

До заключения настоящего договора я, ФИО, являясь потребителем платной медицинской услуги, уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника БУЗОО «КДЦ», предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

«__» _____ 20__ года
ФИО _____

ДОГОВОР

на предоставление платных медицинских услуг № _____

г. Омск

«__» _____ 20__ года

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»), в лице _____ (наименование должности и структурного подразделения) Фамилия, Имя и Отчество (при наличии), действующего на основании доверенности от _____ № _____, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка) Фамилия, Имя и Отчество (при наличии), именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. В соответствии с настоящим договором Исполнитель обязуется оказать Потребителю на возмездной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам профилактики, диагностики и лечения, разрешенным на территории РФ (далее - Услуги), а Потребитель обязуется своевременно оплатить стоимость Услуг, предоставляемых по настоящему Договору и выполнить требования Исполнителя для целей обеспечения своевременного и качественного оказания Услуг, включая предоставление необходимых для этого сведений.

1.2. Наименование, вид Услуги, стоимость, срок ее оказания, сведения о лице, непосредственно оказывающем Услугу, указываются в дополнительных соглашениях к настоящему договору, являющихся его неотъемлемой частью.

2. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ УСЛУГИ

2.1. Исполнитель в соответствии с лицензией оказывает первичную, в том числе доврачебную, врачебную и специализированную, медико-санитарную помощь; специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь; проводит медицинские осмотры, медицинские освидетельствования и медицинские экспертизы.

2.2. Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи предоставляется Потребителю перед оказанием Услуги медицинским работником, ее оказывающим.

2.3. Сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении Услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации размещены на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу <https://okd-center.ru>.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГИ, СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

3.1. Стоимость Услуги определяется согласно прейскуранту, действующему у Исполнителя (далее - прейскурант) на дату оплаты Услуги. Прейскурант размещен на информационных стендах в помещениях Исполнителя и на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу <https://okd-center.ru>.

3.2. Оплата Услуги производится наличными денежными средствами в кассу Исполнителя или безналичным путем с использованием электронного средства платежа на условиях предоплаты 100% стоимости услуг (до оказания Услуги).

3.3. Датой оплаты Услуги считается дата поступления денежных средств Исполнителю.

3.4. Исполнитель оказывает Услуги по настоящему Договору в помещениях Исполнителя по адресам:

- 644024, город Омск, улица Ильинская, дом 9;
- 644015, город Омск, улица Суворова, дом 112.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Права и обязанности Исполнителя:

4.1.1. Выдать Потребителю документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных Услуг (кассовый чек или бланк строгой отчетности).

4.1.2. Предоставить Потребителю бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемых Услугах, бланк Информированного добровольного согласия.

4.1.3. Предоставить квалифицированную, качественную Услугу Потребителю, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

4.1.4. По окончании оказания Услуги выдать Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения Услуги, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении Услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы. Указанные медицинские документы также подтверждают факт предоставления Исполнителем Потребителю Услуги и ее получение Потребителем.

4.1.5. В случае возникновения неотложных состояний у Потребителя, Исполнитель вправе осуществлять действия в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", в том числе принимать решение о медицинском вмешательстве в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.

4.1.6. В случае неявки Потребителя для получения Услуги в назначенное время, согласованное сторонами (п. 1.2. настоящего договора), либо опоздания более чем на 10 минут, изменить срок оказания Услуги и (или) назначить другое время оказания Услуги в пределах согласованного сторонами срока.

4.2. Права и обязанности Потребителя:

4.2.1. Оплатить стоимость Услуг Исполнителю в соответствии с условиями настоящего договора.

4.2.2. Выполнить требования, от которых зависит качественное предоставление медицинской помощи. В случае выявления Исполнителем ненадлежащей подготовки к оказанию Услуг или ее отсутствия Исполнитель вправе отказаться от оказания Услуг в одностороннем порядке, произведя возврат Потребителю стоимости Услуги, оплаченной по договору.

4.2.3. В ходе оказания Услуг выполнять все медицинские указания, рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения, своевременно информировать медицинского работника об изменениях в состоянии здоровья (самочувствии).

4.2.4. Информировать медицинского работника до оказания Услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания Услуг.

4.2.5. Подписать Информированное добровольное согласие на оказание Услуги. В случае отказа Потребителя от подписания Информированного добровольного согласия на оказание Услуги Исполнитель отказывает в оказании Услуг в одностороннем порядке, произведя возврат Потребителю стоимости Услуги, оплаченной по договору.

4.2.6. Соблюдать Правила поведения пациентов в БУЗОО "КДЦ".

4.2.7. После заключения договора Потребитель имеет право отказаться от получения Услуг до момента начала их оказания и потребовать возврата оплаченных денежных средств в соответствии с действующим законодательством. оплата исполнителю фактически понесенных расходов, связанных с оказанием Услуги.

связанные с исполнением обязательств по договору.

4.2.8 Потребитель имеет право на сохранение врачебной тайны и персональных данных в соответствии с действующим законодательством.

4.2.9 Потребитель вправе в любое время расторгнуть договор, оплатив Исполнителю фактические понесенные расходы, связанные с исполнением настоящего договора.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Стороны несут ответственность за виновное неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. В случае оказания Потребителю Услуги ненадлежащего качества, подтвержденного результатами врачебной экспертизы, Потребитель имеет право:

- по личному заявлению оформить возврат денежных средств в кассе Исполнителя;
- безвозмездно (за счет Исполнителя) устранить недостатки оказанной Услуги (повторно осуществить оказание Услуги);

5.3. Потребитель несет имущественную ответственность за причинение ущерба Исполнителю в размере действительной стоимости поврежденного (утраченного) имущества, если такое повреждение (утрата) явилось следствием действий Потребителя. В этом случае Потребитель также обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

5.4. За нарушение санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя, повлекшее за собой причинение ущерба Исполнителю, Потребитель обязан возместить причиненные убытки.

6. СРОКИ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

6.1. Исполнитель оказывает Услуги в соответствии с утвержденным главным врачом режимом работы Исполнителя в течение всего срока действия настоящего договора.

6.2. Предоставление Услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Потребителя на прием через контакт-центр Исполнителя по телефону: (3812) 39-04-50. В особых случаях, включая необходимость получения неотложной помощи, Услуги предоставляются Потребителю без предварительной записи в порядке живой очереди.

6.3. Дата, время, номер кабинета оказания Услуги указываются в дополнительном соглашении.

6.4. Срок ожидания оказания Услуги, осуществляемой в порядке живой очереди, не может превышать продолжительности режима работы Исполнителя в день оказания Услуги. Потребитель уведомлен и согласен с тем, что сроки предоставления Услуг, указанных в дополнительных соглашениях, в определенных клинических ситуациях могут сдвигаться, что повлечет смещение очередности и увеличит время ожидания. В случае невозможности оказания Услуги в назначенные дату и/или время, Стороны вправе согласовать иные дату и/или время оказания Услуги.

6.5. В случае возникновения форс-мажорных обстоятельств (неисправность (поломка) оборудования, нетрудоспособность медицинского работника, оказывающего Услугу и т.п.) срок оказания услуг может быть перенесен Исполнителем по согласованию с Потребителем посредством телефонной связи, по номеру, указанному в разделе 8 настоящего договора.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1. Подписанием настоящего договора Потребитель подтверждает, что:

- проинформирован Исполнителем 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, а также о порядке, об объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, однако принял решение о самостоятельном обращении за получением Услуг;

- ему предоставлена в доступной форме информация об Услугах, а именно порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении Услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

- уведомлен, что при нахождении на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязан соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

7.2. Потребитель дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в Федеральном законе от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных", для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

7.3. Настоящий договор признается заключенным с момента его подписания сторонами и прекращается по истечении 12 месяцев с даты его заключения, но не ранее полного исполнения Сторонами, принятых на себя обязательств.

7.4. Все споры, вытекающие из настоящего договора, решаются путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

7.5. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу по одному для каждой из сторон.

7.6. Настоящий договор может быть изменен или расторгнут в любой момент времени по взаимному соглашению сторон.

Потребитель ознакомлен с:

- действующим Прейскурантом на медицинские услуги БУЗОО «КДЦ»;
- Правилами поведения пациентов в БУЗОО "КДЦ";
- Правилами предоставления платных медицинских услуг в БУЗОО «КДЦ».

8. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»)
Адрес: 644024, г. Омск, ул. Ильинская, 9
ИНН/КПП 5504001891/550401001
ОГРН 1025500982847
сайт <https://okd-center.ru>.
(Свидетельство о государственной регистрации юридического лица
серия 55 номер 001439548, выдано Инспекцией Министерства
Российской Федерации по налогам и сборам №2 по Центральному
административному округу г. Омска 19.11.2002)
Лицензия на осуществление медицинской деятельности
№ ЛО-55-01-002389 от 27.08.2018 г., срок действия - бессрочно,
выдана Министерством здравоохранения Омской области
(г. Омск, ул. Красный Путь, д. 6, т. 7-3812-233525)

(ФИО, должность, подпись
доверенного лица Исполнителя)

Потребитель

ФИО:
Адрес места жительства: г., ул., д., кв.
Иные адреса, на которые исполнитель
может направить ответ на письменное
обращение: _____
Документ, удостоверяющий личность:
паспорт гражданина РФ:
серия _____ номер _____,
выдан (кем, когда)
Телефон:

✓

подпись Потребителя

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

к договору на предоставление платных медицинских услуг № _____

г. Омск

«__» _____ 20__

года

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»), в лице _____ (наименование должности и структурного подразделения) Фамилия, Имя и Отчество (при наличии), действующего на основании доверенности от _____ № _____, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка) ФИО, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий настоящий дополнительное соглашение о нижеследующем:

1. Согласно пункту 1.1. договора в соответствии с настоящим Дополнительным соглашением Исполнитель оказывает Потребителю на возмездной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам профилактики, диагностики и лечения, разрешенным на территории РФ (далее - Услуги):

№ п/п	Наименование Услуги	Должность медицинского работника	Кабинет №	Дата и время оказания Услуги	Цена Услуги, руб.	Количество	Стоимость, руб.
ИТОГО:							

2. Все что не предусмотрено настоящим Дополнительным соглашением регулируется договором.
3. Настоящее дополнительное соглашение составлено в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу по одному для каждой из сторон.
4. Настоящее дополнительное соглашение вступает в силу с момента его подписания и является неотъемлемой частью договора.

Исполнитель

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»)

Адрес: 644024, г. Омск, ул. Ильинская,9

ИНН/КПП 5504001891/550401001

ОГРН 1025500982847

сайт <https://okd-center.ru>.

(Свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 55 номер 001439548, выдано Инспекцией Министерства Российской Федерации по налогам и сборам №2 по Центральному административному округу г. Омска 19.11.2002)

Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-55-01-002389 от 27.08.2018 г., срок действия - бессрочно, выдана Министерством здравоохранения Омской области (г. Омск, ул. Красный Путь, д. 6, т. 7-3812-233525)

(ФИО, должность, подпись
доверенного лица Исполнителя)

Потребитель

ФИО:

Адрес места жительства: г., ул., д., кв.

Иные адреса, на которые исполнитель может направить ответ на письменное обращение: _____

Документ, удостоверяющий личность: паспорт гражданина РФ:

серия _____ номер _____,

выдан (кем, когда)

Телефон:

✓

подпись Потребителя

До заключения настоящего договора я, ФИО, являясь заказчиком платной медицинской услуги, уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника БУЗОО «КДЦ», предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

«__» ____ 20__ года
ФИО _____

ДОГОВОР

на предоставление платных медицинских услуг № _____

«__» ____ 20__ года

г. Омск

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»), в лице _____ (наименование должности и структурного подразделения) Фамилия, Имя и Отчество (при наличии), действующего на основании доверенности от _____ № _____, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка) Фамилия, Имя и Отчество (при наличии), именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ

- 1.1. Заказчик - физическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя.
- 1.2. Потребитель - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 2.1. В соответствии с настоящим договором Исполнитель обязуется оказать Потребителю _____ ФИО _____ года рождения на возмездной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам профилактики, диагностики и лечения, разрешенным на территории РФ (далее - Услуги), а Заказчик обязуется своевременно оплатить стоимость Услуг, предоставляемых по настоящему Договору и выполнить требования Исполнителя для целей обеспечения своевременного и качественного оказания Услуг, включая предоставление необходимых для этого сведений.
- 2.2. Наименование, вид Услуги, стоимость, срок ее оказания, сведения о лице, непосредственно оказывающем Услугу, указываются в дополнительных соглашениях к настоящему договору, являющихся его неотъемлемой частью.

3. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ УСЛУГИ

- 3.1. Исполнитель в соответствии с лицензией оказывает первичную, в том числе доврачебную, врачебную и специализированную, медико-санитарную помощь; специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь; проводит медицинские осмотры, медицинские освидетельствования и медицинские экспертизы.
- 3.2. Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи предоставляется Потребителю перед оказанием Услуги медицинским работником, ее оказывающим.
- 3.3. Сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении Услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации размещены на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу <https://okd-center.ru>.

4. СТОИМОСТЬ УСЛУГИ, СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

- 4.1. Стоимость Услуги определяется согласно прейскуранту, действующему у Исполнителя (далее - прейскурант) на дату оплаты Услуги. Прейскурант размещен на информационных стендах в помещениях Исполнителя и на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу <https://okd-center.ru>.
- 4.2. Оплата Услуги производится наличными денежными средствами в кассу Исполнителя или безналичным путем с использованием электронного средства платежа на условиях предоплаты 100% стоимости услуг (до оказания Услуги).
- 4.3. Датой оплаты Услуги считается дата поступления денежных средств Исполнителю.
- 4.4. Исполнитель оказывает Услуги по настоящему Договору в помещениях Исполнителя по адресам:
- 644024, город Омск, улица Ильинская, дом 9;
- 644015, город Омск, улица Суворова, дом 112.

5. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 5.1. Права и обязанности Исполнителя:
 - 5.1.1. Выдать Заказчику документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных Услуг (кассовый чек или бланк строгой отчетности).
 - 5.1.2. Предоставить Заказчику и (или) Потребителю бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемых Услугах, бланк Информированного добровольного согласия.
 - 5.1.3. Предоставить квалифицированную, качественную Услугу Потребителю, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.
 - 5.1.4. По окончании оказания Услуги выдать Заказчику (если он является законным представителем Потребителя) или Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения Услуги, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении Услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы. Указанные медицинские документы также подтверждают факт предоставления Исполнителем Потребителю Услуги и ее получение Потребителем.
 - 5.1.5. В случае возникновения неотложных состояний у Потребителя, Исполнитель вправе осуществлять действия в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", в том числе принимать решение о медицинском вмешательстве в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.
 - 5.1.6. В случае неявки Потребителя для получения Услуги в назначенное время, согласованное сторонами (п. 2.2. настоящего договора), либо опоздания более чем на 10 минут, изменить срок оказания Услуги и (или) назначить другое время оказания Услуги в пределах согласованного сторонами срока.
- 5.2. Права и обязанности Заказчика и Потребителя:
 - 5.2.1. Заказчик обязан оплатить стоимость Услуг Исполнителю в соответствии с условиями настоящего договора.
 - 5.2.2. Потребитель обязан выполнить требования, от которых зависит качественное предоставление медицинской помощи. В случае выявления Исполнителем ненадлежащей подготовки к оказанию Услуг или ее отсутствия Исполнитель вправе отказаться от оказания Услуг в одностороннем порядке, произведя возврат Заказчику стоимости Услуги, оплаченной по договору.
 - 5.2.3. Потребитель в ходе оказания Услуг обязан выполнять все медицинские указания, рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения, своевременно информировать медицинского работника об изменениях в состоянии здоровья (самочувствии).
 - 5.2.4. Заказчик и (или) Потребитель обязан информировать медицинского работника до оказания Услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания Услуг.
 - 5.2.5. Заказчик (если он является законным представителем Потребителя) или Потребитель обязан подписать Информированное добровольное согласие на

оказание Услуги. В случае отказа от подписания Информированного добровольного согласия на оказание Услуги Исполнитель отказывает в оказании Услуг в одностороннем порядке, произведя возврат Заказчику стоимости Услуги, оплаченной по договору.

5.2.6. Потребитель обязан соблюдать Правила поведения пациентов в БУЗОО «КДЦ».

5.2.7. После заключения договора Заказчик и (или) Потребитель имеет право отказаться от получения Услуг до момента начала их оказания и потребовать возврата оплаченных денежных средств в соответствии с действующим законодательством, оплатив исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

5.2.9. Заказчик и (или) Потребитель имеет право на сохранение врачебной тайны и персональных данных в соответствии с действующим законодательством.

5.2.10. Заказчик вправе в любое время расторгнуть договор, оплатив Исполнителю фактические понесенные расходы, связанные с исполнением настоящего договора.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. Стороны несут ответственность за виновное неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору в соответствии с действующим законодательством РФ.

6.2. В случае оказания Потребителю Услуги ненадлежащего качества, подтвержденного результатами врачебной экспертизы, Заказчик имеет право:

- по личному заявлению оформить возврат денежных средств в кассе Исполнителя;

- безвозмездно (за счет Исполнителя) устранить недостатки оказанной Услуги (повторно осуществить оказание Услуги);

6.3. Заказчик и (или) Потребитель несет имущественную ответственность за причинение ущерба Исполнителю в размере действительной стоимости поврежденного (утраченного) имущества, если такое повреждение (утрата) явилось следствием действий Потребителя. В этом случае Заказчик и (или) Потребитель также обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

6.4. За нарушение санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя, повлекшее за собой причинение ущерба Исполнителю, Заказчик и (или) Потребитель обязан возместить причиненные убытки.

7. СРОКИ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

7.1. Исполнитель оказывает Услуги в соответствии с утвержденным главным врачом режимом работы Исполнителя в течение всего срока действия настоящего договора.

7.2. Предоставление Услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Потребителя на прием через контакт-центр Исполнителя по телефону: (3812) 39-04-50. В особых случаях, включая необходимость получения неотложной помощи, Услуги предоставляются Потребителю без предварительной записи в порядке живой очереди.

7.3. Дата, время, номер кабинета оказания Услуги указываются в дополнительном соглашении.

7.4. Срок ожидания оказания Услуги, осуществляемой в порядке живой очереди, не может превышать продолжительности режима работы Исполнителя в день оказания Услуги. Заказчик уведомлен и согласен с тем, что сроки предоставления Услуг, указанных в дополнительных соглашениях, в определенных клинических ситуациях могут сдвигаться, что повлечет смещение очередности и увеличит время ожидания. В случае невозможности оказания Услуги в назначенные дату и/или время, Стороны вправе согласовать иные дату и/или время оказания Услуги.

7.5. В случае возникновения форс-мажорных обстоятельств (неисправность (поломка) оборудования, нетрудоспособность медицинского работника, оказывающего Услугу и т.п.) срок оказания Услуг может быть перенесен Исполнителем по согласованию с Заказчиком посредством телефонной связи, по номеру, указанному в разделе 8 настоящего договора.

8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

8.1. Подписанием настоящего договора Заказчик подтверждает, что Заказчик и (или) Потребитель:

- проинформирован Исполнителем 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, а также о порядке, об объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, однако принял решение о самостоятельном обращении за получением Услуг;

- получил в доступной форме информацию об Услугах, а именно: порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении Услуг, а также информацию о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

- уведомлен, что при нахождении на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязан соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

8.2. Заказчик дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в Федеральном законе от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных", для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

8.3. Настоящий договор признается заключенным с момента его подписания сторонами и прекращается по истечении 12 месяцев с даты его заключения, но не ранее полного исполнения Сторонами, принятых на себя обязательств.

8.4. Все споры, вытекающие из настоящего договора, решаются путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

8.5. Настоящий договор составлен в 3-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один из которых находится у Исполнителя, второй – у заказчика, третий - у Потребителя.

8.6. Настоящий договор может быть изменен или расторгнут в любой момент времени по взаимному соглашению сторон.

Заказчик ознакомлен с:

- действующим Прейскурантом на медицинские услуги БУЗОО «КДЦ»;

- Правилами поведения пациентов в БУЗОО "КДЦ";

- Правилами предоставления платных медицинских услуг в БУЗОО «КДЦ».

9. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»)

Адрес: 644024, г. Омск, ул. Ильинская, 9

ИНН/КПП 5504001891/550401001

ОГРН 1025500982847

сайт <https://okd-center.ru>.

(Свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 55 номер 001439548, выдано Инспекцией Министерства Российской Федерации по налогам и сборам №2 по Центральному административному округу г. Омска 19.11.2002)

Лицензия на осуществление медицинской деятельности

№ ЛО-55-01-002389 от 27.08.2018 г., срок действия - бессрочно,

выдана Министерством здравоохранения Омской области

(г. Омск, ул. Красный Путь, д. 6, т. 7-3812-233525)

(ФИО, должность, подпись
доверенного лица Исполнителя)

Заказчик

ФИО:

Адрес места жительства: г. , ул. , д. , кв.

Иные адреса, на которые исполнитель может направить ответ на письменное обращение:

Документ, удостоверяющий личность:

паспорт гражданина РФ:

серия _____ номер _____,

выдан (кем, когда)

Телефон:

подпись Заказчика

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
к договору на предоставление платных медицинских услуг № _____

г. Омск

« ____ » _____ 20__ года

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»), в лице _____ (наименование должности и структурного подразделения) Фамилия, Имя и Отчество (при наличии), действующего на основании доверенности от _____ № _____, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка) **ФИО**, именуемый(ая) далее «Заказчик», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий настоящий дополнительное соглашение о нижеследующем:

1. Согласно пункту 2.1. договора в соответствии с настоящим Дополнительным соглашением Исполнитель оказывает Потребителю _____ **ФИО** _____ год рождения на возмездной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам профилактики, диагностики и лечения, разрешенным на территории РФ (далее - Услуги):

№ п/п	Наименование Услуги	Должность медицинского работника	Кабинет №	Дата и время оказания Услуги	Цена Услуги, руб.	Количество	Стоимость, руб.
ИТОГО:							

2. Все что не предусмотрено настоящим Дополнительным соглашением регулируется договором.
3. Настоящее дополнительное соглашение составлено в 3-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один из которых находится у Исполнителя, второй – у заказчика, третий - у Потребителя.
4. Настоящее дополнительное соглашение вступает в силу с момента его подписания и является неотъемлемой частью договора.

Исполнитель

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ») Адрес: 644024, г. Омск, ул. Ильинская,9 ИНН/КПП 5504001891/550401001 ОГРН 1025500982847 сайт <https://okd-center.ru>. (Свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 55 номер 001439548, выдано Инспекцией Министерства Российской Федерации по налогам и сборам №2 по Центральному административному округу г. Омска 19.11.2002) Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-55-01-002389 от 27.08.2018 г., срок действия - бессрочно, выдана Министерством здравоохранения Омской области (г. Омск, ул. Красный Путь, д. 6, т. 7-3812-233525)

(ФИО, должность, подпись
доверенного лица Исполнителя)

Заказчик

ФИО:
Адрес места жительства: г. , ул. , д. , кв.
Иные адреса, на которые исполнитель может направить ответ на письменное обращение: _____
Документ, удостоверяющий личность: паспорт гражданина РФ: серия _____ номер _____, выдан (кем, когда) _____
Телефон:



подпись Заказчика

ДОГОВОР
на предоставление платных медицинских услуг № _____

г. Омск

« _____ » _____ 20__ года

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны, и _____, именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны, именуемые в дальнейшем совместно и каждый в отдельности «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1. Исполнитель оказывает медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам профилактики, диагностики и лечения, разрешенным на территории РФ (далее - Услуги), третьим лицам (далее - Потребитель), направленным Заказчиком, а Заказчик оплачивает затраты, связанные с оказанием Услуг в порядке, предусмотренном настоящим договором.
- 1.2. Виды Услуг, их стоимость определяются Информацией о величине платы за оказание услуг (работ) БУЗОО «КДЦ» (далее - Прейскурант) (Приложение № 1), являющимся неотъемлемой частью настоящего договора. Цена Услуг НДС не облагается в соответствии с пп.2 п.2 ст.149 НК РФ.
- 1.3. Стороны определяют представителей, уполномоченных для разрешения вопросов, возникающих в процессе исполнения договора:
- от Исполнителя: _____ по вопросам оказания Услуг - заместитель главного врача по организационно-методической работе ФИО телефон: _____
 - по вопросам изменения, расторжения договора, а также финансовым вопросам - начальник планово-экономического отдела ФИО телефон: _____
 - от Заказчика: Должность ФИО телефон: _____

2. СТОИМОСТЬ УСЛУГИ, СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

- 2.1 Оплата за фактически оказанные Услуги производится путем безналичного перечисления в течение 7 (Семи) рабочих дней с момента выставления реестра, счета-фактуры и акта оказанных услуг на бумажном носителе.
- 2.2. Реестр, указанный в подпункте 2.1. настоящего договора содержит следующую информацию:
- дату оказания Услуги;
 - наименование Услуги в соответствии с Прейскурантом;
 - стоимость Услуги;
 - количество полученных Услуг;
 - итоговая сумма по всему реестру оказанных Услуг.

3. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ УСЛУГИ

- 3.1. Исполнитель в соответствии с лицензией оказывает первичную, в том числе доврачебную, врачебную и специализированную, медико-санитарную помощь; специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь; проводит медицинские осмотры, медицинские освидетельствования и медицинские экспертизы.
- 3.2. Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи предоставляется Потребителю перед оказанием Услуги медицинским работником, ее оказывающим.
- 3.3. Сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении Услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации размещены на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу <https://okd-center.ru>.
- 3.4. Исполнитель оказывает Услуги по настоящему Договору в помещениях Исполнителя по адресам:
- 644024, город Омск, улица Ильинская, дом 9;
 - 644015, город Омск, улица Суворова, дом 112.

4. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

- 4.1. Исполнитель оказывает Услуги в соответствии с утвержденным главным врачом режимом работы Исполнителя.
- 4.2. Предоставление Услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Потребителя на прием через контакт-центр Исполнителя по телефону: (3812) 39-04-50.
- 4.3. Дата, время, номер кабинета оказания Услуги указываются в маршрутном листе, выданном Потребителю в день оказания услуги.
- 4.4. Основанием для оказания Услуг Исполнителем является наличие от каждого Потребителя:
- направления, подписанного ответственным лицом Заказчика (Приложение № 2);
 - Согласия пациента на обработку персональных данных (Приложение № 3);
 - Информированного добровольного согласия на проведение медицинского вмешательства, включенного в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие (Приложение № 4).
- 4.5. Информация об оказанных Услугах предоставляется Исполнителем на бумажном и/или в электронном виде уполномоченному представителю Заказчика при наличии письменного согласия Потребителя (Приложение № 2).
- 4.6. В случае отсутствия письменного согласия Потребителя, информация об оказании Услуги предоставляется непосредственно Потребителю или лицу, указанному им в Информированном добровольном согласии на проведение медицинского вмешательства (Приложение № 4).
- 4.7. В случае возникновения форс-мажорных обстоятельств (неисправность (поломка) оборудования, нетрудоспособность медицинского работника, оказывающего Услугу и т.п.) срок оказания Услуг может быть перенесен Исполнителем по согласованию с Заказчиком и (или) Потребителем посредством телефонной связи, по номеру, указанному в разделе 12 настоящего договора.

5. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 5.1. Исполнитель обязан:
- 5.1.1. Предоставить квалифицированную, качественную Услугу Потребителю, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

5.1.2. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

5.1.3. По окончании оказания Услуги выдать Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения Услуги, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении Услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы. Указанные медицинские документы также подтверждают факт предоставления Исполнителем Потребителю Услуги и ее получение Потребителем.

5.1.4. Вести учет видов, сроков, объемов, стоимости оказанных Потребителю по направлению Заказчика Услуг, а также денежных средств, поступающих от Заказчика.

5.2. Заказчик обязан:

5.2.1. Ознакомить Потребителей с условиями оказания Услуг и режимом работы Исполнителя, Правилами поведения пациентов в БУЗОО «КДЦ».

5.2.2. Предоставить всю документацию на Потребителей в соответствии с пунктом 4.4. настоящего договора.

5.2.3. Своевременно оплатить стоимость Услуг, оказанных Потребителям, в соответствии с условиями раздела 2 настоящего договора.

5.2.4. Проинформировать Потребителя о необходимости:

- выполнять требования, от которых зависит качественное предоставление медицинской помощи;
- выполнять все медицинские указания, рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения, своевременно информировать медицинского работника об изменениях в состоянии здоровья (самочувствии);
- информировать медицинского работника до оказания Услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания Услуг.

