



2.1.7. После выполнения услуг выдать Потребителю копии медицинской документации. (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы;

2.1.8. По требованию Потребителя предоставить сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

## **2.2. Исполнитель имеет право:**

2.2.1. Оказывать платные медицинские услуги в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.2.2. Требовать от Потребителя предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему платных медицинских услуг.

2.2.3. Требовать от Потребителя бережного отношения к имуществу Исполнителя и соблюдения им Правил внутреннего распорядка Исполнителя.

2.2.4. В одностороннем порядке изменить предварительно определенный объем оказываемых медицинских услуг в случае, если существует угроза жизни или здоровью Потребителя.

2.2.5. Отказать в оказании платных медицинских услуг при выявлении противопоказаний у Потребителя.

2.2.6. Отказать Потребителю в оказании медицинской помощи в случае нарушения им условий п. 2.3 настоящего Договора.

2.2.7. Отказать в оказании платных медицинских услуг Потребителю, находящемуся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

## **2.3. Потребитель обязуется:**

2.3.1. Своевременно и в полном объеме оплачивать предоставленные Исполнителем медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.3.2. До оказания медицинской помощи информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, особенностях организма, противопоказаниях, точно выполнять назначения врача по лечению, а также указания, предписанные на период после оказания услуг. Незамедлительно сообщать обо всех имеющихся неблагоприятных симптомах в состоянии своего здоровья.

2.3.3. Выполнять Правила внутреннего распорядка, режим Исполнителя, требования и предписания медицинского персонала, как необходимые условия предоставления ему качественной медицинской помощи.

2.3.4. Выполнять личные санитарно-гигиенические процедуры, направленные на поддержание своего здоровья и санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя.

2.3.5. Бережно относиться к имуществу Исполнителя. В случае причинения ущерба Исполнителю вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действиями или бездействием Потребителя и/или лиц, его сопровождающих, Потребитель обязуется возместить Исполнителю действительный нанесенный ущерб в полном объеме.

2.3.6. Иметь при себе документ, удостоверяющий личность.

2.3.7. Потребитель уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях

## **2.4. Потребитель имеет право:**

2.4.1. На выбор врача-специалиста.

2.4.2. На получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, на выбор лиц, которым в интересах Потребителя может быть передана информация о состоянии его здоровья.

2.4.3. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

2.4.4. На отказ от медицинского вмешательства, от получения медицинских услуг.

2.4.5. На возмещение вреда, причиненного здоровью Потребителя при оказании ему медицинской помощи, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

2.4.6. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

## **III. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

3.1. Стоимость и порядок расчетов предоставляемых медицинских услуг определяются в Приложении № 1 к настоящему Договору. При каждом последующем обращении, составляется приложение №1 на соответствующую дату.

3.2. Оплата осуществляется Заказчиком/ Потребителем путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, либо перечисление на расчетный счет. до оказания услуги. Потребителю в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

## **IV. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ**

4.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до момента полного исполнения сторонами своих обязательств, либо пока одна из Сторон не заявит о его расторжении в письменной форме. Срок оказания медицинских услуг определяется исходя из объема лечебно-диагностических мероприятий, предусмотренных действующими нормативными документами, а также исходя из режима работы Исполнителя.

4.2. Настоящий Договор может быть изменен путем заключения дополнительного соглашения, либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленному в виде Соглашения о расторжении и подписанному Исполнителем и Потребителем.

4.3. Настоящий договор может быть расторгнут в одностороннем порядке Потребителем, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

4.4. Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке Исполнителем по основаниям, предусмотренным Гражданским кодексом РФ. При этом понесенные расходы Исполнителя на уже оказанные услуги возврату не подлежат.

## **V. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителю в результате предоставления некачественной медицинской услуги, подлежит возмещению в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора,

причиной которого стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора, в том числе:

- в случаях осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма **Потребителя**, если **Потребитель** не проинформировал Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;

-осуществление на любой стадии лечения каких-либо несогласованных с Исполнителем действий, прямо или косвенно влияющих на ход проводимого курса лечения, диагностики.

5.4.Все споры и разногласия, возникшие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров между Сторонами, а в случае недостижения согласия – в суде общей юрисдикции по правилам подведомственности и подсудности, установленным гражданским процессуальным законодательством.

5.5.Исполнитель несет ответственность за некачественное оказание медицинской услуги при условии подтверждения указанного факта в установленном порядке, согласно требованиям действующего законодательства.

#### VI. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

6.1. Исполнитель обязуется охранять информацию о факте обращения Потребителя за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

6.2.С согласия Потребителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Потребителя.

6.3.Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Потребителя допускается в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

#### VII. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1.Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие Потребителя на медицинское вмешательство.

7.2.В момент подписания настоящего Договора Потребитель ознакомлен с перечнем работ (услуг), отраженных в лицензии на медицинскую деятельность, Прейскурантом Исполнителя, понимает содержащуюся в нем информацию, согласен с действующими ценами на медицинские услуги, а также ему в доступной форме предоставлена 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 и уведомлен о том, что оплаченные денежные средства по настоящему Договору не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования.

7.3.Порядок и условия предоставления платных медицинских услуг, определены Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг.

7.4. Потребитель дает свое согласие на обработку его персональных данных.

7.5.Настоящий Договор и все приложения составлены в двух экземплярах если Заказчик и Потребитель одно лицо, либо в трех экземплярах если Заказчик и Потребитель разные лица, которые имеют одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон. Все приложения являются неотъемлемой частью Договора. Договор может быть изменен или расторгнут по основаниям, предусмотренным гражданским законодательством РФ и Законом РФ «О защите прав потребителей».

