

ДОГОВОР №
на оказание платных немедицинских услуг в ГБУ РО «ГКБСМП» в г. Таганроге
(предоставление палат повышенной комфортности)

г. Таганрог

«_____» _____ 202__ г.

Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» в г. Таганроге (ГБУ РО «ГКБСМП» в г. Таганроге), именуемое в дальнейшем «Исполнитель» в лице _____,

(фамилия, имя, отчество Исполнителя)

действующего на основании Доверенности от «_____» _____ 202__ г. № _____ и лицензии № Л041-01050-61/00563265, выданной 13 мая 2022 года Министерством здравоохранения Ростовской области (344029, г. Ростов-на-Дону, ул.1-й Конной Армии, 33, тел: (863) 263-20-50)) на осуществление медицинской деятельности согласно приложению №1, срок действия лицензии: бессрочно, ИНН 6154035371, ОГРН 1026102578468, E-mail: inbox@taganrog-gbsmp.ru, расположенное по адресу: 347930, Ростовская обл., г. Таганрог, Большой пр-кт, д. 16, с одной стороны, и гражданин (-ка) _____,

(фамилия, имя, отчество Потребителя)

именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, далее при совместном упоминании именуемые Сторонами, заключили настоящий договор о нижеследующем.

ПОНЯТИЯ, ИСПОЛЗУЕМЫЕ В НАСТОЯЩЕМ ДОГОВОРЕ

Для целей настоящего Договора используются следующие основные понятия:

платные немедицинские услуги – предоставляемые дополнительно при оказании медицинской помощи бытовые, сервисные, транспортные и иные услуги, оказываемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;

потребитель - физическое лицо, имеющее намерение получить платные немедицинские услуги либо получающее платные немедицинские услуги лично в соответствии с договором.

расчетный час - время, установленное для определения количества дней размещения Потребителя в палате повышенной комфортности (для определения объема оказанных услуг).

1. Предмет и информационное обеспечение Договора.

1.1. Исполнитель с учетом положений настоящего Договора на основании обращения Потребителя обязуется при оказании Потребителю медицинских услуг в _____

(наименование отделения)

дополнительно на возмездной основе предоставить Потребителю услугу по его размещению в палате повышенной комфортности с соблюдением следующих условий:

Наименование показателя	Значение показателя *
Количество мест в палате	
Количество дней	
Палата №	
Возможность размещения в палате других пациентов (с указанием их максимально возможного количества)	да / нет
Возможность размещения в палате лица, осуществляющего дополнительный уход за пациентом, из числа близких лиц пациента	да / нет
Наличие отдельного санузла в палате (душ, туалет) с горячим и холодным водоснабжением	да / нет
Наличие в палате телевизионного приемника	да / нет
Наличие в палате микроволновой печи	да / нет
Наличие в палате кондиционера (сплит-системы)	да / нет

Наличие в палате электрического чайника	да / нет
Наличие в палате холодильника	да / нет

(нужное вписать или подчеркнуть (выделить) *)

1.2. При заключении настоящего договора Потребителю была предоставлена в доступной форме исчерпывающая информация о добровольности заключения настоящего договора и возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи с размещением в обычных палатах, соответствующих требованиям санитарных правил и норм, без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (включая содержание указанных программ). Потребитель уведомлен о том, что отказ потребителя от заключения настоящего договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы. Аналогичным образом заключение настоящего договора само по себе не влечет за собой предоставление Потребителю каких-либо преимуществ при оказании медицинских услуг, финансируемых за счет средств обязательного медицинского страхования.

1.3. Подписание настоящего Договора Потребителем свидетельствует о его информированности и добровольном согласии на предоставление вышеуказанных платных немедицинских услуг.

2. Права и обязанности Сторон.

