

Договор № _____
на оказание платной немедицинской услуги
«Пребывание в палате повышенной комфортности»

г. Курск

« ____ » _____ 20__ года

Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Областной перинатальный центр» (ОБУЗ «ОПЦ»), 305005 г. Курск, проспект Вячеслава Клыкова, 100 (ОГРН 1024600939802, ИНН 4629021490), свидетельство серия 46 № 000225841 выдано МНС России по г. Курску 12 августа 2002 г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице *экономиста* _____, действующего на основании Доверенности от _____, лицензии № ЛО41-01147-46/00338986 от 27.01.2020 года, выданной Комитетом здравоохранения Курской области, 305000, г. Курск, ул. Красная площадь, д.6, тел. +7 (4712) 51-47-20 на осуществление медицинской деятельности, с одной стороны, и

_____ «__» _____ года рождения, документ, удостоверяющий личность _____, зарегистрированная по адресу: _____

_____ проживающая по адресу: _____, именуемая в дальнейшем «Пациентка», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

ПОНЯТИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В НАСТОЯЩЕМ ДОГОВОРЕ

Для целей настоящего Договора используются следующие основные понятия:

Платная немедицинская услуга «Пребывание в палате повышенной комфортности» (далее по тексту – **платная услуга**) – услуга, представляющая собой возможность пребывания Пациентки в платной палате, не являющаяся обязательной при создании условий для оказания медицинской помощи и оказываемая на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договора на оказание платной услуги.

Пациентка – физическое лицо, которое находится на стационарном лечении в ОБУЗ «ОПЦ», или которое обратилось за оказанием медицинской помощи при родовспоможении.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Предметом настоящего Договора является оказание на возмездной основе *немедицинской услуги «Пребывание в палате повышенной комфортности» в ОБУЗ «ОПЦ»* в соответствии со спецификацией (Приложение № 1 к настоящему Договору).

1.2. Исполнитель обязуется оказать Пациентке услуги по предоставлению и обслуживанию помещения палаты повышенной комфортности, а Пациентка обязуется оплатить Исполнителю оказанные услуги в соответствии с условиями настоящего договора.

1.3. Пациентка подтверждает, что ей разъяснено и понятно, что предоставление палаты повышенной комфортности не является медицинской услугой, не входит в объем бесплатной медицинской помощи, предусмотренной Территориальной программой государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи.

1.4. Пациентка дает свое добровольное согласие на предоставление данной палаты на платной основе
√ _____ (подпись).

1.5. Пациентка подтверждает, что она проинформирована об отсутствии возможности посещения
√ _____ (подпись).

1.6. Подписанием настоящего Договора стороны подтверждают, что Исполнитель предоставил Пациентке, а Пациентка получила в полном объеме информацию, включающую в себя сведения:

- об Исполнителе;

- о перечне платных услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором с указанием цен в рублях в соответствии с Прейскурантом;

- об условиях, порядке, форме предоставления услуг, сроках и порядке их оплаты;

- о режиме работы Исполнителя.

1.7. Пациентка, подписанием настоящего Договора, подтверждает, что Исполнителем ознакомлена:

- с положением по оказанию платных немедицинских услуг в ОБУЗ «ОПЦ»;

- проинформирована о возможности получения услуг бесплатно в объеме и на условиях, предусмотренных Программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи и Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Курской области.

2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

2.1. Стоимость услуг по настоящему договору определяется, исходя из действующего у Исполнителя прейскуранта цен, соразмерно количеству дней пребывания Пациентки в палате повышенной комфортности, в соответствии со Спецификацией к Договору (Приложение №1).

Пациентка ознакомлена с Прейскурантом до подписания настоящего договора √ _____ (подпись).

2.2. Стоимость услуг по настоящему Договору составляет _____, в т.ч. НДС _____

2.3. По желанию Пациентки стоимость услуг, указанных в п.2.2. настоящего Договора может быть оплачена как самой Пациенткой, либо страховой компанией, либо третьим заинтересованным физическим или юридическим лицом на основании Прейскуранта цен ОБУЗ «ОПЦ».