6. ПРАВА СТОРОН

6.1. Исполнитель вправе:

6.1.1. Отказать в предоставлении Услуг Потребителям при:

- отсутствии сопроводительных документов, предусмотренных пунктом 4.4. настоящего договора;

- выявлении Исполнителем ненадлежащей подготовки к оказанию Услуг или ее отсутствия;

- нахождении Потребителя в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения, а также в случае если в его действиях содержится угроза здоровью или жизни персонала Исполнителя.

6.1.2. В случае возникновения неотложных состояний у Потребителя, осуществлять действия в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе принимать решение о медицинском вмешательстве в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.

6.2. Заказчик вправе:

6.2.1. Контролировать Исполнителя в рамках объемов и стоимости оказанных Услуг.

6.2.2. В любое время расторгнуть договор, оплатив Исполнителю фактические понесенные расходы, связанные с исполнением настоящего договора.

7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

7.1. Стороны несут ответственность за виновное неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. Исполнитель несет ответственность в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

7.3. Заказчик несет ответственность за просрочку оплаты Услуг в виде неустойки в размере 1/300 ставки рефинансирования Центрального Банка Российской Федерации, действующей на день оплаты, которая начисляется за каждый календарный день просрочки исполнения обязательств, начиная со дня, следующего после дня истечения установленного срока исполнения обязательства по договору. Просрочка платежа более 30 (тридцати) дней является основанием приостановления Исполнителем оказания Услуг Потребителям Заказчика до полного погашения задолженности.

7.4. Оплата неустойки не освобождает Заказчика от оплаты задолженности.

7.5. Заказчик несет имущественную ответственность за причинение ущерба Исполнителю в размере действительной стоимости поврежденного (утраченного) имущества, если такое повреждение (утрата) явилось следствием действий Потребителя. В этом случае Заказчик также обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

7.6. За нарушение санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя, повлекшее за собой причинение ущерба Исполнителю, Заказчик обязан возместить причиненные убытки.

8. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА, ОСВОБОЖДАЮЩИЕ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

8.1. При возникновении обстоятельств непреодолимой силы (пожара, стихийных бедствий, военных действий, чрезвычайного положения, террористических актов, аварий коммуникаций и сетей, поломки медицинского оборудования, отсутствия на фармацевтическом рынке необходимых препаратов и расходных материалов), возникших после заключения договора и препятствующих исполнению договора, действие договора приостанавливается до прекращения данных обстоятельств.

8.2. Обязанность доказывания возникновения таких обстоятельств лежит на Стороне договора, выполнению обязательств которой препятствует возникновение данных обстоятельств.

9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

9.1. Договор вступает в действие с момента его подписания и действует по «__» _____ 20__ года.

10. ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

9.1. Условия договора могут быть изменены и (или) дополнены путем составления дополнительного соглашения, подписанного Сторонами.

9.2. Любая из Сторон вправе досрочно расторгнуть договор в одностороннем порядке в случае существенного нарушения условий договора другой стороной.

9.3. Сторона, заинтересованная в расторжении настоящего договора, обязана известить другую Сторону о его расторжении письменно не менее чем за 30 календарных дней до предполагаемой даты его расторжения.

9.4. В случае досрочного расторжения настоящего договора Стороны должны исполнить свои обязательства, возникшие до даты его расторжения.

9.5. В случае досрочного расторжения настоящего договора Стороны производят взаиморасчет в течение десяти дней с момента прекращения его действия. Окончательный расчет производится на основании акта сверки в течение одного месяца со дня окончания срока действия договора.

11. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

11.1. Подписанием настоящего договора Заказчик подтверждает, что до заключения договора:

- проинформирован Исполнителем 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, а также о порядке, об объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, однако принял решение о самостоятельном обращении за получением Услуг;
- получил в доступной форме информацию об Услугах, а именно: порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении Услуг, а также информацию о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
- уведомлен, что Пациенты, 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 временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях;
- уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего Услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой Услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

11.2. Все документы, касающиеся настоящего договора, подписываются уполномоченными представителями Сторон. Документы, переданные посредством факсимильной связи, имеют юридическую силу при условии последующего направления оригиналов в течение 5 календарных дней почтовой связью.

11.3. Стороны обязуются в течении 3 (трех) дней уведомить друг друга об изменении своего юридического адреса, почтовых и банковских реквизитов.

11.4. Все споры, вытекающие из настоящего договора, решаются путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации по месту нахождения Исполнителя.

11.5. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

11.6. Приложения, являющиеся неотъемлемой частью настоящего договора:

Приложение № 1. Информация о величине платы за оказание услуг (работ) (Прейскурант).

Приложение № 2 Направление.

Приложение № 3. Согласие пациента на обработку персональных данных.

Приложение № 4. Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства, включенного в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие.

12. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»)

Адрес: 644024, г. Омск, ул. Ильинская, 9

ИНН/КПП 5504001891/550401001

ОГРН 1025500982847

Получатель средств: УФК по Омской области

(БУЗОО «КДЦ») л/с 006220148)

Банк получателя: Отделение Омск Банка России//

УФК по Омской области г. Омск

БИК 015209001

Казначейский счет (в поле р/счета): 03224643520000005201

Единый казначейский счет (в поле кор/счета):

40102810245370000044

КБК 00600000000000000130

сайт <https://okd-center.ru>.

телефоны: приемная 31-17-00; бухгалтерия 30-37-70;

планово-экономический отдел 30-34-10

(Свидетельство о государственной регистрации юридического

лица серия 55 номер 001439548, выдано Инспекцией

Министерства Российской Федерации по налогам и сборам № 2

по Центральному административному округу г. Омска

19.11.2002)

Лицензия на осуществление медицинской деятельности

№ ЛО-55-01-002389 от 27.08.2018 г.,

срок действия - бессрочно,

выдана Министерством здравоохранения Омской области

(г. Омск, ул. Красный Путь, д. 6, т. 7-3812-233525)

Заказчик

Наименование организации:

Адрес:

Иные адреса, на которые Исполнитель может направить ответ на письменное обращение: _____

ИНН

КПП

ОГРН

р/с

к/с

Наименование банка

л/с

БИК

Телефон:

Должность Исполнителя

ФИО

«__» _____ 20__ год

М.П.

Должность Заказчика

ФИО

«__» _____ 20__ год

М.П.

НАПРАВЛЕНИЕ
в БУЗОО «Клинический диагностический центр»

1. Фамилия _____
2. Имя, отчество _____ 3. Пол _____
4. Дата рождения (число, месяц, год) _____
5. Адрес: Район _____ город (село) _____
ул. _____ д. _____ кор. _____ кв. _____

Наименование медицинской услуги	Дата	Время	Кабинет

Должность заказчика _____ Ф.И.О. _____
М.П. _____ (подпись)

- Пациент (законный представитель пациента):
Уведомлен, что исполнитель получает информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства (его законного представителя) в момент его обращения к Исполнителю. Необходимо полное соответствие указания пациента о том, что заказчику может быть передана информация, составляющая врачебную тайну, в информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство и в направлении.
Согласен с передачей сведений о факте моего обращения (обращения моего представляемого) за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе заболевания, проведенных видах обследования и лечения и иных сведений, полученных при моем обследовании (обследовании моего представляемого) Заказчику, выдавшему данное направление.

_____ / _____ /
подпись пациента (представителя пациента) расшифровка подписи

- При себе иметь паспорт

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Субъект персональных данных, _____
(ФИО полностью)

(документ, удостоверяющий личность (свидетельство о рождении, паспорт) серия, номер, кем и
когда выдан)

Зарегистрированный (-ая) по адресу _____

(место фактического проживания) _____

В лице представителя субъекта персональных данных (заполняется в случае получения согласия от представителя субъекта персональных данных)

(ФИО полностью)

(документ, удостоверяющий личность (паспорт) серия, номер, кем и когда выдан)
Зарегистрированный (-ая) по адресу _____

(место фактического проживания)

Действующий от имени субъекта персональных данных на основании

(указать реквизиты документа)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. "О персональных данных"
№ 152-ФЗ, даю свое согласие на обработку моих персональных данных.

Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных:

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области "Клинический диагностический центр"

Адрес места нахождения: _____

Цель обработки персональных данных: оказание медицинских услуг (в том числе в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза) и осуществление иных, связанных с этим мероприятий.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Социальном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных: все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать 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), в том числе вправе обмениваться (принимать и передавать) персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС, иными организациями (в случаях, предусмотренных законом) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Я, **согласен, не согласен** (нужное подчеркнуть) на передачу в единую государственную систему в сфере здравоохранения медицинской документации и (или) сведений о состоянии здоровья гражданина в соответствии с пунктом 5.1 части 3 статьи 91.1. Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", постановлением Правительства РФ от 09.02.2022 № 140 "О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения" _____

(подпись)

Срок, в течение которого действует согласие: бессрочно.

Способ отзыва согласия: посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

(дата)

(подпись)

(ФИО)

Информированное добровольное согласие

на проведение медицинского вмешательства, включенного в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие

(на основании ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".)

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина, либо законного представителя)

« ____ » _____ г. рождения,
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина, либо законного представителя)

Проживающий по адресу _____
(указывается в случае проживания не по адресу регистрации)

В отношении _____
(ФИО пациента при подписании согласия законным представителем)

« ____ » _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента, при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее - Перечень), для получения медицинской помощи/медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть),

в _____ БУЗОО «КДЦ»
Медицинским работником _____

_____ (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

В соответствии с частью 2 статьи 91.1 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", согласно Постановления Правительства РФ от 5 мая 2018 года № 555 "О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения" (ЕГИС СЗ), при наличии согласия физического лица, обеспечить передачу сведений о лицах, которым оказывается медицинская помощь, а также о лицах, в отношении которых проводится медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования.

Я, **согласен, не согласен**, на передачу результатов моего исследования _____ (подпись)

(нужное подчеркнуть)

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти.

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись) _____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) _____ (Ф.И.О. медицинского работника)

« ____ » _____ 20__ г.
(дата оформления)

ДОГОВОР

на предоставление платных медицинских услуг № _____

г. Омск

«__» _____ 20__ года

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице должностного лица ФИО _____, действующего на основании _____, с одной стороны, и _____, именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны, именуемые в дальнейшем совместно и каждый в отдельности «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель оказывает медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам профилактики, диагностики и лечения, разрешенным на территории РФ (далее - Услуги), третьим лицам (далее - Потребитель), направленным Заказчиком, а Заказчик оплачивает затраты, связанные с оказанием медицинских услуг в порядке, предусмотренном настоящим договором.

1.2. Виды Услуг, количество и стоимость определяются спецификацией, являющейся неотъемлемой частью договора (Приложение №1).

1.3. Стороны определяют представителей, уполномоченных для разрешения вопросов, возникающих в процессе исполнения договора:

- от Исполнителя:

по вопросам оказания Услуг – заместитель главного врача по организационно-методической работе ФИО телефон:

по вопросам изменения, расторжения договора, а также финансовым вопросам – начальник планово-экономического отдела ФИО телефон:

- от Заказчика: Должность ФИО телефон.

2. СТОИМОСТЬ УСЛУГИ, СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

2.1. Стоимость Услуг составляет _____ рублей ____ копеек, НДС не облагается в соответствии с пп.2 п.2 ст.149 НК РФ и определяется согласно прейскуранту, действующему у Исполнителя (далее - Прейскурант). Прейскурант размещен на информационных стендах в помещениях Исполнителя и на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу <https://okd-center.ru>.

2.2. Оплата за фактически оказанные Услуги производится путем безналичного перечисления в течение 7 (Семи) рабочих дней с момента выставления реестра, счета-фактуры и акта оказанных услуг на бумажном носителе.

2.3. Реестр, указанный в подпункте 2.2. настоящего договора содержит следующую информацию:

- дату оказания Услуги;
- наименование Услуги в соответствии с Прейскурантом;
- стоимость Услуги;
- количество полученных Услуг;
- итоговая сумма по всему реестру оказанных Услуг.

3. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ УСЛУГИ

3.1. Исполнитель в соответствии с лицензией оказывает первичную, в том числе доврачебную, врачебную и специализированную, медико-санитарную помощь; специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь; проводит медицинские осмотры, медицинские освидетельствования и медицинские экспертизы.

3.2. Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи предоставляется Потребителю перед оказанием Услуги медицинским работником, ее оказывающим.

3.3. Сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении Услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации размещены на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу <https://okd-center.ru>.

3.4. Исполнитель оказывает Услуги по настоящему Договору в помещениях Исполнителя по адресам:

- 644024, город Омск, улица Ильинская, дом 9;
- 644015, город Омск, улица Суворова, дом 112.

4. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

4.1. Исполнитель оказывает Услуги в соответствии с утвержденным главным врачом режимом работы Исполнителя.

4.2. Предоставление Услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Потребителя на прием через контакт-центр Исполнителя по телефону: (3812) 39-04-50.

4.3. Дата, время, номер кабинета оказания Услуги указываются в маршрутном листе, выданном Потребителю в день оказания услуги.

4.4. Основанием для оказания Услуг Исполнителем является наличие от каждого Потребителя:

- направления, подписанного ответственным лицом Заказчика (Приложение № 2);
- Соглашения пациента на обработку персональных данных (Приложение № 3);
- Информированного добровольного согласия на проведение медицинского вмешательства, включенного в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие (Приложение № 4).

4.5. Информация об оказанных Услугах предоставляется Исполнителем на бумажном и/или в электронном виде уполномоченному представителю Заказчика при наличии письменного согласия Потребителя (Приложение № 2).

4.6. В случае отсутствия письменного согласия Потребителя, информация об оказании Услуги предоставляется непосредственно Потребителю или лицу, указанному им в Информированном добровольном согласии на проведение медицинского вмешательства (Приложение № 4).

4.7. В случае возникновения форс-мажорных обстоятельств (неисправность (поломка) оборудования, нетрудоспособность медицинского работника, оказывающего Услугу и т.п.) срок оказания Услуг может быть перенесен Исполнителем по согласованию с Заказчиком и (или) Потребителем посредством телефонной связи, по номеру, указанному в разделе 12 настоящего договора.

5. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

5.1. Исполнитель обязан:

5.1.1. Предоставить квалифицированную, качественную Услугу Потребителю, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи.

утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

5.1.2. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

5.1.3. По окончании оказания Услуги выдать Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения Услуги, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении Услуги лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы. Указанные медицинские документы также подтверждают факт предоставления Исполнителем Потребителю Услуги и ее получение Потребителем.