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. оказать Потребителю немедицинские услуги в соответствии с условиями настоящего договора;

2.1.2. обеспечить требуемый санитарно-гигиенический режим в предоставляемой Потребителю палате повышенной комфортности;

2.1.3. принимать необходимые меры для обеспечения максимально комфортного пребывания Потребителя в предоставляемой палате, включая соблюдение персоналом Исполнителя правил этики и деонтологии, а также проведение медицинских манипуляций непосредственно в палате при наличии такой возможности.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. требовать от Потребителя и его посетителей, включая размещенное в палате с Потребителем лицо, осуществляющее дополнительный уход за Потребителем (при наличии), соблюдения внутрибольничного режима, правил санитарии и гигиены, противопожарных норм;

2.2.2. ограничить посещение Потребителя в случае проведения карантинных мероприятий, при наличии эпидемиологических показаний;

2.2.3. при прекращении срока размещения Потребителя в палате повышенной комфортности либо при расторжении настоящего Договора по иным причинам потребовать от Потребителя и размещенного с ним в палате лица, осуществляющего дополнительный уход за Потребителем (при наличии) освобождения занимаемой палаты;

2.2.4. получать от Потребителя возмещение вреда, причиненного имуществу Исполнителя Потребителем или его посетителями.

2.2.5. получать и производить обработку персональных данных Потребителя и его посетителей, включая размещенное в палате с Потребителем лицо, осуществляющее дополнительный уход за Потребителем (при наличии), в объеме, необходимом для исполнения настоящего Договора и требований действующего законодательства.

2.3. Потребитель обязуется:

2.3.1. своевременно оплачивать Исполнителю предоставленные услуги в порядке и в сроки, предусмотренные настоящим договором;

2.3.2. соблюдать внутрибольничный режим, правила санитарии и гигиены, противопожарные нормы, обеспечить соблюдение указанного режима, норм и правил своими посетителями и размещенным вместе с Потребителем лицом, осуществляющим дополнительный уход за ним;

2.3.3. при прекращении срока размещения в палате повышенной комфортности или при расторжении настоящего Договора по иным причинам освободить занимаемую палату в день прекращения срока размещения (расторжения договора);

2.3.4. соблюдать этические нормы при общении с персоналом Исполнителя, не причинять вред имуществу Исполнителя, а в случае, если такой вред будет причинен самим Потребителем или его посетителями, включая размещенное с Потребителем лицо, осуществляющее дополнительный уход за ним – незамедлительно возместить такой вред Исполнителю.

2.3.5. в период размещения в палате повышенной комфортности в помещениях и на территории Исполнителя воздержаться от курения табака, употребления спиртных напитков, а также от принятия психотропных и наркотических веществ, кроме случаев такого принятия на основании врачебного назначения по медицинским показаниям.

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. на получение в полном объеме предоставляемой по настоящему Договору услуги, включая право пользования всем оборудованием и инвентарем, размещенной в занимаемой Потребителем палате повышенной комфортности;

2.4.2. на условиях настоящего Договора продлить срок пребывания в палате повышенной комфортности в случае продления срока оказания Потребителю медицинской помощи;

2.4.3. пропорционально объему не оказанной Исполнителем услуги получить на основании собственного заявления возврат денежных средств, уплаченных Потребителем за услугу, в случае досрочного прекращения настоящего Договора. Срок возврата денежных средств – не более 10 рабочих дней (по календарю 5-дневной рабочей недели) с получения заявления Исполнителем;

2.4.4. на допуск к нему священнослужителя, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации.

3. Стоимость платных немедицинских услуг, сроки и порядок их оплаты.

3.1. Цена одного дня размещения в палате повышенной комфортности условиях настоящего договора составляет _____ руб. _____ коп.

Код услуги _____.

3.2. Услуги, оказываемые Потребителю Исполнителем по настоящему Договору, в сумме _____ руб. _____ коп. оплачиваются Потребителем непосредственно до их оказания (100% предоплата) в кассу Исполнителя наличными средствами или путем внесения денежных средств на расчетный счет Исполнителя в безналичном порядке, в соответствии с калькуляцией услуг по прейскуранту цен на услуги учреждения утвержденные главным врачом ГБУ РО «ГКБСМП» в г. Таганроге.