2.4. Оплата осуществляется путем внесения наличных денежных средств через кассу «Исполнителя» либо по безналичному расчету на расчетный счет «Исполнителя», либо иным, не запрещенным законом способом.

- в отделении стационара (по месту нахождения Пациентки) - в случае оформления Договора самой Пациенткой;

- наличными денежными средствами (в соответствии с графиком работы кассира отделения платных услуг).

- безналичным путем: посредством банковской карты, системой «Мир Пэй», платежными стикерами, по QR-коду (в соответствии с графиком работы кассира отделения платных услуг).

Смешанная оплата не предусматривается.

2.5. При условии заселения пациентки до 19.00 день заезда считается как 1 сутки пребывания в палате.

2.6 При условии заселения пациентки после 19.00 1 сутки считаются со следующего дня пребывания в палате.

2.7 День выезда пациентки считается как 1 сутки пребывания в палате.

2.8. В случае досрочного расторжения договора (перевод в другое структурное подразделение ОБУЗ «ОПЦ», перевод в другое лечебное учреждение, меньшее количество суток нахождения в платной палате до выписки) оплата производится за фактическое пребывание в платной палате

2.9. При пребывании в палате менее суток (24 часа) плата взимается за сутки. Излишне внесенные суммы возвращаются по личному заявлению.

2.10. При увеличении времени пребывания Пациентки в платной палате дополнительные сутки оплачиваются Пациенткой сверх уже оплаченных с одновременным оформлением дополнительного соглашения к Договору

2.11. В случае увеличения пребывания Пациентки в платной палате продолжительностью менее 24 часов после окончания оплаченного времени плата взимается как за полные сутки, и оформляется дополнительное соглашение о продлении пребывания в платной палате.

2.12. В том случае, если Пациентку не выписывают в пятницу, оформляется дополнительное соглашение о продлении Договора на 2 суток. В случае выписки Пациентки в субботу осуществляется возврат денежных средств за 1 сутки (за воскресенье) в рабочие дни с 09:00 до 17:00 (перерыв с 13:00 до 13:30) по заявлению Пациентки.

2.13. В случае отказа Пациентки от оплаты дополнительных суток будет осуществлен перевод в бесплатную палату.

Я ознакомлена со стоимостью услуг, сроками, условиями и порядком их оплаты ✓ _____ (подпись).

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. По требованию Пациентки в доступной форме предоставить информацию, а также документы для ознакомления:

- сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности (по требованию);

- прейскурант платных немедицинских услуг с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления немедицинских услуг и порядке их оплаты;

- режим работы медицинской организации;

- копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией (в случае необходимости);

3.1.2. Безвозмездно устранить все выявленные недостатки, если в процессе оказания услуг Исполнитель допустил отступления от условий договора, ухудшившее качество услуг.

3.1.3. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. На получение своевременной оплаты от оказанных Пациентке платных услуг, согласно Прейскуранту.

3.2.2. Расторгнуть настоящий договор в одностороннем порядке в случае нарушения Заказчиком правил внутреннего распорядка.

3.3. Пациентка обязуется:

3.3.1. Оплатить услугу в сроки и в порядке, определенные настоящим Договором.

3.3.2. Соблюдать правила внутреннего распорядка и порядок получения услуги, установленные Исполнителем.

3.3.3. Не наносить ущерб имуществу Исполнителя, в случае его причинения – возместить ущерб в полном объеме.

3.3.4. Соблюдать:

- технику безопасности и противопожарную безопасность, санитарные нормы;

- правила совместного безопасного пребывания матери и ребенка.

3.3.5. Бережно относиться к оборудованию и инвентарю палаты;

3.4. Пациентка имеет право на:

3.4.1. Получение платных услуг в палате повышенной комфортности согласно Прейскуранту.

4. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

4.1. Услуги по предоставлению палаты повышенной комфортности оказываются на основе добровольного волеизъявления Пациентки и согласия Пациентки приобрести данную услугу на возмездной основе на основании настоящего Договора.

4.2. Заключение Договора и оплата платной услуги производится в первые сутки пребывания Пациентки в платной палате в рабочие дни (с понедельника по пятницу) с 9:00 до 17:30 сотрудниками планово-экономического отдела и бухгалтерии.

4.3. При заселении в платную палату в выходные и праздничные дни, оформляется заявление (форма – Приложение № 5) на имя главного врача ОБУЗ «ОПЦ» о гарантии оплаты платной услуги в первый рабочий день, следующий за днем заселения.

4.4. Услуги по предоставлению палаты повышенной комфортности оказываются Исполнителем в соответствии с санитарными и гигиеническими требованиями, установленными для данного вида помещений.

4.5. Исполнитель предоставляет всю необходимую информацию, касающуюся условий пребывания в палате повышенной комфортности. Доводит до сведения Пациентки информацию по эксплуатации имеющихся в палате повышенной комфортности приборов.

4.6. Пациентка незамедлительно ставит в известность Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих использованию предоставленной палаты повышенной комфортности по назначению.

4.7. Длительность пребывания в платной палате (с момента поступления и до дня выписки (перевода) определяется медицинским персоналом, осуществляющим медицинское наблюдение за данной Пациенткой.

Минимальный срок размещения в платной палате составляет 3 суток (день поступления и день выписки вне зависимости от времени считаются как 1 сутки).

4.8. При необходимости период пребывания в платной палате может быть продлен, при одновременном подписании дополнительного соглашения к Договору.

4.9. Медицинская помощь, питание Пациентки не входит в стоимость платной услуги, а выполняется ОБУЗ «ОПЦ» в рамках предоставления бесплатной медицинской помощи в соответствии с Программой государственных гарантий по полису обязательного медицинского страхования.

4.10. Пребывание Пациентки в платной палате совместное с новорожденным, если иное не предусмотрено медицинскими показаниями.

4.11. Пребывание, питание и медицинская помощь новорожденного не входят в стоимость платной услуги, а выполняется в рамках бесплатной медицинской помощи, в соответствии с Программой государственных гарантий по полису обязательного медицинского страхования.

5. УСЛОВИЯ ВЫПИСКИ ПАЦИЕНТКИ ИЗ ПЛАТНОЙ ПАЛАТЫ

5.1. Прекращение пребывания Пациентки в платной палате производится в следующих случаях:

- в связи с истечением срока договора;
- при одностороннем отказе Пациентки от дальнейшего пребывания в палате, оплата производится за количество суток фактического пребывания в платной палате;
- в случае досрочного расторжения договора (перевод в другое структурное подразделение ОБУЗ «ОПЦ», другое лечебное учреждение), оплата производится за количество суток фактического пребывания в платной палате;
- за грубое нарушение правил внутреннего распорядка и режима учреждения (в том числе курение, употребление спиртных напитков, неэтичное поведение), оплата производится за количество суток фактического пребывания в палате.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

6.2. Исполнитель несет ответственность за неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по предоставлению и обслуживанию палаты повышенной комфортности.

6.3. Пациентка несет ответственность:

- за нарушение условий договора об оплате услуг в соответствии с условиями настоящего договора;
- за нарушение условий договора, связанных с исполнением рекомендаций Исполнителя, по эксплуатации предоставленной палаты повышенной комфортности;
- за нарушение правил внутреннего распорядка лечебного учреждения Исполнителя.

6.4. В случае нанесения ущерба имуществу платной палаты Пациентка обязуется возместить его денежный эквивалент по завершении срока пребывания согласно гражданскому законодательству РФ.

6.5. Администрация ОБУЗ «ОПЦ» не несет ответственность за сохранность денежных средств и иных валютных ценностей, ценных бумаг, драгоценностей и других вещей. В случае обнаружения пропажи личных вещей из платной палаты Пациентка обязана немедленно сообщить об этом администрации для принятия необходимых мер по поиску пропавших вещей.