5.1.4. Вести учет видов, сроков, объемов, стоимости оказанных Потребителю по направлению Заказчика Услуг, а также денежных средств, поступающих от Заказчика.

5.2. Заказчик обязан:

5.2.1. Ознакомить Потребителей с условиями оказания Услуг и режимом работы Исполнителя, Правилами поведения пациентов в БУЗОО «КДЦ».

5.2.2. Предоставить всю документацию на Потребителей в соответствии с пунктом 4.4. настоящего договора.

5.2.3. Своевременно оплатить стоимость Услуг, оказанных Потребителям, в соответствии с условиями раздела 2 настоящего договора.

5.2.4. Проинформировать Потребителя о необходимости:

- выполнять требования, от которых зависит качественное предоставление Услуги;
- выполнять все медицинские указания, рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения, своевременно информировать медицинского работника об изменениях в состоянии здоровья (самочувствии);
- информировать медицинского работника до оказания Услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания Услуг.

6. ПРАВА СТОРОН

6.1. Исполнитель вправе:

6.1.1. Отказать в предоставлении Услуг Потребителям при:

- отсутствии сопроводительных документов, предусмотренных пунктом 4.4. настоящего договора;
- выявлении Исполнителем ненадлежащей подготовки к оказанию Услуг или ее отсутствия;
- нахождении Потребителя в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения, а также в случае если в его действиях содержится угроза здоровью или жизни персонала Исполнителя.

6.1.2. В случае возникновения неотложных состояний у Потребителя, осуществлять действия в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе принимать решение о медицинском вмешательстве в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.

6.2. Заказчик вправе:

6.2.1. Контролировать Исполнителя в рамках объемов и стоимости оказанных Услуг.

6.2.2. В любое время расторгнуть договор, оплатив Исполнителю фактические понесенные расходы, связанные с исполнением настоящего договора.

7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

7.1. Стороны несут ответственность за виновное неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. Исполнитель несет ответственность в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

7.3. Заказчик несет ответственность за просрочку оплаты Услуг в виде неустойки в размере 1/300 ставки рефинансирования Центрального Банка Российской Федерации, действующей на день оплаты, которая начисляется за каждый календарный день просрочки исполнения обязательств, начиная со дня, следующего после дня истечения установленного срока исполнения обязательства по договору. Просрочка платежа более 30 (тридцати) дней является основанием приостановления Исполнителем оказания Услуг Потребителям Заказчика до полного погашения задолженности.

7.4. Оплата неустойки не освобождает Заказчика от оплаты задолженности.

7.5. Заказчик несет имущественную ответственность за причинение ущерба Исполнителю в размере действительной стоимости поврежденного (утраченного) имущества, если такое повреждение (утрата) явилось следствием действий Потребителя. В этом случае Заказчик также обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

7.6. За нарушение санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя, повлекшее за собой причинение ущерба Исполнителю, Заказчик обязан возместить причиненные убытки.

8. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА, ОСВОБОЖДАЮЩИЕ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

8.1. При возникновении обстоятельств непреодолимой силы (пожара, стихийных бедствий, военных действий, чрезвычайного положения, террористических актов, аварий коммуникаций и сетей, поломки медицинского оборудования, отсутствия на фармацевтическом рынке необходимых препаратов и расходных материалов), возникших после заключения договора и препятствующих исполнению договора, действие договора приостанавливается до прекращения данных обстоятельств.

8.2. Обязанность доказывания возникновения таких обстоятельств лежит на Стороне договора, выполнению обязательств которой препятствует возникновение данных обстоятельств.

9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

9.1. Договор вступает в действие с момента его подписания и действует по «___» _____ 20__ года.

10. ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

9.1. Условия договора могут быть изменены и (или) дополнены путем составления дополнительного соглашения, подписанного Сторонами.

9.2. Любая из Сторон вправе досрочно расторгнуть договор в одностороннем порядке в случае существенного нарушения условий договора другой стороной.

9.3. Сторона, заинтересованная в расторжении настоящего договора, обязана известить другую Сторону о его расторжении письменно не менее чем за 30 календарных дней до предполагаемой даты его расторжения.

9.4. В случае досрочного расторжения настоящего договора Стороны должны исполнить свои обязательства, возникшие до даты его расторжения.

9.5. В случае досрочного расторжения настоящего договора Стороны производят взаиморасчет в течение десяти дней с момента прекращения его действия. Окончательный расчет производится на основании акта сверки в течение одного месяца со дня окончания срока действия договора.

11. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

- 11.1. Подписанием настоящего договора Заказчик подтверждает, что до заключения договора:
- проинформирован Исполнителем 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, а также о порядке, об объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, однако принял решение о самостоятельном обращении за получением Услуг;
 - получил в доступной форме информацию об Услугах, а именно: порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информацию о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
 - уведомлен, что Пациенты, 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 временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях;
 - уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего Услуги), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой Услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.
- 11.2. Все документы, касающиеся настоящего договора, подписываются уполномоченными представителями Сторон. Документы, переданные посредством факсимильной связи, имеют юридическую силу при условии последующего направления оригиналов в течение 5 календарных дней почтовой связью.
- 11.3. Стороны обязуются в течении 3 (трех) дней уведомить друг друга об изменении своего юридического адреса, почтовых и банковских реквизитов.
- 11.4. Все споры, вытекающие из настоящего договора, решаются путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации по месту нахождения Исполнителя.
- 11.5. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.
- 11.6. Приложения, являющиеся неотъемлемой частью настоящего договора:
- Приложение № 1. Спецификация.
- Приложение № 2 Направление.
- Приложение № 3. Согласие пациента на обработку персональных данных.
- Приложение № 4. Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства, включенного в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие.

12. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»)

Адрес: 644024, г. Омск, ул. Ильинская, 9

ИНН/КПП 5504001891/550401001

ОГРН 1025500982847

Получатель средств: УФК по Омской области
(БУЗОО «КДЦ») л/с 006220148)

Банк получателя: Отделение Омск Банка России//

УФК по Омской области г. Омск

БИК 015209001

Казначейский счет (в поле р/счета): 03224643520000005201

Единый казначейский счет (в поле кор/счета):

40102810245370000044

КБК 00600000000000000130

сайт <https://okd-center.ru>.

телефоны: приемная 31-17-00; бухгалтерия 30-37-70;

планово-экономический отдел 30-34-10

(Свидетельство о государственной регистрации юридического

лица серия 55 номер 001439548, выдано Инспекцией

Министерства Российской Федерации по налогам и сборам № 2

по Центральному административному округу г. Омска

19.11.2002)

Лицензия на осуществление медицинской деятельности

№ ЛО-55-01-002389 от 27.08.2018 г.,

срок действия - бессрочно,

выдана Министерством здравоохранения Омской области

(г. Омск, ул. Красный Путь, д. 6, т. 7-3812-233525)

Заказчик

Наименование организации:

Адрес:

Иные адреса, на которые Исполнитель может направить
ответ на письменное обращение: _____

ИНН

КПП

ОГРН

р/с

к/с

Наименование банка

л/с

БИК

Телефон:

Должность Исполнителя

ФИО

«__» _____ 20__ год

М.П.

Должность Заказчика

ФИО

«__» _____ 20__ год

М.П.

СПЕЦИФИКАЦИЯ

№ п/п	Наименование Услуги	Цена Услуги, руб.	Количество	Стоимость, руб.
ИТОГО:				

Исполнитель

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»)

Должность Исполнителя

ФИО
«__» _____ 20__ год
М.П.

Заказчик

Наименование организации:

Должность Заказчика

ФИО
«__» _____ 20__ год
М.П.

НАПРАВЛЕНИЕ
в БУЗОО «Клинический диагностический центр»

1. Фамилия _____

2. Имя, отчество _____ 3. Пол _____

4. Дата рождения (число, месяц, год) _____

5. Адрес: Район _____ город (село) _____

ул. _____ д. _____ кор. _____ кв. _____

Наименование медицинской услуги	Дата	Время	Кабинет

Должность заказчика _____ Ф.И.О. _____
М.П. _____ (подпись)

- Пациент (законный представитель пациента):

Уведомлен, что исполнитель получает информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства (его законного представителя) в момент его обращения к Исполнителю. Необходимо полное соответствие указания пациента о том, что заказчику может быть передана информация, составляющая врачебную тайну, в информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство и в направлении.

Согласен с передачей сведений о факте моего обращения (обращения моего представляемого) за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе заболевания, проведенных видах обследования и лечения и иных сведений, полученных при моем обследовании (обследовании моего представляемого) Заказчику, выдавшему данное направление.

_____/_____/_____
подпись пациента (представителя пациента) расшифровка подписи

- При себе иметь паспорт

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Субъект персональных данных, _____
(ФИО полностью)

(документ, удостоверяющий личность (свидетельство о рождении, паспорт) серия, номер, кем и когда выдан)

Зарегистрированный (-ая) по адресу _____

(место фактического проживания) _____

В лице представителя субъекта персональных данных (заполняется в случае получения согласия от представителя субъекта персональных данных)
_____ (ФИО полностью)
_____ (документ, удостоверяющий личность (паспорт) серия, номер, кем и когда выдан)
Зарегистрированный (-ая) по адресу _____
_____ (место фактического проживания)
Действующий от имени субъекта персональных данных на основании
_____ (указать реквизиты документа)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, даю свое согласие на обработку моих персональных данных.

Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных:

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области "Клинический диагностический центр"

Адрес места нахождения: _____

Цель обработки персональных данных: оказание медицинских услуг (в том числе в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза) и осуществление иных, связанных с этим мероприятий.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Социальном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных: все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать 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), в том числе вправе обмениваться (принимать и передавать) персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС, иными организациями (в случаях, предусмотренных законом) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Я, **согласен, не согласен** (нужное подчеркнуть) на передачу в единую государственную систему в сфере здравоохранения медицинской документации и (или) сведений о состоянии здоровья гражданина в соответствии с пунктом 5.1 части 3 статьи 91.1. Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", постановлением Правительства РФ от 09.02.2022 № 140 "О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения" _____

(подпись)

Срок, в течение которого действует согласие: бессрочно.

Способ отзыва согласия: посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

(дата)

(подпись)

(ФИО)

Информированное добровольное согласие

на проведение медицинского вмешательства, включенного в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие

(на основании ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".)

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина, либо законного представителя)

« ____ » _____ г. рождения,
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина, либо законного представителя)

Проживающий по адресу _____
(указывается в случае проживания не по адресу регистрации)

В отношении _____
(ФИО пациента при подписании согласия законным представителем)

« ____ » _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента, при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее - Перечень), для получения медицинской помощи/медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть),

в _____ БУЗОО «КДЦ»
Медицинским работником _____

_____ (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

В соответствии с частью 2 статьи 91.1 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", согласно Постановления Правительства РФ от 5 мая 2018 года № 555 "О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения" (ЕГИС СЗ), при наличии согласия физического лица, обеспечить передачу сведений о лицах, которым оказывается медицинская помощь, а также о лицах, в отношении которых проводится медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования.

Я, **согласен, не согласен**, на передачу результатов моего исследования _____ (подпись)
(нужное подчеркнуть)

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти.

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись) _____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) _____ (Ф.И.О. медицинского работника)

« ____ » _____ 20 ____ г.
(дата оформления)

ДОГОВОР
на предоставление платных медицинских услуг № _____

г. Омск

« ____ » _____ 20__ года

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, ФИО _____, действующего на основании _____, с одной стороны, и _____, именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны, именуемые в дальнейшем совместно и каждый в отдельности «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1. Исполнитель оказывает лабораторные исследования (далее - Услуги), третьим лицам (далее - Потребитель), направленным Заказчиком, а Заказчик оплачивает затраты, связанные с оказанием Услуг в порядке, предусмотренном настоящим договором.
- 1.2. Виды Услуг, количество и стоимость определяются спецификацией, являющейся неотъемлемой частью договора (Приложение № 1).
- 1.3. Стороны определяют представителей, уполномоченных для разрешения вопросов, возникающих в процессе исполнения договора:
- от Исполнителя: _____ по вопросам оказания Услуг – заместитель главного врача по организационно-методической работе ФИО телефон: _____
 - по вопросам изменения, расторжения договора, а также финансовым вопросам – начальник планово-экономического отдела ФИО телефон: _____
 - от Заказчика: Должность ФИО телефон: _____

2. СТОИМОСТЬ УСЛУГИ, СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

- 2.1. Стоимость Услуг составляет _____ рублей _____ копеек, НДС не облагается в соответствии с пп.2 п.2 ст.149 НК РФ и определяется согласно прейскуранту, действующему у Исполнителя (далее - Прейскурант). Прейскурант размещен на информационных стендах в помещениях Исполнителя и на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу <https://okd-center.ru>.
- 2.2. Оплата за фактически оказанные Услуги производится путем безналичного перечисления в течение 7 (Семи) рабочих дней с момента выставления реестра, счета-фактуры и акта оказанных услуг на бумажном носителе.
- 2.3. Реестр, указанный в подпункте 2.2. настоящего договора содержит следующую информацию:
- дату оказания Услуги;
 - наименование Услуги в соответствии с Прейскурантом;
 - стоимость Услуги;
 - количество полученных Услуг;
 - итоговая сумма по всему реестру оказанных Услуг.

3. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ УСЛУГИ

- 3.1. Исполнитель в соответствии с лицензией оказывает первичную, в том числе доврачебную, врачебную и специализированную, медико-санитарную помощь; специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь; проводит медицинские осмотры, медицинские освидетельствования и медицинские экспертизы.
- 3.2. Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи предоставляется Потребителю перед оказанием Услуги медицинским работником, ее оказывающим.
- 3.3. Сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении Услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации размещены на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу <https://okd-center.ru>.
- 3.4. Исполнитель оказывает Услуги по настоящему Договору в помещениях Исполнителя по адресам:
- 644024, город Омск, улица Ильинская, дом 9;
 - 644015, город Омск, улица Суворова, дом 112.

4. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

- 4.1. Исполнитель оказывает Услуги в соответствии с утвержденным главным врачом режимом работы Исполнителя.
- 4.2. Предоставление Услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Потребителя на прием через контакт-центр Исполнителя по телефону: (3812) 39-04-50 в случае забора биоматериала по месту нахождения Исполнителя.
- 4.3. Дата, время, номер кабинета оказания Услуги указываются в маршрутном листе, выданном Потребителю в день оказания услуги.
- 4.4. Основанием для оказания Услуг Исполнителем является наличие от каждого Потребителя:
- направления, подписанного ответственным лицом Заказчика (в случае забора биоматериала по месту нахождения Исполнителя) (Приложение № 2) или список Потребителей услуг (в случае забора биоматериала по месту нахождения Заказчика) (Приложение № 2);
 - Соглашения пациента на обработку персональных данных (Приложение № 3);
 - Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство Забор материала (мазок из носо- и ротоглотки) на коронавирусную инфекцию (Приложение № 4).
- 4.5. Информация об оказанных Услугах предоставляется Исполнителем на бумажном и/или в электронном виде уполномоченному представителю Заказчика при наличии письменного согласия Потребителя (Приложение № 2).
- 4.6. В случае отсутствия письменного согласия Потребителя, информация об оказании Услуги предоставляется непосредственно Потребителю или лицу, указанному им в Информированном добровольном согласии на проведение медицинского вмешательства (Приложение № 4).
- 4.7. В случае возникновения форс-мажорных обстоятельств (неисправность (поломка) оборудования, нетрудоспособность медицинского работника, оказывающего Услугу и т.п.) срок оказания Услуги может быть перенесен Исполнителем по согласованию с Заказчиком и (или) Потребителем посредством телефонной связи, по номеру, указанному в разделе 12 настоящего договора.

5. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

5.1. Исполнитель обязан:

- 5.1.1. Предоставить квалифицированную, качественную Услугу Потребителю, в соответствии с требованиями стандарта ГОСТ Р ИСО 15189-2015 «Лаборатории медицинские. Частное требование к качеству и компетентности».

5.1.2. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

5.1.3. По окончании оказания Услуги выдать Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения Услуги, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении Услуги лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы. Указанные медицинские документы также подтверждают факт предоставления Исполнителем Потребителю Услуги и ее получение Потребителем.

5.1.4. В случае согласования забора биоматериала на территории Заказчика, обеспечить выезд работника(ов) БУЗОО «КДЦ» по месту нахождения Заказчика для забора биоматериала в том случае, если количество Потребителей Услуг не менее 50-ти человек.

5.1.5. Вести учет видов, сроков, объемов, стоимости оказанных Потребителю по направлению Заказчика Услуг, а также денежных средств, поступающих от Заказчика.

5.2. Заказчик обязан:

5.2.1. Ознакомить Потребителей с условиями оказания Услуг и режимом работы Исполнителя, Правилами поведения пациентов в БУЗОО «КДЦ».

5.2.2. Предоставить всю документацию на Потребителей в соответствии с пунктом 4.4. настоящего договора.

5.2.3. Своевременно оплатить стоимость Услуг, оказанных Потребителям, в соответствии с условиями раздела 2 настоящего договора.

5.2.4. В случае согласования забора биоматериала на территории Заказчика, обеспечить количество Потребителей Услуг не менее 50-ти человек.

5.2.5. Проинформировать Потребителя о необходимости:

- выполнять требования, от которых зависит качественное предоставление Услуги;

- выполнять все медицинские указания, рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения, своевременно информировать медицинского работника об изменениях в состоянии здоровья (самочувствии);

- информировать медицинского работника до оказания Услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания Услуги.

6. ПРАВА СТОРОН

6.1. Исполнитель вправе:

6.1.1. Отказать в предоставлении Услуг Потребителям при:

- отсутствии сопроводительных документов, предусмотренных пунктом 4.4. настоящего договора;

- выявлении Исполнителем ненадлежащей подготовки к оказанию Услуг или ее отсутствия;

- нахождении Потребителя в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения, а также в случае если в его действиях содержится угроза здоровью или жизни персонала Исполнителя.

6.1.2. В случае возникновения неотложных состояний у Потребителя, осуществлять действия в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе принимать решение о медицинском вмешательстве в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.

6.2. Заказчик вправе:

6.2.1. Контролировать Исполнителя в рамках объемов и стоимости оказанных Услуг.

6.2.2. В любое время расторгнуть договор, оплатив Исполнителю фактические понесенные расходы, связанные с исполнением настоящего договора.

7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

7.1. Стороны несут ответственность за виновное неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. Исполнитель несет ответственность в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

7.3. Заказчик несет ответственность за просрочку оплаты Услуг в виде неустойки в размере 1/300 ставки рефинансирования Центрального Банка Российской Федерации, действующей на день оплаты, которая начисляется за каждый календарный день просрочки исполнения обязательств, начиная со дня, следующего после дня истечения установленного срока исполнения обязательства по договору. Просрочка платежа более 30 (тридцати) дней является основанием приостановления Исполнителем оказания Услуг Потребителям Заказчика до полного погашения задолженности.

7.4. Оплата неустойки не освобождает Заказчика от оплаты задолженности.

7.5. Заказчик несет имущественную ответственность за причинение ущерба Исполнителю в размере действительной стоимости поврежденного (утраченного) имущества, если такое повреждение (утрата) явилось следствием действий Потребителя. В этом случае Заказчик также обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

7.6. За нарушение санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя, повлекшее за собой причинение ущерба Исполнителю, Заказчик обязан возместить причиненные убытки.

8. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА, ОСВОБОЖДАЮЩИЕ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

8.1. При возникновении обстоятельств непреодолимой силы (пожара, стихийных бедствий, военных действий, чрезвычайного положения, террористических актов, аварий коммуникаций и сетей, поломки медицинского оборудования, отсутствия на фармацевтическом рынке необходимых препаратов и расходных материалов), возникших после заключения договора и препятствующих исполнению договора, действие договора приостанавливается до прекращения данных обстоятельств.

8.2. Обязанность доказывания возникновения таких обстоятельств лежит на Стороне договора, выполнению обязательств которой препятствует возникновение данных обстоятельств.

9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

9.1. Договор вступает в действие с момента его подписания и действует по «__» _____ 20__ года.

10. ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

9.1. Условия договора могут быть изменены и (или) дополнены путем составления дополнительного соглашения, подписанного Сторонами.

9.2. Любая из Сторон вправе досрочно расторгнуть договор в одностороннем порядке в случае существенного нарушения условий договора другой стороной.

9.3. Сторона, заинтересованная в расторжении настоящего договора, обязана известить другую Сторону о его расторжении письменно не менее чем за 30 календарных дней до предполагаемой даты его расторжения.

9.4. В случае досрочного расторжения настоящего договора Стороны должны исполнить свои обязательства, возникшие до даты его расторжения.

9.5. В случае досрочного расторжения настоящего договора Стороны производят взаиморасчет в течение десяти дней с момента прекращения его действия. Окончательный расчет производится на основании акта сверки в течение одного месяца со дня окончания срока действия договора.

11. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

11.1. Подписанием настоящего договора Заказчик подтверждает, что до заключения договора:

- проинформирован Исполнителем 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, а также о порядке, об объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, однако принял решение о самостоятельном обращении за получением Услуг;
- получил в доступной форме информацию об Услугах, а именно: порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении Услуг, а также информацию о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
- уведомлен, что Пациенты, 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 временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях;
- уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего Услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой Услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

11.2. Все документы, касающиеся настоящего договора, подписываются уполномоченными представителями Сторон. Документы, переданные посредством факсимильной связи, имеют юридическую силу при условии последующего направления оригиналов в течение 5 календарных дней почтовой связью.

11.3. Стороны обязуются в течении 3 (трех) дней уведомить друг друга об изменении своего юридического адреса, почтовых и банковских реквизитов.

11.4. Все споры, вытекающие из настоящего договора, решаются путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации по месту нахождения Исполнителя.

11.5. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

11.6. Приложения, являющиеся неотъемлемой частью настоящего договора:

Приложение № 1. Спецификация.

Приложение № 2 Направление или Список Потребителей Услуг.

Приложение № 3. Согласие пациента на обработку персональных данных.

Приложение № 4. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство Забор материала (мазок из носо- и ротоглотки) на коронавирусную инфекцию.

12. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»)

Адрес: 644024, г. Омск, ул. Ильинская, 9
ИНН/КПП 5504001891/550401001

ОГРН 1025500982847

Получатель средств: УФК по Омской области
(БУЗОО «КДЦ» л/с 006220148)

Банк получателя: Отделение Омск Банка России//

УФК по Омской области г. Омск

БИК 015209001

Казначейский счет (в поле р/счета): 0322464352000005201

Единый казначейский счет (в поле кор/счета):

40102810245370000044

КБК 00600000000000000130

сайт <https://okd-center.ru>.

телефоны: приемная 31-17-00; бухгалтерия 30-37-70;

планово-экономический отдел 30-34-10

(Свидетельство о государственной регистрации юридического

лица серия 55 номер 001439548, выдано Инспекцией

Министерства Российской Федерации по налогам и сборам № 2

по Центральному административному округу г. Омска

19.11.2002)

Лицензия на осуществление медицинской деятельности

№ ЛО-55-01-002389 от 27.08.2018 г.,

срок действия - бессрочно,

выдана Министерством здравоохранения Омской области

(г. Омск, ул. Красный Путь, д. 6, т. 7-3812-233525)

Заказчик

Наименование организации:

Адрес:

Иные адреса, на которые Исполнитель может направить ответ на письменное обращение: _____

ИНН

КПП

ОГРН

р/с

к/с

Наименование банка

л/с

БИК

Телефон:

Должность Исполнителя

ФИО

«__» ____ 20__ год

М.П.

Должность Заказчика

ФИО

«__» ____ 20__ год

М.П.

СПЕЦИФИКАЦИЯ

№ п/п	Наименование Услуги	Цена Услуги, руб.	Количество	Стоимость, руб.
ИТОГО:				

Исполнитель

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»)

Должность Исполнителя

_____ ФИО
«__» _____ 20__ год
М.П.

Заказчик

Наименование организации:

Должность Заказчика

_____ ФИО
«__» _____ 20__ год
М.П.

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Субъект персональных данных, _____
(ФИО полностью)

_____ (документ, удостоверяющий личность (свидетельство о рождении, паспорт) серия, номер, кем и когда выдан)

Зарегистрированный (-ая) по адресу _____

(место фактического проживания) _____

В лице представителя субъекта персональных данных (заполняется в случае получения согласия от представителя субъекта персональных данных)

_____ (ФИО полностью)

_____ (документ, удостоверяющий личность (паспорт) серия, номер, кем и когда выдан)

Зарегистрированный (-ая) по адресу _____

(место фактического проживания) _____

Действующий от имени субъекта персональных данных на основании

_____ (указать реквизиты документа)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, даю свое согласие на обработку моих персональных данных.

Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных:

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области "Клинический диагностический центр"

Адрес места нахождения: _____

Цель обработки персональных данных: оказание медицинских услуг (в том числе в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза) и осуществление иных, связанных с этим мероприятий.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Социальном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных: все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать 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), в том числе вправе обмениваться (принимать и передавать) персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС, иными организациями (в случаях, предусмотренных законом) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Я, **согласен, не согласен** (нужное подчеркнуть) на передачу в единую государственную систему в сфере здравоохранения медицинской документации и (или) сведений о состоянии здоровья гражданина в соответствии с пунктом 5.1 части 3 статьи 91.1. Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", постановлением Правительства РФ от 09.02.2022 № 140 "О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения" _____

(подпись)

Срок, в течение которого действует согласие: бессрочно.

Способ отзыва согласия: посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

_____ (дата)

_____ (подпись)

_____ (ФИО)

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
Забор материала (мазок из носо-и ротоглотки) на коронавирусную инфекцию**

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

"_____" _____ г. рождения,
зарегистрированный по адресу: _____

Адрес фактического проживания: _____

Контактный телефон: _____

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)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство:

Забор материала (мазок из носо-и ротоглотки) на коронавирусную инфекцию

Медицинским работником _____
(ФИО медицинской сестры)

в доступной для меня форме разъяснены цели, метод проведения медицинского вмешательства, связанный с ним риск, последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты проведения медицинского вмешательства.

Я сообщил(а) достоверные сведения о наличии у меня (ребенка или лица, признанного недееспособным) сопутствующих заболеваний и операций, перенесенных ранее, перечислил(а) все жалобы и особые реакции на лекарственные препараты.

Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения.

Я предупрежден о том, что при выявлении у меня (или лица, законным представителем которого я являюсь) положительного результата исследования на коронавирусную инфекцию, сотрудниками БУЗОО «КДЦ» будет направлено экстренное извещение в Управление Роспотребнадзора по Омской области (ФЗ от 30.03.1999 № 52 «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», п.12.1 Санитарно-эпидемиологических правил 3.1/3.2.3146-13 «Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней», Постановление Правительства России от 31 января 2020 г. N 66 «О внесении изменений в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих»).

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства, или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись)

_____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)
" ____ " _____ г.
(дата оформления)

Результаты исследования заберу лично на справочном при предъявлении паспорта _____
(подпись)

прошу выдать указанному лицу при предъявлении
паспорта _____
(Ф.И.О.)

прошу сообщить на адрес электронной почты _____
(заполнять разборчиво и ТОЛЬКО печатными буквами)

Подпись пациента/законного представителя _____

Согласно п.2 Постановления Правительства РФ от 27.03.2021года № 452 « Об обеспечении уведомления физических лиц о результатах исследований на наличие возбудителя новой коронавирусной инфекции (COVID-19) с использованием Федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций) и обмена информацией о результатах таких исследований», организациям осуществляющим исследования на наличие возбудителя новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции, на наличие антител к возбудителю новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (любым из методов), на наличие антител после вакцинации путем определения специальными тестами, при наличии согласия физического лица обеспечить передачу сведений о результатах таких исследований в федеральное бюджетное учреждение науки "Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии" Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Я, **согласен, не согласен**, на передачу результатов моего исследования _____ (подпись)
(нужное подчеркнуть)

ДОГОВОР

на предоставление платных медицинских услуг № _____

г. Омск

« ____ » _____ 20 ____ года

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, ФИО _____, действующего на основании _____, и _____, именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны, именуемые в дальнейшем совместно и каждый в отдельности «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1. Исполнитель оказывает лабораторные исследования (далее - Услуги), третьим лицам (далее - Потребитель), направленным Заказчиком, а Заказчик оплачивает затраты, связанные с оказанием Услуг в порядке, предусмотренном настоящим договором.
- 1.2. Виды Услуг, количество и стоимость определяются спецификацией, являющейся неотъемлемой частью договора (Приложение № 1).
- 1.3. Стороны определяют представителей, уполномоченных для разрешения вопросов, возникающих в процессе исполнения договора:
- от Исполнителя:
по вопросам оказания Услуг – заместитель главного врача по организационно-методической работе ФИО телефон:
 - по вопросам изменения, расторжения договора, а также финансовым вопросам – начальник планово-экономического отдела ФИО телефон:
 - от Заказчика: Должность ФИО телефон.