3.3. Расчетным часом, установленным Исполнителем, является 12 часов 00 мин. по московскому времени. Оплата за первые сутки размещения взимается в полном объеме, независимо от времени нахождения Потребителя.

3.4. После наличной оплаты Потребителю выдается контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности, подтверждающий произведенную оплату оказанных ему немедицинских услуг.

4. Изменение и расторжение Договора.

4.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до полного исполнения своих обязательств Сторонами.

4.2. Настоящий договор может быть изменен или прекращен досрочно по соглашению сторон.

4.3. В случае прекращения оказания Исполнителем Потребителю медицинских услуг настоящий договор также считается прекратившим свое действие с момента оформления выписного эпикриза Потребителя.

4.4. В случае нарушения Потребителем обязательств, предусмотренных п. 2.3. настоящего Договора, Исполнитель вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения настоящего Договора с уведомлением Потребителя о таком отказе. С момента получения Потребителем указанного уведомления Договор считается прекратившим свое действие.

4.5. Потребитель вправе в любое время отказаться от исполнения настоящего договора, оплатив Исполнителю услуги, оказанные до получения извещения о расторжении настоящего договора, и возместив Исполнителю расходы, произведенные им до этого момента в целях исполнения настоящего договора.

5. Ответственность сторон.

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством РФ.

5.2. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

6. Порядок рассмотрения споров.

6.1. Все споры, претензии и разногласия, которые возникнут между Сторонами, могут разрешаться путем переговоров. Срок рассмотрения претензий сторон – 10 рабочих дней (по календарю 5-дневной рабочей недели).

6.2. При неурегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке.

7. Иные условия, определяемые по соглашению Сторон.

7.1. Совместно с Потребителем в целях осуществления за ним дополнительного ухода в палате повышенной комфортности размещается:

(фамилия, имя, отчество)

(адрес проживания)

(данные паспорта)

7.2. Все изменения и дополнения к настоящему договору, требующие взаимного согласия Сторон, будут действительны только в случае, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями Сторон (либо ими лично).

7.3. Настоящий Договор составлен в 2-х имеющих одинаковую юридическую силу экземплярах: 1 – для Исполнителя, 1 – для Потребителя.

8. Адреса и реквизиты Сторон

Исполнитель

государственное бюджетное учреждение
Ростовской области
«Городская клиническая больница
скорой медицинской помощи»
в г. Таганроге
(ГБУ РО «ГКБСМП» в г. Таганроге)

347930, Ростовская область,
г. Таганрог, Большой пр-кт, д. 16

л/с 20806006920
министерство финансов
Ростовской области
(ГБУ РО «ГКБСМП» в г. Таганроге)

р/с 03224643600000005800
ОКЦ № 9 ЮГУ Банка России
УФК по Ростовской области
г Ростов-на-Дону

к/с 40102810845370000050

БИК 016015102
ИНН 6154035371
КПП 615401001

Тел.: 8(8634)64-04-16, 8(8634)64-04-32

Дата « ____ » _____ 202__ г.

Подпись _____

Потребитель

Фамилия, имя, отчество:

Адрес:

Паспорт:

Серия: _____ №: _____

Выдан: _____

Тел.: _____

Дата « ____ » _____ 202__ г.

Подпись *V* _____

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____
(фамилия, имя, отчество Потребителя)

проживающий по адресу: _____
(домашний адрес)

Паспорт: серия _____ № _____, выдан _____

_____ (данные паспорта)

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. “О персональных данных” № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ГБУ РО «ГКБСМП» в г. Таганроге (далее — Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), 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) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

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

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(-е) телефон(-ы) _____

Настоящее согласие дано мной «_____» _____ 202_____ г. и действует бессрочно.

Подпись субъекта персональных данных (доверенного лица) *V* _____
(подпись)