6.6. Все вещи, забытые Пациенткой в палате повышенной комфортности, передаются по акту в камеру хранения. Администрация и персонал должны принять все меры по возврату их владельцу.

7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

7.1. Изменение или расторжение договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

7.2. В случае отказа Пациентки после заключения договора от получения услуг по предоставлению палаты повышенной комфортности Договор расторгается по заявлению Пациентки. Исполнитель информирует Пациентку о расторжении договора по инициативе Пациентки, при этом Пациентка оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

8. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

8.1. Исполнитель обязуется охранять информацию о факте обращения Пациентки за оказанием немедицинской услуги, состоянии ее здоровья, диагнозе её заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

8.2. С согласия Пациентки или её полномочного представителя (указанного в заявлении) допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Пациентки.

8.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациентки или её представителя (указанного в заявлении) допускается в целях обследования и лечения Пациентки, не способной из-за своего состояния выразить свою волю и в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

9. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

9.1. Настоящий Договор составлен в 2 экземплярах, которые имеют одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

9.2. Все дополнительные соглашения Сторон и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

9.3. В соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» Пациентка подтверждает свое согласие на обработку в ОБУЗ «ОПЦ» своих персональных данных (Приложение № 3 к настоящему Договору).

9.4. До заключения договора Пациентка ознакомлена с «Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи в Курской области», об условиях и сроках получения бесплатной медицинской помощи. Получив от медицинского работника Исполнителя полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг у Исполнителя, Пациентка согласна на оказание платных немедицинских услуг и готова их оплатить.

9.5. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

9.6. К настоящему Договору прилагаются и являются его неотъемлемой частью:

- Приложение № 1 - Спецификация к Договору на оказание платной немедицинской услуги «Пребывание в палате повышенной комфортности»;
- Приложение № 2 - Информированное добровольное согласие пациентки на предоставление немедицинских услуг на платной основе;
- Приложение № 3- Информированное добровольное согласие пациентки на обработку персональных данных;
- Приложение № 4 - Акт об оказанных платных немедицинских услугах (форма);
- Приложение №5 – Заявление о предоставлении палаты повышенной комфортности (форма).

Адреса, реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:

Областное бюджетное учреждение здравоохранения
«Областной перинатальный центр»

Юридический адрес: 305005, г. Курск,
проспект Вячеслава Клыкова, 100
Тел: (4712) 32-50-33, 32-48-68 (планово-экономический
отдел)

банковские реквизиты:

Получатель: МИНИСТЕРСТВО ФИНАНСОВ
И БЮДЖЕТНОГО КОНТРОЛЯ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ
(ОБУЗ «ОПЦ», л/с 20446X26150)

ИНН 4629021490, КПП 463201001, БИК 013807906
Банк: ОТДЕЛЕНИЕ КУРСК БАНКА РОССИИ//УФК
ПО КУРСКОЙ ОБЛАСТИ г. Курск

Единый казначейский счет 40102810545370000038

Казначейский счет 03224643380000004400

Пациентка:

ФИО: _____
паспорт _____
адрес _____

Контактный телефон _____

√ _____ / _____ /
(подпись) ФИО

√ _____ / _____ /
(подпись) ФИО

Спецификация
к Договору на оказание платной немедицинской услуги
«Пребывание в палате повышенной комфортности»

Наименование услуги	Номер палаты	Единица измерения	Кол-во	Стоимость 1 суток, руб.	Общая стоимость пребывания, руб.
		сутки			

Итого: _____ руб. (_____ рублей _____ копеек), в том числе НДС _____ рублей _____ копеек.

Подписи Сторон:

Исполнитель:
Областное бюджетное учреждение здравоохранения
«Областной перинатальный центр»

Пациентка:
ФИО:

√ _____ / _____ /
(подпись) _____ ФИО

√ _____ / _____ /
(подпись) _____ ФИО

**Информированное добровольное согласие пациентки
на обработку персональных данных**

г. Курск, пр. В.Клыкова, 100
«__» _____ 202__ г.