2. СТОИМОСТЬ УСЛУГИ, СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

- 2.1. Стоимость Услуг составляет _____ рублей _____ копеек, НДС не облагается в соответствии с п.2 п.2 ст.149 НК РФ и определяется согласно прейскуранту, действующему у Исполнителя (далее - Прейскурант). Прейскурант размещен на информационных стендах в помещениях Исполнителя и на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу <https://okd-center.ru>.
- 2.2. Оплата за фактически оказанные Услуги производится путем безналичного перечисления в течение 7 (Семи) рабочих дней с момента выставления реестра, счета-фактуры и акта оказанных услуг на бумажном носителе.
- 2.3. Реестр, указанный в подпункте 2.2. настоящего договора содержит следующую информацию:
- дату оказания Услуги;
 - наименование Услуги в соответствии с Прейскурантом;
 - стоимость Услуги;
 - количество полученных Услуг;
 - итоговая сумма по всему реестру оказанных Услуг.

3. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ УСЛУГИ

- 3.1. Исполнитель в соответствии с лицензией оказывает первичную, в том числе доврачебную, врачебную и специализированную, медико-санитарную помощь; специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь; проводит медицинские осмотры, медицинские освидетельствования и медицинские экспертизы.
- 3.2. Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи предоставляется Потребителю перед оказанием Услуги медицинским работником, ее оказывающим.
- 3.3. Сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении Услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации размещены на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу <https://okd-center.ru>.
- 3.4. Исполнитель оказывает Услуги по настоящему Договору в помещениях Исполнителя по адресам:
- 644024, город Омск, улица Ильинская, дом 9;
 - 644015, город Омск, улица Суворова, дом 112.

4. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

- 4.1. Исполнитель оказывает Услуги в соответствии с утвержденным главным врачом режимом работы Исполнителя.
- 4.2. Предоставление Услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Потребителя на прием через контакт-центр Исполнителя по телефону: (3812) 39-04-50 в случае забора биоматериала по месту нахождения Исполнителя.
- 4.3. Дата, время, номер кабинета оказания Услуги указываются в маршрутном листе, выданном Потребителю в день оказания услуги.
- 4.4. Основанием для оказания Услуг Исполнителем является наличие от каждого Потребителя:
- направления, подписанного ответственным лицом Заказчика (в случае забора биоматериала по месту нахождения Исполнителя) (Приложение № 2) или список Потребителей услуг (в случае забора биоматериала по месту нахождения Заказчика) (Приложение № 2);
 - Согласия пациента на обработку персональных данных (Приложение № 3);
 - Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство Забор крови на определение антител к вирусу SARS-CoV-2 (Приложение № 4).
- 4.5. Информация об оказанных Услугах предоставляется Исполнителем на бумажном носителе или в электронном виде уполномоченному представителю Заказчика при наличии письменного согласия Потребителя (Приложение № 2).
- 4.6. В случае отсутствия письменного согласия Потребителя, информация об оказании Услуги предоставляется непосредственно Потребителю или лицу, указанному им в Информированном добровольном согласии на проведение медицинского вмешательства (Приложение № 4).
- 4.7. В случае возникновения форс-мажорных обстоятельств (неисправность (поломка) оборудования, нетрудоспособность медицинского работника, оказывающего Услугу и т.п.) срок оказания Услуг может быть перенесен Исполнителем по согласованию с Заказчиком и (или) Потребителем посредством телефонной связи, по номеру, указанному в разделе 12 настоящего договора.

5. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 5.1. Исполнитель обязан:
- 5.1.1. Предоставить квалифицированную, качественную Услугу Потребителю, в соответствии с требованиями стандарта ГОСТ Р ИСО 15189-2015 «Лаборатории медицинские. Частное требование к качеству и компетентности».

5.1.2. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

5.1.3. По окончании оказания Услуги выдать Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения Услуги, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении Услуги лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы. Указанные медицинские документы также подтверждают факт предоставления Исполнителем Потребителю Услуги и ее получение Потребителем.

5.1.4. В случае согласования забора биоматериала на территории Заказчика, обеспечить выезд работника(ов) БУЗОО «КДЦ» по месту нахождения Заказчика для забора биоматериала в том случае, если количество Потребителей услуг не менее 50-ти человек.

5.1.5. Вести учет видов, сроков, объемов, стоимости оказанных Потребителю по направлению Заказчика Услуг, а также денежных средств, поступающих от Заказчика.

5.2. Заказчик обязан:

5.2.1. Ознакомить Потребителей с условиями оказания Услуг и режимом работы Исполнителя, Правилами поведения пациентов в БУЗОО «КДЦ».

5.2.2. Предоставить всю документацию на Потребителей в соответствии с пунктом 4.4. настоящего договора.

5.2.3. Своевременно оплатить стоимость Услуг, оказанных Потребителям, в соответствии с условиями раздела 2 настоящего договора.

5.2.4. В случае согласования забора биоматериала на территории Заказчика, обеспечить количество Потребителей услуг не менее 50-ти человек.

5.2.5. Проинформировать Потребителя о необходимости:

- выполнять требования, от которых зависит качественное предоставление Услуги;
- выполнять все медицинские указания, рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения, своевременно информировать медицинского работника об изменениях в состоянии здоровья (самочувствии);
- информировать медицинского работника до оказания Услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания Услуг.

6. ПРАВА СТОРОН

6.1. Исполнитель вправе:

6.1.1. Отказать в предоставлении Услуг Потребителям при:

- отсутствии сопроводительных документов, предусмотренных пунктом 4.4. настоящего договора;
- выявлении Исполнителем ненадлежащей подготовки к оказанию Услуг или ее отсутствия;
- нахождении Потребителя в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения, а также в случае если в его действиях содержится угроза здоровью или жизни персонала Исполнителя.

6.1.2. В случае возникновения неотложных состояний у Потребителя, осуществлять действия в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе принимать решение о медицинском вмешательстве в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.

6.2. Заказчик вправе:

6.2.1. Контролировать Исполнителя в рамках объемов и стоимости оказанных Услуг.

6.2.2. В любое время расторгнуть договор, оплатив Исполнителю фактические понесенные расходы, связанные с исполнением настоящего договора.

7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

7.1. Стороны несут ответственность за виновное неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. Исполнитель несет ответственность в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

7.3. Заказчик несет ответственность за просрочку оплаты Услуг в виде неустойки в размере 1/300 ставки рефинансирования Центрального Банка Российской Федерации, действующей на день оплаты, которая начисляется за каждый календарный день просрочки исполнения обязательств, начиная со дня, следующего после дня истечения установленного срока исполнения обязательства по договору. Просрочка платежа более 30 (тридцати) дней является основанием приостановления Исполнителем оказания Услуг Потребителям Заказчика до полного погашения задолженности.

7.4. Оплата неустойки не освобождает Заказчика от оплаты задолженности.

7.5. Заказчик несет имущественную ответственность за причинение ущерба Исполнителю в размере действительной стоимости поврежденного (утраченного) имущества, если такое повреждение (утрата) явилось следствием действий Потребителя. В этом случае Заказчик также обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

7.6. За нарушение санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя, повлекшее за собой причинение ущерба Исполнителю, Заказчик обязан возместить причиненные убытки.

8. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА, ОСВОБОЖДАЮЩИЕ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

8.1. При возникновении обстоятельств непреодолимой силы (пожара, стихийных бедствий, военных действий, чрезвычайного положения, террористических актов, аварий коммуникаций и сетей, поломки медицинского оборудования, отсутствия на фармацевтическом рынке необходимых препаратов и расходных материалов), возникших после заключения договора и препятствующих исполнению договора, действие договора приостанавливается до прекращения данных обстоятельств.

8.2. Обязанность доказывания возникновения таких обстоятельств лежит на Стороне договора, исполнению обязательств которой препятствует возникновение данных обстоятельств.

9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

9.1. Договор вступает в действие с момента его подписания и действует по «__» _____ 20__ года.

10. ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

9.1. Условия договора могут быть изменены и (или) дополнены путем составления дополнительного соглашения, подписанного Сторонами.

9.2. Любая из Сторон вправе досрочно расторгнуть договор в одностороннем порядке в случае существенного нарушения условий договора другой стороной.

9.3. Сторона, заинтересованная в расторжении настоящего договора, обязана известить другую Сторону о его расторжении письменно не менее чем за 30 календарных дней до предполагаемой даты его расторжения.

9.4. В случае досрочного расторжения настоящего договора Стороны должны исполнить свои обязательства, возникшие до даты его расторжения.

9.5. В случае досрочного расторжения настоящего договора Стороны производят взаиморасчет в течение десяти дней с момента прекращения его действия. Окончательный расчет производится на основании акта сверки в течение одного месяца со дня окончания срока действия договора.

11. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

11.1. Подписанием настоящего договора Заказчик подтверждает, что до заключения договора:

- проинформирован Исполнителем 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, а также о порядке, об объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, однако принял решение о самостоятельном обращении за получением Услуг;
- получил в доступной форме информацию об Услугах, а именно: порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении Услуг, а также информацию о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
- уведомлен, что Пациенты, 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 временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях;
- уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего Услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой Услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

11.2. Все документы, касающиеся настоящего договора, подписываются уполномоченными представителями Сторон. Документы, переданные посредством факсимильной связи, имеют юридическую силу при условии последующего направления оригиналов в течение 5 календарных дней почтовой связью.

11.3. Стороны обязуются в течении 3 (трех) дней уведомить друг друга об изменении своего юридического адреса, почтовых и банковских реквизитов.

11.4. Все споры, вытекающие из настоящего договора, решаются путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации по месту нахождения Исполнителя.

11.5. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

11.6. Приложения, являющиеся неотъемлемой частью настоящего договора:

Приложение № 1. Спецификация.

Приложение № 2 Направление или Список Потребителей Услуг.

Приложение № 3. Согласие пациента на обработку персональных данных.

Приложение № 4. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство Забор крови на определение антител к вирусу SARS-CoV-2.

12. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»)

Адрес: 644024, г. Омск, ул. Ильинская, 9

ИНН/КПП 5504001891/550401001

ОГРН 1025500982847

Получатель средств: УФК по Омской области (БУЗОО «КДЦ» л/с 006220148)

Банк получателя: Отделение Омск Банка России//

УФК по Омской области г. Омск

БИК 015209001

Казначейский счет (в поле р/счета): 03224643520000005201

Единый казначейский счет (в поле кор/счета):

40102810245370000044

КБК 00600000000000000130

сайт <https://okd-center.ru>.

телефоны: приемная 31-17-00; бухгалтерия 30-37-70;

планово-экономический отдел 30-34-10

(Свидетельство о государственной регистрации юридического

лица серия 55 номер 001439548, выдано Инспекцией

Министерства Российской Федерации по налогам и сборам № 2

по Центральному административному округу г. Омска

19.11.2002)

Лицензия на осуществление медицинской деятельности

№ ЛО-55-01-002389 от 27.08.2018 г.,

срок действия - бессрочно,

выдана Министерством здравоохранения Омской области

(г. Омск, ул. Красный Путь, д. 6, т. 7-3812-233525)

Должность Исполнителя

ФИО
«__» _____ 20__ год
М.П.

Заказчик

Наименование организации:

Адрес:

Иные адреса, на которые Исполнитель может направить ответ на письменное обращение: _____

ИНН

КПП

ОГРН

р/с

к/с

Наименование банка

л/с

БИК

Телефон:

Должность Заказчика

ФИО
«__» _____ 20__ год
М.П.

СПЕЦИФИКАЦИЯ

№ п/п	Наименование Услуги	Цена Услуги, руб.	Количество	Стоимость, руб.
ИТОГО:				

Исполнитель

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»)

Должность Исполнителя

_____ ФИО
«__» _____ 20__ год
М.П.

Заказчик

Наименование организации:

Должность Заказчика

_____ ФИО
«__» _____ 20__ год
М.П.

НАПРАВЛЕНИЕ
в БУЗОО «Клинический диагностический центр»

1. Фамилия _____
2. Имя, отчество _____ 3. Пол _____
4. Дата рождения (число, месяц, год) _____
5. Адрес: Район _____ город (село) _____
ул. _____ д. _____ кор. _____ кв. _____

Наименование медицинской услуги	Дата	Время	Кабинет

Должность заказчика _____ Ф.И.О. _____
М.П. _____ (подпись)

- Пациент (законный представитель пациента):
Уведомлен, что исполнитель получает информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства (его законного представителя) в момент его обращения к Исполнителю. Необходимо полное соответствие указания пациента о том, что заказчику может быть передана информация, составляющая врачебную тайну, в информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство и в направлении.
Согласен с передачей сведений о факте моего обращения (обращения моего представляемого) за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе заболевания, проведенных видах обследования и лечения и иных сведений, полученных при моем обследовании (обследовании моего представляемого) Заказчику, выдавшему данное направление.

_____ / _____ /
подпись пациента (представителя пациента) расшифровка подписи

- При себе иметь паспорт

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Субъект персональных данных, _____
(ФИО полностью)

(документ, удостоверяющий личность (свидетельство о рождении, паспорт) серия, номер, кем и когда выдан)

Зарегистрированный (-ая) по адресу _____

(место фактического проживания) _____

В лице представителя субъекта персональных данных (заполняется в случае получения согласия от представителя субъекта персональных данных)
_____ (ФИО полностью)
_____ (документ, удостоверяющий личность (паспорт) серия, номер, кем и когда выдан)
Зарегистрированный (-ая) по адресу _____
_____ (место фактического проживания)
Действующий от имени субъекта персональных данных на основании
_____ (указать реквизиты документа)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, даю свое согласие на обработку моих персональных данных.

Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных:

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области "Клинический диагностический центр" _____

Адрес места нахождения: _____

Цель обработки персональных данных: оказание медицинских услуг (в том числе в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза) и осуществление иных, связанных с этим мероприятий.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Социальном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных: все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать 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), в том числе вправе обмениваться (принимать и передавать) персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС, иными организациями (в случаях, предусмотренных законом) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Я, согласен, не согласен (нужное подчеркнуть) на передачу в единую государственную систему в сфере здравоохранения медицинской документации и (или) сведений о состоянии здоровья гражданина в соответствии с пунктом 5.1 части 3 статьи 91.1. Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", постановлением Правительства РФ от 09.02.2022 № 140 "О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения" _____

(подпись)

Срок, в течение которого действует согласие: бессрочно.

Способ отзыва согласия: посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

_____ (дата)

_____ (подпись)

_____ (ФИО)

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
Забор крови на определение антител к вирусу SARS-CoV-2**

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)
"_____" _____ г. рождения,
зарегистрированный по адресу: _____
Адрес фактического проживания: _____
Контактный телефон: _____

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)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство:
Забор крови на определение антител к вирусу SARS-CoV-2

Медицинским работником _____
(ФИО медицинской сестры)

в доступной для меня форме разъяснены цели, метод проведения медицинского вмешательства, связанный с ним риск, последствия, в том числе вероятность развития осложнений.

Я предупрежден о том, что при выявлении у меня (или лица, законным представителем которого я являюсь) положительного результата антител IgM на COVID-19, сотрудниками БУЗОО «КДЦ» будет направлено экстренное извещение в Управление Роспотребнадзора по Омской области (ФЗ от 30.03.1999 № 52 «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», п.12.1 Санитарно-эпидемиологических правил 3.1/3.2.3146-13 «Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней», Постановление Правительства России от 31 января 2020 г. N 66 «О внесении изменений в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих»).

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства, или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

"_____" _____ г.
(дата оформления)

Результаты исследования заберу лично на справочном при предъявлении паспорта _____
(подпись)

прошу выдать указанному лицу при предъявлении
паспорта _____

(Ф.И.О.)

прошу сообщить на адрес электронной почты _____
(заполнять разборчиво и ТОЛЬКО печатными буквами)

Подпись пациента/законного представителя _____

Федеральный закон от 21.11.2011 N 323 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"
Статья 20. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства.

1. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Приказ МЗ РФ от 20 декабря 2012 г. N 1177н г. "Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства".

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень (Приказ МЗ и СР РФ от 23.04.2012г. № 390), и отказ от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, дается гражданином либо одним из родителей или иным законным представителем в отношении лиц, указанных в пункте 3 настоящего Порядка.

п.3. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень, дает один из родителей или иной законный представитель в отношении:

1) лица, не достигшего возраста, установленного частью 2 статьи 54 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446) (несовершеннолетнего, больного наркоманией, не достигшего возраста шестнадцати лет, и иного несовершеннолетнего, не достигшего возраста пятнадцати лет), или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;

п.4. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень, оформляется после выбора медицинской организации и врача при первом обращении в медицинскую организацию за предоставлением первичной медико-санитарной помощи.

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень, действительно в течение всего срока оказания первичной медико-санитарной помощи в выбранной медицинской организации.

Гражданин, один из родителей или иной законный представитель лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, имеет право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения (в том числе в случае, если было оформлено информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень), за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Согласно п.2 Постановления Правительства РФ от 27.03.2021года № 452 « Об обеспечении уведомления физических лиц о результатах исследований на наличие возбудителя новой коронавирусной инфекции (COVID-19) с использованием Федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций) и обмена информацией о результатах таких исследований», организациям осуществляющим исследования на наличие возбудителя новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции, на наличие антител к возбудителю новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (любым из методов), на наличие антител после вакцинации путем определения специальными тестами, при наличии согласия физического лица обеспечить передачу сведений о результатах таких исследований в федеральное бюджетное учреждение науки "Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии" Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Я, ~~согласен~~, не согласен, на передачу результатов моего исследования _____ (подпись)

(нужное подчеркнуть)

ДОГОВОР
на предоставление платных медицинских услуг № _____

г. Омск

« ____ » _____ 20__ года

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице должностного лица ФИО _____, действующего на основании _____ с одной стороны, и Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «_____», именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны, именуемые в дальнейшем совместно и каждый в отдельности «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1. Исполнитель оказывает медицинские услуги в части проведения лабораторных исследований (далее - Услуги) третьим лицам (далее - Потребитель), направленным Заказчиком, а Заказчик оплачивает затраты, связанные с оказанием Услуг в порядке, предусмотренном настоящим договором.
- 1.2. Виды Услуг, количество и стоимость определяются спецификацией, являющейся неотъемлемой частью договора (Приложение № 1).
- 1.3. Стороны определяют представителей, уполномоченных для разрешения вопросов, возникающих в процессе исполнения договора:
- от Исполнителя:
по вопросам оказания Услуг - заместитель главного врача по организационно-методической работе ФИО телефон:
 - по вопросам изменения, расторжения договора, а также финансовым вопросам - начальник планово-экономического отдела ФИО телефон:
 - от Заказчика: Должность ФИО телефон.

2. СТОИМОСТЬ УСЛУГИ, СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

- 2.1. Стоимость Услуг составляет _____ рублей _____ копеек, НДС не облагается в соответствии с пп.2 п.2 ст.149 НК РФ и определяется согласно прейскуранту, действующему у Исполнителя (далее - Прейскурант). Прейскурант размещен на информационных стендах в помещениях Исполнителя и на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу <https://okd-center.ru>.
- 2.2. Оплата за фактически оказанные Услуги производится путем безналичного перечисления в течение 7 (Семи) рабочих дней с момента выставления реестра, счета-фактуры и акта оказанных услуг на бумажном носителе.
- 2.3. Реестр, указанный в подпункте 2.2. настоящего договора содержит следующую информацию:
- ФИО;
 - дату рождения;
 - дату оказания Услуги;
 - наименование Услуг в соответствии с Прейскурантом;
 - стоимость Услуги;
 - количество полученных Услуг;
 - итоговая сумма по всему реестру оказанных Услуг;
 - код заболевания по МКБ-10.

3. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ УСЛУГИ

- 3.1. Исполнитель в соответствии с лицензией оказывает первичную, в том числе доврачебную, врачебную и специализированную, медико-санитарную помощь; специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь; проводит медицинские осмотры, медицинские освидетельствования и медицинские экспертизы.
- 3.2. Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи предоставляется Потребителю перед оказанием Услуги медицинским работником, ее оказывающим.
- 3.3. Сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении Услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации размещены на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу <https://okd-center.ru>.
- 3.4. Исполнитель оказывает Услуги по настоящему Договору в помещениях Исполнителя по адресам:
- 644024, город Омск, улица Ильинская, дом 9;
 - 644015, город Омск, улица Суворова, дом 112.

4. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

- 4.1. Исполнитель оказывает Услуги в соответствии с утвержденным главным врачом режимом работы Исполнителя.
- 4.2. Основанием для оказания Услуг Исполнителем является наличие:
- направления, подписанного ответственным лицом Заказчика (Приложение № 2);
 - предоставленного биоматериала Исполнителю.
- 4.3. Информация об оказанных Услугах предоставляется Исполнителем на бумажном носителе уполномоченному представителю Заказчика при наличии письменного согласия Потребителя.
- Информация об оказанных Услугах может предоставляться Заказчику в электронном виде по средствам защищенного канала связи VipNet при наличии письменного согласия Потребителя.
- 4.3. В случае возникновения форс-мажорных обстоятельств (неисправность (поломка) оборудования, нетрудоспособность медицинского работника, оказывающего Услугу и т.п.) срок оказания Услуг может быть перенесен Исполнителем по согласованию с Заказчиком и (или) Потребителем посредством телефонной связи, по номеру, указанному в разделе 12 настоящего договора.

5. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 5.1. Исполнитель обязан:
- 5.1.1. Предоставить квалифицированную, качественную Услугу Потребителю, в соответствии с требованиями стандарта ГОСТ Р ИСО 15189-2015 «Лаборатории медицинские. Частное требование к качеству и компетентности».
- 5.1.2. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.
- 5.1.3. По окончании оказания Услуги выдать Заказчику медицинские документы (результат исследования) установленного образца о проведенном исследовании в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. Указанные медицинские документы

также подтверждают факт предоставления Исполнителем Потребителю Услуги и ее получение Потребителем.

5.1.4. Вести учет видов, сроков, объемов, стоимости оказанных Потребителю по направлению Заказчика Услуг, а также денежных средств, поступающих от Заказчика.

5.2. Заказчик обязан:

5.2.1. Обеспечить забор, хранение и доставку биоматериала в термоконтейнерах, в соответствии с требованиями преаналитического этапа лабораторных исследований.

5.2.1. Своевременно оплатить стоимость Услуг, оказанных Потребителям, в соответствии с условиями раздела 2 настоящего договора.

5.2.2. Получить по месту забора биоматериала письменное согласие Потребителя на Услугу и на получение Заказчиком информации об оказанной Услуге Потребителю (результат исследования).

5.2.4. Предоставить всю документацию на Потребителей и биоматериал в соответствии с пунктом 4.2. настоящего договора.

5.2.5. Проинформировать Потребителя о необходимости:

- выполнять требования, от которых зависит качественное предоставление Услуги;
- выполнять все медицинские указания, рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения, своевременно информировать медицинского работника об изменениях в состоянии здоровья (самочувствии);
- информировать медицинского работника до оказания Услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания Услуг.

6. ПРАВА СТОРОН

6.1. Исполнитель вправе отказать в предоставлении Услуг Потребителям при:

- отсутствии сопроводительных документов и (или) биоматериала, предусмотренных пунктом 4.2. настоящего договора;
- предоставлении биоматериала с нарушением требований преаналитического этапа лабораторных исследований.

6.2. Заказчик вправе:

6.2.1. Контролировать Исполнителя в рамках объемов и стоимости оказанных Услуг.

6.2.2. В любое время расторгнуть договор, оплатив Исполнителю фактические понесенные расходы, связанные с исполнением настоящего договора.

7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

7.2. Стороны несут ответственность за виновное неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7.3. Исполнитель несет ответственность в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

7.4. Заказчик несет ответственность за просрочку оплаты Услуг в виде неустойки в размере 1/300 ставки рефинансирования Центрального Банка Российской Федерации, действующей на день оплаты, которая начисляется за каждый календарный день просрочки исполнения обязательств, начиная со дня, следующего после дня истечения установленного срока исполнения обязательства по договору. Просрочка платежа более 30 (тридцати) дней является основанием приостановления Исполнителем оказания Услуг Потребителям Заказчика до полного погашения задолженности.

7.5. Оплата неустойки не освобождает Заказчика от оплаты задолженности.

7.6. Заказчик несет имущественную ответственность за причинение ущерба Исполнителю в размере действительной стоимости поврежденного (утраченного) имущества, если такое повреждение (утрата) явилось следствием действий Потребителя. В этом случае Заказчик также обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

7.7. За нарушение санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя, повлекшее за собой причинение ущерба Исполнителю, Заказчик обязан возместить причиненные убытки.

8. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА, ОСВОБОЖДАЮЩИЕ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

8.1. При возникновении обстоятельств непреодолимой силы (пожара, стихийных бедствий, военных действий, чрезвычайного положения, террористических актов, аварий коммуникаций и сетей, поломки медицинского оборудования, отсутствия на фармацевтическом рынке необходимых препаратов и расходных материалов), возникших после заключения договора и препятствующих исполнению договора, действие договора приостанавливается до прекращения данных обстоятельств.

8.2. Обязанность доказывания возникновения таких обстоятельств лежит на Стороне договора, выполнению обязательств которой препятствует возникновение данных обстоятельств.

9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

9.2. Договор вступает в действие с момента его подписания и действует по «__» _____ 20__ года.

10. ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

9.1. Условия договора могут быть изменены и (или) дополнены путем составления дополнительного соглашения, подписанного Сторонами.

9.2. Любая из Сторон вправе досрочно расторгнуть договор в одностороннем порядке в случае существенного нарушения условий договора другой стороной.

9.3. Сторона, заинтересованная в расторжении настоящего договора, обязана известить другую Сторону о его расторжении письменно не менее чем за 30 календарных дней до предполагаемой даты его расторжения.

9.4. В случае досрочного расторжения настоящего договора Стороны должны исполнить свои обязательства, возникшие до даты его расторжения.

9.5. В случае досрочного расторжения настоящего договора Стороны производят взаиморасчет в течение десяти дней с момента прекращения его действия. Окончательный расчет производится на основании акта сверки в течение одного месяца со дня окончания срока действия договора.

11. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

11.1. Подписанием настоящего договора Заказчик подтверждает, что до заключения договора:

- проинформирован Исполнителем 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, а также о порядке, об объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, однако принял решение о самостоятельном обращении за получением Услуг;
- получил в доступной форме информацию об Услугах, а именно: порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при паличии), применяемые при предоставлении Услуг, а также информацию о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

- уведомлен, что Пациенты, 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 временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях;

- уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего Услуги), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой Услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

11.2. Все документы, касающиеся настоящего договора, подписываются уполномоченными представителями Сторон. Документы, переданные посредством факсимильной связи, имеют юридическую силу при условии последующего направления оригиналов в течение 5 календарных дней почтовой связью.

11.3. Стороны обязуются в течении 3 (трех) дней уведомить друг друга об изменении своего юридического адреса, почтовых и банковских реквизитов.

11.4. Все споры, вытекающие из настоящего договора, решаются путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации по месту нахождения Исполнителя.

11.5. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

11.6. Приложения, являющиеся неотъемлемой частью настоящего договора:

Приложение № 1. Спецификация.

Приложение № 2 Направление.

12. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»)
Адрес: 644024, г. Омск, ул. Ильинская, 9
ИНН/КПП 5504001891/550401001
ОГРН 1025500982847
Получатель средств: УФК по Омской области (БУЗОО «КДЦ») л/с 006220148)
Банк получателя: Отделение Омск Банка России//
УФК по Омской области г. Омск
БИК 015209001
Казначейский счет (в поле р/счета): 03224643520000005201
Единый казначейский счет (в поле кор/счета):
40102810245370000044
КБК 00600000000000000130
сайт <https://okd-center.ru>.
телефоны: приемная 31-17-00; бухгалтерия 30-37-70;
планово-экономический отдел 30-34-10
(Свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 55 номер 001439548, выдано Инспекцией Министерства Российской Федерации по налогам и сборам № 2 по Центральному административному округу г. Омска 19.11.2002)
Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-55-01-002389 от 27.08.2018 г., срок действия - бессрочно,
выдана Министерством здравоохранения Омской области (г. Омск, ул. Красный Путь, д. 6, т. 7-3812-233525)

Должность Исполнителя

ФИО
«__» _____ 20__ год
М.П.

