

ДОГОВОР № _____

о возмездном предоставлении медицинских услуг

г. Ставрополь

«___» _____ 201__ г.

_____ ,
в лице _____,
действующего на основании _____, именуемое в
дальнейшем «Заказчик» с одной стороны, и государственное бюджетное учреждение
здравоохранения Ставропольского края «Ставропольская краевая клиническая
специализированная психиатрическая больница №1», лицензия №ЛО -26-01-005039 от
"15" июля 2019 г., министерством здравоохранения Ставропольского края бессрочно, г.
Ставрополь, ул. Маршала Жукова, 42/311, телефон 8(8652)748079, именуемое в дальнейшем
«Исполнитель», в лице главного врача Олега Игоревича Боева, действующего на основании
Устава, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется по поручению Заказчика оказать медицинские услуги по проведению обязательного психиатрического освидетельствования комиссией врачей-психиатров лиц, направляемых Заказчиком, а Заказчик обязуется оплачивать оказанные услуги в размере, порядке и на условиях, предусмотренных настоящим договором.

1.2. Обязательное психиатрическое освидетельствование проводится Исполнителем лично, без привлечения субподрядчиков, комиссией врачей-психиатров Исполнителя, утвержденной органом управления здравоохранением, в соответствии с нормами действующего законодательства:

- **Постановлением Правительства РФ от 23.09.2002 г. №695** «О прохождении обязательного психиатрического освидетельствования работниками, осуществляющими отдельные виды деятельности, в том числе деятельность, связанную с источниками повышенной опасности (с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов), а также работающими в условиях повышенной опасности» с изменениями и дополнениями.

- "Перечнем медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности" утвержденным **Постановлением Правительства РФ от 28.04.1993 N 377**;

- с требованиями **Приказа министерства здравоохранения Ставропольского края от 27.06.2016г. № 01-05/560** «Об организации проведения обязательного психиатрического освидетельствования работников, осуществляющих отдельные виды деятельности, в том числе деятельность, связанную с источниками повышенной опасности (с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов), а также работающих в условиях повышенной опасности».

1.3. Результатом оказания услуг является выдача лицам, направленным на психиатрическое освидетельствование заключения комиссии врачей психиатров.

1.4. Место оказания услуг: место нахождения Исполнителя.

2. Обязанности сторон

2.1. Заказчик обязуется:

2.1.1. Для прохождения обязательного психиатрического освидетельствования выдать направляемым лицам, направления на освидетельствование. Оказывать содействие Исполнителю в надлежащем исполнении им обязательств по договору, в т. ч. обеспечить явку потребителя услуг в назначенное время, рекомендаций Исполнителя (медицинского работника предоставляющего услугу). Несоблюдение указанных в настоящем пункте условий может снизить качество услуг или повлечь за собой невозможность завершения услуг в срок.

2.1.2. Выдать направляемым лицам заполненное надлежащим образом в соответствии с [приложениями №1,2,3](#) - направление, бланк согласия на *проведение медицинского вмешательства и обработку персональных данных* Исполнителем, а также предупредить направляемых лиц о необходимости предъявления паспорта гражданина РФ, и военного билета лицам мужского пола при проведении освидетельствования.

Довести до сведения направляемых лиц информацию о необходимости выполнять требования врачей, врачебной комиссии.

2.1.3. Предоставлять по требованию Исполнителя информацию, необходимую для исполнения обязательств по настоящему договору.

2.1.4. Рассматривать и подписывать акт сдачи-приемки оказанных услуг с указанием стоимости фактически оказанных услуг за отчетный период в течение 2-х дней с момента его получения от Исполнителя.

2.1.5. Своевременно оплатить услуги Исполнителя согласно выставленному счету и прејскуранту Исполнителя.

2.1.6. Предоставить Заказчику адрес электронной почты на который будет выслано сообщение о дате принятия решения комиссией и дате выдачи его работнику.

2.2. Исполнитель обязуется:

2.2.1. Определить виды и объемы необходимых исследований с учетом специфики вида деятельности на основании действующих нормативно-правовых актов. Оказать услуги качественно, в соответствии с требованиями юридических, профессиональных и морально-этических норм, по общепринятым в медицинской практике методикам

2.2.2. Оказывать услуги лицам только при наличии у них направления Заказчика. По требованию Заказчика – Исполнитель обязан предоставить в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, в т. ч. сведения:

- о порядках оказания и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;
- информацию о конкретном медицинском работнике (его профессиональном образовании и квалификации), предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу;
- информацию о методах и возможных видах медицинского вмешательства, связанных с ними рисках, последствиях и ожидаемых результатах;
- другие сведения, относящиеся к предмету договора.

2.2.3. В случае если при проведении психиатрического освидетельствования возникают подозрения на наличие у лица заболевания, препятствующего работе по профессии, или занятию определенным видом деятельности, информировать его об этом в письменном виде.

2.2.4. Соблюдать правила медицинской этики, врачебную тайну, конфиденциальность информации о здоровье Заказчика/потребителя и о его персональных данных.

