позднее одного дня до выписки.

3.5. Оплата производится в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

4. СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

4.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения Сторонами принятых по нему обязательств. Срок действия Договора определяется в соответствии с п. 1.3 настоящего Договора.

4.2. Период лечения начинается с момента поступления Пациента в стационар, который фиксируется Исполнителем в медицинской информационной системе и медицинской документации.

Окончание периода лечения определяется датой выписки Пациента из стационара по медицинским показаниям, либо ранее этого срока, если Исполнитель перевел Заказчика (Пациента) в иное лечебное учреждение либо Пациент письменно отказался от медицинских вмешательств, отказался от соблюдения назначений и рекомендаций лечащего врача, а также в иных случаях, предусмотренных Законодательством или настоящим Договором.

4.3. Договор может быть расторгнут, в том числе досрочно, по соглашению Сторон, либо по инициативе одной из Сторон, в порядке и по основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации и настоящим Договором, в том числе в связи с нарушением Заказчиком (Пациентом) Правил нахождения в стационаре.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение Договора Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Исполнитель несет ответственность в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязанностей при наличии своей вины. Исполнитель освобождается от ответственности при следующих существенных нарушениях условий договора со стороны Заказчика:

- непредставления Заказчиком полной и достоверной информации об имеющихся у него заболеваниях;
- отказа Заказчика от необходимого комплекса обследований и лечения;
- вследствие обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения Договора в результате событий чрезвычайного характера, которые стороны не могли предвидеть или предотвратить разумными мерами (форс-мажор).

5.3. Исполнитель освобождается от ответственности при возникновении осложнений в случае:

- обоснованного профессионального риска;

- невыполнения Пациентом назначений и рекомендаций врачей во время и после окончания лечения, в том числе: самостоятельного применения медикаментов или методов лечения, которые не были рекомендованы врачом.

- наступления предусмотренных вредных эффектов, соответствующих объему и характеру медицинского вмешательства и обусловленных анатомическими особенностями организма и (или) выраженностью основного заболевания у Заказчика.

5.4. Если Исполнитель при той степени осмотрительности и заботливости, какая от него требовалась по характеру обязательств и условиями договора, предпринял все необходимые профессиональные действия, то отсутствие ожидаемого результата не является основанием для признания услуги оказанной ненадлежащим образом.

6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

6.1. Все изменения и дополнения к настоящему Договору оформляются путем заключения дополнительного соглашения в письменном виде, подписанного Сторонами и являющегося неотъемлемой частью настоящего Договора.

6.2. Стороны договорились, что в целях ускорения процесса взаимодействия при исполнении обязательств по настоящему Договору, обмен документами, письмами и иной информацией возможен путем использования электронной почты, с последующим направлением оригиналов документов, писем и иной информации почтовым отправлением.

6.3. В случае возникновения споров между Сторонами по вопросам, исполнения настоящего Договора или в связи с ним, Стороны обязуются принять все меры к их урегулированию путем переговоров.

6.4. При невозможности разрешения споров путем переговоров, разрешение таких споров осуществляется в судебном порядке, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.5. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, а в случае, если Заказчик и Пациент не являются одним лицом – по числу Сторон, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

6.6. К Договору прилагается Перечень медицинских и немедицинских платных услуг (Приложение № 1) Согласие на обработку персональных данных (Приложение №2), которые являются неотъемлемой частью Договора.

7. АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Пациент:

Паспорт: _____

Выдан: _____

Адрес: _____

Тел. _____

Заказчик:

_____ / _____ /

Для юридического лица:

Наименование: _____

Юр. адрес: _____

ОГРН _____

ИНН, КПП _____

БИК _____

Банк _____

р/с _____

_____ (Должность)

_____ / _____ /

ФИО

Исполнитель:

ФГБУ НМИЦ «ЦНИИСиЧЛХ» Минздрава России

119021, Москва, ул. Тимура Фрунзе, 16.

ОГРН 1037739448460;

ИНН 7704115177, КПП 770401001;

Получатель: УФК по г. Москве (ФГБУ НМИЦ

«ЦНИИСиЧЛХ» Минздрава России,

л/с № 20736Ц19580);

БИК 004525988;

ОКТМО – 45383000

Банк получателя: Главное управление Банка России

по Центральному федеральному округу

г. Москва (полное);

ГУ Банка Росси по ЦФО // УФК по г. Москве.

Код БК РФ-КБК 0000000000000000130

Номер единого казначейского счёта (поле 15):

40102810545370000003

Номер казначейского счёта (поле 17):

03214643000000017300

_____ :
(Должность)

_____ / _____ /

ФИО

М.П.

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я нижеподписавшийся _____
(Ф.И.О. полностью)
проживающий по адресу _____
паспорт _____ (выдан _____)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 "О персональных данных" N 152-ФЗ подтверждаю свое согласие на обработку **ФГБУ НМИЦ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России**, (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса (ОМС, ДМС), страховой номер Индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), 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. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. 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) договором ОМС, ДМС. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе по договору ОМС, ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией _____ (название) использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара), пять лет (для поликлиники). Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. 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.

Контактный телефон(ы) _____ и почтовый адрес _____

Подпись _____