7.6. Стороны договариваются, что при подписании Договора Исполнитель вправе использовать факсимильное воспроизведение подписи с помощью средств механического копирования (факсимиле), являющегося аналогом собственноручной подписи и имеющего юридическую силу.

7.7.При наличии действующего договора, при каждом последующем обращении Потребителя за медицинскими услугами, Стороны подписывают приложение к договору по форме приложения №1 в дату обращения.

**Приложения:** Приложение № 1 - Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с Договором.  
Приложение № 2 – Согласие на обработку персональных данных.

<p style="text-align: center;"><b>«Исполнитель»</b></p> <p><b>ГБУ РО «Онкодиспансер»</b> адрес:344006, г. Ростов-на-Дону, пр. Соколова, 9 <b>Шахтинский филиал: 346500, г. Шахты, ул. Шевченко, 153</b> Телефон: (863) 285-50-18 Платежные реквизиты: министерство финансов (ГБУ РО «Онкодиспансер», л/с 20806002170) ИНН: 6165023530 КПП: 616301001 ОКТМО: 60701000001 Казначейский счет УФК по Ростовской области: 0322464360000005800 БИК УФК по Ростовской области: 016015102 Единый казначейский счет УФК по Ростовской области: 40102810845370000050 ОТДЕЛЕНИЕ РОСТОВ-НА-ДОНУ БАНКА РОССИИ//УФК по Ростовской области г. Ростов-на-Дону КБК - Отр.код 0000000000000000130 Код субсидии 00000</p> <p>Начальник филиала _____ Степура Л.А.</p>	<p><b>ПОТРЕБИТЕЛЬ:</b> ФИО Паспорт РФ: серия выдан Адрес: Телефон: _____ <b>ФИО</b></p> <hr/> <p><b>ЗАКАЗЧИК:</b> ФИО Паспорт РФ: серия выдан Адрес: Телефон: _____ <b>ФИО</b></p>
--	--

Лицензия № Л041-01050-61/00323439 от 3 декабря 2019 года, дата окончания действия бессрочно.

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:анестезиологии и реаниматологии; лабораторной диагностике; рентгенологии;сестринскому делу; функциональной диагностике; гистологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности);анестезиологии и реаниматологии; инфекционным болезням;клинической лабораторной диагностике;

медицинской статистике; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; рентгенологии; торакальной хирургии; ультразвуковой диагностике; урологии; функциональной диагностике; хирургии; эндоскопии; гематологии; дерматовенерологии; клинической фармакологии; колопроктологии; неврологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); анестезиологии и реаниматологии; клинической лабораторной диагностике; медицинской статистике; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; рентгенологии; ультразвуковой диагностике; функциональной диагностике; хирургии; эндоскопии. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); анестезиологии и реаниматологии; диетологии; клинической лабораторной диагностике; медицинской статистике; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; рентгенологии; сестринскому делу; терапии; торакальной хирургии; трансфузиологии; ультразвуковой диагностике; функциональной диагностике; хирургии; эндоскопии; при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); анестезиологии и реаниматологии; диетологии; клинической лабораторной диагностике; медицинской статистике; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; рентгенологии; сестринскому делу; терапии; торакальной хирургии; трансфузиологии; ультразвуковой диагностике; урологии; функциональной диагностике; хирургии; эндоскопии; при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: онкологии; при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по: онкологии. При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым).

Информация о форме и способах направления обращений/жалоб в органы государственной власти и организации: Обращение может быть направлено в письменном виде по адресу: Министерство здравоохранения Ростовской области 344029, г. Ростов-на-Дону, ул. 1-й Конной Армии, 33, Территориальный орган Росздравнадзора по Ростовской области по адресу 344019, г. Ростов-на-Дону, ул. Ченцова, 71/636 либо в электронном виде через официальный портал «Электронная приемная Ростовской области». <https://letters.donland.ru/>

Приложение № 1  
к договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

### ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ В СООТВЕТСТВИИ С ДОГОВОРОМ, И СРОКИ ИХ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ

В период действия настоящего договора ГБУ РО «Онкодиспансер» (Шахтинским филиалом) предоставляются медицинские услуги **Потребителю** в объеме:

№ п/п	Наименование услуги	ед. изм.	кол-во	Цена за ед.,	Сумма, руб.
1					
2					
3					
4					
	Итого:				

1. Стоимость медицинских услуг составляет \_\_\_\_\_ руб. и определяется в соответствии с действующим Прейскурантом цен на момент подписания настоящего Приложения. Срок оказания услуг: в течение 30 дней с момента подписания Сторонами настоящего приложения.

2. В случае, если Заказчик и Потребитель (пациент) являются одним лицом (совпадают), Приложение составляется в 2 (двух) экземплярах. В случае, если оплату за оказание услуг Потребителю производит другое лицо - Заказчик, Приложение составляется в 3 (трех) экземплярах.

3. Настоящее приложение составлено в двух/трех (нужное зачеркнуть) экземплярах, по одному – для каждой из Сторон и является неотъемлемой частью договора № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

**Исполнитель**

**Потребитель**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ГБУ РО «Онкодиспансер» (Шахтинский филиал)**  
**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество - полностью)  
\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий (ая) по адресу:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:  
Я,

\_\_\_\_\_ паспорт: \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_ являюсь  
законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного  
недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в Шахтинском филиале ГБУ РО «Онкодиспансер», расположенному по адресу: 346500, г. Шахты, ул. Шевченко, 153 (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 Исполнителем мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Исполнителя, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Исполнитель 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) по ОМС (договором ДМС).

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 \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Исполнителя 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, Исполнитель обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_