Конфиденциальной по настоящему договору признается информация:

- о результатах осмотра/освидетельствования;
- диагноз потребителя услуг;
- сведения личного характера о потребителях услуг и персональные данные.

2.2.5. Ежемесячно, не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным, предоставлять Заказчику:

- счет за оказанные услуги;
- реестр лиц, получивших услуги;
- акт сдачи-приемки оказанных услуг.

3. Цена договора и порядок расчетов

3.1. Оплата по настоящему договору осуществляется согласно прејскуранту, действующему на момент оказания услуг, исходя из объема фактически оказанных услуг.

3.2. Заказчик производит расчет с Исполнителем в течение 10 банковских дней после предоставления документов, указанных в п. 2.2.5 настоящего договора. Расчет производится в безналичной форме, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3.3. В случае изменения стоимости услуг в период действия договора, Исполнитель уведомляет Заказчика в течение 5 дней с даты утверждения нового Прејскуранта.

№	код	Наименование услуги	Ед. изм.	Кол-во	Цена за ед./ руб.	Сумма/руб
1	A12/12	Обязательное психиатрическое освидетельствование	1 Исследование		руб.	руб.
Итого общая сумма договора:					руб.	

*Включает ЭЭГ.

3.4. Медицинские услуги в рамках настоящего Договора не подлежат обложению налогом

на добавленную стоимость согласно п.п.2п.2 ст.149 Налогового кодекса РФ.

4. Ответственность сторон

4.1. За невыполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. Исполнитель несет ответственность:

4.2.1. за качество оказываемых услуг;

4.2.2. за недостоверное предоставление информации.

4.3. Заказчик несет ответственность:

4.3.1. за недостоверное предоставление информации;

4.3.2. за несвоевременную оплату услуг, в случае, если задержка оплаты произошла по его вине.

4.3.3. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении условий настоящего договора. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по настоящему договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия потребителя услуг (за исключением случаев, установленных законом).

5. Порядок изменения и расторжения договора

5.1. Расторжение договора в одностороннем порядке допускается только в случаях, предусмотренных действующим законодательством. В таких случаях уведомления стороны передают не позднее, чем за месяц.

5.2. Споры, которые могут возникнуть между сторонами при исполнении условий настоящего договора, стороны будут стремиться разрешать путем проведения переговоров.

5.3. По всем вопросам, не урегулированным настоящим договором, но прямо или косвенно вытекающим из отношений сторон по нему, стороны будут руководствоваться действующим законодательством Российской Федерации.

5.4. В случае невозможности разрешения разногласий путем переговоров они подлежат рассмотрению в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации в Арбитражном Суде Ставропольского края.

6. Срок действия договора

6.1. Настоящий договор действует с момента его подписания по _____ 201__ года, а в части взаиморасчетов – до полного исполнения обязательств.

7. Дополнительные условия

7.1. В случае изменения наименования, местонахождения, банковских реквизитов и других данных каждая из сторон обязана в 10-дневный срок в письменной форме сообщить другой стороне о произошедших изменениях.

7.2. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, и хранится по одному экземпляру у каждой из сторон.

7.3. Стороны признают действительность договора и документов к нему, переданных посредством электронной почты в виде сканированных копий.

8. Юридические адреса и реквизиты сторон:

«Заказчик»

«Исполнитель»

ГБУЗ СК «СККСПБ №1»
355038, г. Ставрополь, ул. Ленина, 441,
тел. 8(8652) 991774, 56-04-33
ИНН/КПП 2633002440/263501001
Р/с 40601810600023000001
в Отделении по СК Южного главного управления ЦБ РФ
БИК 040702001
Лицевой счет в МФ СК
(ГБУЗ СК «СККСПБ №1» л/с №045.70.004.8)
КБК 04500000000000002130

Подписи сторон:

Заказчик

Главный врач

МП

МП

О.И. Боев

Бланк направления (образец) (образец, выдается работникам и заполняется только текст в рамке)

Реквизиты организации,
направляющей на обязательное
психиатрическое освидетельствование

**НАПРАВЛЕНИЕ НА ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ
ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ**

Ф.И.О. _____

Дата рождения _____

Место работы _____

Адрес регистрации: _____

в соответствии со ст. 213 Трудового кодекса Российской Федерации направляется на обязательное психиатрическое освидетельствование с целью определения соответствия состояния здоровья поручаемой ему (ей) работе в должности

_____ (указать виды профессиональной деятельности, связанной с влиянием вредных веществ

и неблагоприятных производственных факторов и/или виды профессиональной

деятельности в условиях повышенной опасности в соответствии

с Постановлением Правительства РФ от 28.04.1993 N 377)

Сообщение о дате принятия решения комиссией и дате выдачи его работнику прошу (нужное подчеркнуть):

1. направить по электронной почте _____
2. выдать на руки работнику
3. направить другим способом _____

_____ (должностное лицо)

_____ (подпись)

_____ (фамилия, инициалы)

"__" _____ 20__ г.