Время _____

Я, _____,
дата рождения, документ, удостоверяющий личность _____

в рамках Договора № _____ от _____ года

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона "О персональных данных" 152-ФЗ в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку Областным бюджетным учреждением здравоохранения «Областной перинатальный центр», расположенный по адресу: 305005, г. Курск, проспект Вячеслава Клыкова, д. 100 (далее - Оператор) моих персональных данных или персональных данных, а именно:

фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие на обработку персональных данных Оператором при условии, что обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор имеет право:

- При обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями.

- С целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правами, актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иными организациями, при условии, что указанные предоставление передача будет осуществляться с использованием машинных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их приём и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет. По истечению указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я согласна со следующими действиями с моими персональными данными:

1. Обработка моих персональных данных в защищенных в установленном порядке автоматизированных системах персональных данных.

2. Обработка моих персональных данных, защищенных в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании моего личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

Ф.И.О. Пациентки √ _____
подпись

Уполномоченный представитель
ОБУЗ «ОПЦ» _____
(Ф.И.О. должность)

√ _____
подпись

АКТ
об оказанных платных немедицинских услугах

г. Курск

« ____ » _____ 20 ____ г.

Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Областной перинатальный центр» (ОБУЗ «ОПЦ»), 305005 г. Курск, проспект Вячеслава Клыкова, 100 (ОГРН 1024600939802, ИНН 4629021490), свидетельство серия 46 № 000225841 выдано МНС России по г. Курску 12 августа 2002 г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице экономиста _____, действующего на основании Доверенности от _____, лицензии № ЛО41-01147-46/00338986 от 27.01.2020 года, выданной Комитетом здравоохранения Курской области, 305000, г. Курск, ул. Красная площадь, д.6, тел. +7 (4712) 51-47-20 на осуществление медицинской деятельности, с одной стороны, и _____ « ____ » _____ года рождения, именуемая в дальнейшем «Пациентка», с другой стороны, составили настоящий акт о нижеследующем:

1. В соответствии с условиями Договора на предоставление палаты повышенной комфортности № _____ от « ____ » _____ 20 ____ г. Исполнителем оказаны услуги Пациентке по предоставлению и обслуживанию палаты повышенной комфортности:

Наименование услуги	Номер палаты	Единица измерения	Кол-во	Стоимость 1 суток, руб.	Общая стоимость пребывания, руб.
		сутки			

2. Стоимость оказанных услуг составила _____
3. Указанные в п. 1 настоящего акта услуги оказаны Исполнителем надлежащего качества и в полном объеме. Пациентка претензий к Исполнителю не имеет.
4. Настоящий акт составлен в двух экземплярах, по одному для каждой стороны.

ПОДПИСИ СТОРОН

Пациентка

Исполнитель

Ф.И.О. _____

√ _____ / _____ /

Главному врачу ОБУЗ «ОПЦ»

от _____
Ф.И.О. пациентки

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить мне в акушерском физиологическом отделении ОБУЗ «ОПЦ» платную палату повышенной комфортности № _____ с « ____ » _____ 20 ____ г. на период моего лечения.

Мне разъяснено и понятно, что предоставление палаты повышенной комфортности не является медицинской услугой, не входит в объем бесплатной медицинской помощи, предусмотренной Территориальной программой государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи.

Даю свое добровольное согласие на предоставление палаты повышенной комфортности на платной основе. Со стоимостью одного койко-дня пребывания в палате повышенной комфортности ознакомлена, обязуюсь оплатить все время пребывания в полном объеме.

С условиями пребывания в палате повышенной комфортности и правилами эксплуатации находящихся в ней приборов ознакомлена.

√
_____ _____
подпись фамилия, инициалы

« ____ » _____ 20 ____ г.