М.П.

ПОДПИСИ СТОРОН:

Заказчик

«

»

Исполнитель

ГБУЗ СК «СККСПБ№1»

Главный врач

_____/О.И.Боев

Бланк согласия на медицинское вмешательство

(образец, выдается работникам и заполняется только текст в рамке)

Согласие на медицинское вмешательство	
Я, _____ ,	(Ф.И.О.)
дата рождения	« ____ » _____ 20__ г.
проживающий(ая): _____	
в соответствии с требованиями статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и статей 4, 23 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» даю согласие на освидетельствование/освидетельствование несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет /освидетельствование недееспособного, не способного по своему состоянию дать согласие на психиатрическое освидетельствование (нужное подчеркнуть) врачом-психиатром	
проведение дополнительных методов исследования: _____	
<p>Данные медицинского вмешательства и заключение о состоянии здоровья обследуемого фиксируются в медицинской документации, в которой указываются также причины обращения за медицинской помощью и медицинские рекомендации.</p> <p>Я осведомлён(а), что в соответствии со ст. 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей, за исключением случаев, установленных законодательством. С письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам.</p>	
Я, _____ ,	(Ф.И.О. пациента/представителя)
даю согласие на предоставление сведений обо мне, составляющих врачебную тайну,	
(Ф.И.О. доверенного лица/наименование работодателя)	
Я уведомлен, что предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается в случаях, установленных ст.13 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».	
Дата _____ Врач: _____	Подпись _____ Подпись _____

ПОДПИСИ СТОРОН:

Заказчик

« _____ »

_____ / _____

Исполнитель

ГБУЗ СК «СККСПБ№1»

Главный врач

_____ /О. И. Боев

(образец, выдается работникам и заполняется только текст в рамке)

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____
 _____ фамилия, имя, отчество
 проживающий по адресу _____,
 _____ адрес по месту регистрации
 паспорт _____ выдан _____
 _____ серия, номер _____ кем и когда выдан _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», ст.13 Федерального Закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны граждан в РФ», подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ «Ставропольская краевая клиническая специализированная психиатрическая больница №1» (далее – Оператор), расположенному по адресу 355038, г. Ставрополь, ул. Ленина, 441, моих персональных данных

_____ сына, дочери, в возрасте до 15 лет, моего подопечного – ФИО пациента

включающих: фамилию, имя, отчество, дату рождения, данные основного документа, удостоверяющего личность (серия, номер, кем и когда выдан, код подразделения, адрес регистрации), адрес проживания, место жительства, реквизиты полиса медицинского страхования, СНИЛС, контактный(е) телефон(ы), место работы, профессию, должность, место учебы, характеристики, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, медицинскими осмотрами, медицинскими освидетельствованиями, медицинскими экспертизами – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания/проведения Оператором мне (моему сыну, дочери, в возрасте до 15 лет, моему подопечному) медицинской помощи, медицинских осмотров, медицинского освидетельствования, медицинских экспертиз я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим уполномоченным должностным лицам в интересах моего обследования и лечения (обследования и лечения моего сына, дочери, в возрасте до 15 лет, моего подопечного).

Я предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными (персональными данными моего сына, дочери, в возрасте до 15 лет, моего подопечного), включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, а также на передачу такой информации третьим лицам, в случаях, установленных нормативными документами вышестоящих органов и законодательством. Я предоставляю Оператору право осуществлять следующие способы обработки персональных данных: с использованием бумажных носителей, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные (персональные данные моего сына, дочери, в возрасте до 15 лет, моего подопечного) посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) в соответствии с законодательством Российской Федерации, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договору оказания платных медицинских услуг; осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой медицинской организацией, организацией - заказчиком медицинских услуг во исполнение своих обязательств по договору оказания платных медицинских услуг с использованием машинных носителей информации, по защищенному каналу связи и (или) документы на бумажных носителях, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Я предоставляю Оператору право на обмен (приём и передачу) всеми моими персональными данными со страховыми организациями, Министерством здравоохранения Российской Федерации, Федеральным сегментом Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, с министерством здравоохранения Ставропольского края, с ГБУЗ СК «МИАЦ», а также с иными подведомственными министерству здравоохранения Ставропольского края медицинскими организациями, с использованием машинных носителей или по защищенным каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их приём и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинских услуг я предоставляю право уполномоченным медицинским работникам передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам **Оператора в интересах обследования, лечения и внутреннего учета Оператора, а также иным _____ лицам _____ (нужное _____ вписать):**

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет пятьдесят лет. Передача 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.

Контактный(е)

телефон(ы):

и

почтовый

адрес

проживания:

«__» _____ 20__ г.

ФИО, подпись пациента или его законного представителя

ПОДПИСИ СТОРОН:

Заказчик

« _____ »

_____/_____

Исполнитель

ГБУЗ СК «СККСПБ№1»

Главный врач

_____/О. И. Боев