Заказчик

Наименование организации:
Адрес:
Иные адреса, на которые Исполнитель может направить ответ на письменное обращение: _____
ИНН
КПП
ОГРН
р/с
к/с
Наименование банка
л/с
БИК
Телефон:

Должность Заказчика

ФИО
«__» _____ 20__ год
М.П.

СПЕЦИФИКАЦИЯ

№ п/п	Наименование Услуги	Цена Услуги, руб.	Количество	Стоимость, руб.
ИТОГО:				

Исполнитель

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»)

Должность Исполнителя

_____ ФИО
«__» _____ 20__ год
М.П.

Заказчик

Наименование организации:

Должность Заказчика

_____ ФИО
«__» _____ 20__ год
М.П.

Штамп направившего
учреждения

НАПРАВЛЕНИЕ на обследование

Договор с БУЗОО «КДЦ» № _____ от «__» _____ 20__ г.

Фамилия, имя, отчество _____
(полностью)

Пол _____ Дата рождения «__» _____
(муж/жен)

Адрес: Город (село) _____ Район _____

ул. _____ д. _____ корп. _____ кв. _____

Направившее учреждение: _

Контактный телефон: _

Лабораторные исследования

Наименование исследования	Биоматериал*	Особые отметки

Примечание: ()

Ф.И.О. _____ Подпись _____

Дата «__» _____

ДОГОВОР

на предоставление платных медицинских услуг № _____

г. Омск

« _____ » _____ 20__ года

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице должностного лица ФИО _____, действующего на основании _____, с одной стороны, и Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «_____», именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны, именуемые в дальнейшем совместно и каждый в отдельности «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1. Исполнитель оказывает медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам профилактики, диагностики и лечения, разрешенным на территории РФ (далее - Услуги), третьим лицам (далее - Потребитель), направленным Заказчиком, а Заказчик оплачивает затраты, связанные с оказанием Услуг в порядке, предусмотренном настоящим договором.
- 1.2. Виды Услуг, количество и стоимость определяются спецификацией, являющейся неотъемлемой частью договора (Приложение №1).
- 1.3. Стороны определяют представителей, уполномоченных для разрешения вопросов, возникающих в процессе исполнения договора:
- от Исполнителя:
по вопросам оказания Услуг – заместитель главного врача по организационно-методической работе ФИО телефон:
по вопросам изменения, расторжения договора, а также финансовым вопросам – начальник планово-экономического отдела ФИО телефон:
- от Заказчика: Должность ФИО телефон.

2. СТОИМОСТЬ УСЛУГИ, СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

- 2.1. Стоимость Услуг составляет _____ рублей _____ копеек, НДС не облагается в соответствии с пп.2 п.2 ст. 149 НК РФ и определяется согласно прейскуранту, действующему у Исполнителя (далее - Прейскурант). Прейскурант размещен на информационных стендах в помещениях Исполнителя и на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу <https://okd-center.ru>.
- 2.2. Оплата за фактически оказанные Услуги производится путем безналичного перечисления в течение 7 (Семи) рабочих дней с момента выставления реестра, счета-фактуры и акта оказанных услуг на бумажном носителе.
- 2.3. Реестр, указанный в подпункте 2.2. настоящего договора содержит следующую информацию:
- ФИО;
- дату рождения;
- дату оказания Услуги;
- наименование Услуг в соответствии с Прейскурантом;
- стоимость Услуги;
- количество полученных Услуг;
- итоговая сумма по всему реестру оказанных Услуг;
- код заболевания по МКБ-10.

3. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ УСЛУГИ

- 3.1. Исполнитель в соответствии с лицензией оказывает первичную, в том числе доврачебную, врачебную и специализированную, медико-санитарную помощь; специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь; проводит медицинские осмотры, медицинские освидетельствования и медицинские экспертизы.
- 3.2. Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи предоставляется Потребителю перед оказанием Услуги медицинским работником, ее оказывающим.
- 3.3. Сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении Услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации размещены на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу <https://okd-center.ru>.
- 3.4. Исполнитель оказывает Услуги по настоящему Договору в помещениях Исполнителя по адресам:
- 644024, город Омск, улица Ильинская, дом 9;
- 644015, город Омск, улица Суворова, дом 112.

4. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

- 4.1. Исполнитель оказывает Услуги в соответствии с утвержденным главным врачом режимом работы Исполнителя.
- 4.2. Предоставление Услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Потребителя на прием через контакт-центр Исполнителя по телефону: (3812) 39-04-50.
- 4.3. Дата, время, номер кабинета оказания Услуги указываются в маршрутном листе, выданном Потребителю в день оказания услуги.
- 4.4. Основанием для оказания Услуг Исполнителем является наличие от каждого Потребителя:
- направления, подписанного ответственным лицом Заказчика (Приложение № 2);
- документа, удостоверяющего личность.
- 4.5. Информация об оказанных Услугах предоставляется Исполнителем на бумажном носителе.
- 4.6. В случае возникновения форс-мажорных обстоятельств (неисправность (поломка) оборудования, нетрудоспособность медицинского работника, оказывающего Услугу и т.п.) срок оказания Услуг может быть перенесен Исполнителем по согласованию с Заказчиком и (или) Потребителем посредством телефонной связи, по номеру, указанному в разделе 12 настоящего договора.

5. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 5.1. Исполнитель обязан:
- 5.1.1. Предоставить квалифицированную, качественную Услугу Потребителю, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.
- 5.1.2. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.
- 5.1.3. По окончании оказания Услуги выдать Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из

медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения Услуги, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении Услуги лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы. Указанные медицинские документы также подтверждают факт предоставления Исполнителем Потребителю Услуги и ее получение Потребителем.

5.1.4. Вести учет видов, сроков, объемов, стоимости оказанных Потребителю по направлению Заказчика Услуг, а также денежных средств, поступающих от Заказчика.

5.2. Заказчик обязан:

5.2.1. Ознакомить Потребителей с условиями оказания Услуг и режимом работы Исполнителя, Правилами поведения пациентов в БУЗОО «КДЦ».

5.2.2. Предоставить всю документацию на Потребителей в соответствии с пунктом 4.4. настоящего договора.

5.2.3. Своевременно оплатить стоимость Услуг, оказанных Потребителям, в соответствии с условиями раздела 2 настоящего договора.

5.2.4. Проинформировать Потребителя о необходимости:

- выполнять требования, от которых зависит качественное предоставление Услуги;
- выполнять все медицинские указания, рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения, своевременно информировать медицинского работника об изменениях в состоянии здоровья (самочувствии);
- информировать медицинского работника до оказания Услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания Услуг.

6. ПРАВА СТОРОН

6.1. Исполнитель вправе:

6.1.1. Отказать в предоставлении Услуг Потребителям при:

- отсутствии сопроводительных документов, предусмотренных пунктом 4.4. настоящего договора;
- выявлении Исполнителем ненадлежащей подготовки к оказанию Услуг или ее отсутствия;
- нахождении Потребителя в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения, а также в случае если в его действиях содержится угроза здоровью или жизни персонала Исполнителя.

6.1.2. В случае возникновения неотложных состояний у Потребителя, осуществлять действия в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе принимать решение о медицинском вмешательстве в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.

6.2. Заказчик вправе:

6.2.1. Контролировать Исполнителя в рамках объемов и стоимости оказанных Услуг путем проведения медико-экономической экспертизы.

6.2.2. В любое время расторгнуть договор, оплатив Исполнителю фактические понесенные расходы, связанные с исполнением настоящего договора.

7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

7.1. Стороны несут ответственность за виновное неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. Исполнитель несет ответственность в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

7.3. Заказчик несет ответственность за просрочку оплаты Услуг в виде неустойки в размере 1/300 ставки рефинансирования Центрального Банка Российской Федерации, действующей на день оплаты, которая начисляется за каждый календарный день просрочки исполнения обязательств, начиная со дня, следующего после дня истечения установленного срока исполнения обязательства по договору. Просрочка платежа более 30 (тридцати) дней является основанием приостановления Исполнителем оказания Услуг Потребителям Заказчика до полного погашения задолженности.

7.4. Оплата неустойки не освобождает Заказчика от оплаты задолженности.

7.5. Заказчик несет имущественную ответственность за причинение ущерба Исполнителю в размере действительной стоимости поврежденного (утраченного) имущества, если такое повреждение (утрата) явилось следствием действий Потребителя. В этом случае Заказчик также обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

7.6. За нарушение санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя, повлекшее за собой причинение ущерба Исполнителю, Заказчик обязан возместить причиненные убытки.

8. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА, ОСВОБОЖДАЮЩИЕ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

8.1. При возникновении обстоятельств непреодолимой силы (пожара, стихийных бедствий, военных действий, чрезвычайного положения, террористических актов, аварий коммуникаций и сетей, поломки медицинского оборудования, отсутствия на фармацевтическом рынке необходимых препаратов и расходных материалов), возникших после заключения договора и препятствующих исполнению договора, действие договора приостанавливается до прекращения данных обстоятельств.

8.2. Обязанность доказывания возникновения таких обстоятельств лежит на Стороне договора, выполнению обязательств которой препятствует возникновение данных обстоятельств.

9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

9.1. Договор вступает в действие с момента его подписания и действует по «___» _____ 20__ года.

10. ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

9.1. Условия договора могут быть изменены и (или) дополнены путем составления дополнительного соглашения, подписанного Сторонами.

9.2. Любая из Сторон вправе досрочно расторгнуть договор в одностороннем порядке в случае существенного нарушения условий договора другой стороной.

9.3. Сторона, заинтересованная в расторжении настоящего договора, обязана известить другую Сторону о его расторжении письменно не менее чем за 30 календарных дней до предполагаемой даты его расторжения.

9.4. В случае досрочного расторжения настоящего договора Стороны должны исполнить свои обязательства, возникшие до даты его расторжения.

9.5. В случае досрочного расторжения настоящего договора Стороны производят взаиморасчет в течение десяти дней с момента прекращения его действия. Окончательный расчет производится на основании акта сверки в течение одного месяца со дня окончания срока действия договора.

11. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

11.1. Подписанием настоящего договора Заказчик подтверждает, что до заключения договора:

- проинформирован Исполнителем 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, а также о порядке, об объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Однако принял решение о самостоятельном обращении за получением Услуг;
 - получил в доступной форме информацию об Услугах, а именно: порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении Услуг, а также информацию о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
 - уведомлен, что Пациенты, 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 временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях;
 - уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего Услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой Услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.
- 11.2. Все документы, касающиеся настоящего договора, подписываются уполномоченными представителями Сторон. Документы, переданные посредством факсимильной связи, имеют юридическую силу при условии последующего направления оригиналов в течение 5 календарных дней почтовой связью.
- 11.3. Стороны обязуются в течении 3 (трех) дней уведомить друг друга об изменении своего юридического адреса, почтовых и банковских реквизитов.
- 11.4. Все споры, вытекающие из настоящего договора, решаются путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации по месту нахождения Исполнителя.
- 11.5. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.
- 11.6. Приложения, являющиеся неотъемлемой частью настоящего договора:
- Приложение № 1. Спецификация.
- Приложение № 2 Направление.

12. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»)
 Адрес: 644024, г. Омск, ул. Ильинская, 9
 ИНН/КПП 5504001891/550401001
 ОГРН 1025500982847
 Получатель средств: УФК по Омской области (БУЗОО «КДЦ») л/с 006220148)
 Банк получателя: Отделение Омск Банка России//
 УФК по Омской области г. Омск
 БИК 015209001
 Казначейский счет (в поле р/счета): 03224643520000005201
 Единый казначейский счет (в поле кор/счета):
 40102810245370000044
 КБК 0060000000000000130
 сайт <https://okd-center.ru>.
 телефоны: приемная 31-17-00; бухгалтерия 30-37-70;
 планово-экономический отдел 30-34-10
 (Свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 55 номер 001439548, выдано Инспекцией Министерства Российской Федерации по налогам и сборам № 2 по Центральному административному округу г. Омска 19.11.2002)
 Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-55-01-002389 от 27.08.2018 г., срок действия - бессрочно,
 выдана Министерством здравоохранения Омской области (г. Омск, ул. Красный Путь, д. 6, т. 7-3812-233525)

Должность Исполнителя

 ФИО
 «__» _____ 20__ год
 М.П.

Заказчик

Наименование организации:
Адрес:
 Иные адреса, на которые Исполнитель может направить ответ на письменное обращение: _____
 ИНН
 КПП
 ОГРН
 р/с
 к/с
 Наименование банка
 л/с
 БИК
Телефон:

Должность Заказчика

 ФИО
 «__» _____ 20__ год
 М.П.

СПЕЦИФИКАЦИЯ

№ п/п	Наименование Услуги	Цена Услуги, руб.	Количество	Стоимость, руб.
ИТОГО:				

Исполнитель

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»)

Должность Исполнителя

ФИО
«__» _____ 20__ год
М.П.

Заказчик

Наименование организации:

Должность Заказчика

ФИО
«__» _____ 20__ год
М.П.

Штамп
направившего
учреждения

Приложение № 2
к договору № _____
«__» _____ 20__ г.

НАПРАВЛЕНИЕ
в БУЗОО «Клинический диагностический центр»

1. Фамилия _____
2. Имя, отчество _____ 3. Пол _____
4. Дата рождения (число, месяц, год) _____
5. Адрес: Район _____ город (село) _____
- ул. _____ д. _____ кор. _____ кв. _____
6. Работает / не работает _____
7. Категория льготности _____

Метод и область исследования	Дата	Время	Кабинет

8. Направившее ЛПУ: _____
9. Вид оплаты _____
10. Предполагаемый диагноз _____
11. Фамилия направившего врача _____
- Личная печать
врача
12. Примечание врача: _____
- _____
- _____

ДОГОВОР

на предоставление платных медицинских услуг № _____

г. Омск

«__» _____ 20__ года

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»), именуемое в дальнейшем «МО-Исполнитель», в лице должност. ФИО _____, действующего на основании _____, с одной стороны, и _____, именуемое в дальнейшем «МО-Заказчик», в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны, именуемые в дальнейшем совместно и каждый в отдельности «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1. МО-Исполнитель оказывает лечебно-диагностические услуги (исследования) (далее - Услуги), третьим лицам, направленным МО-Заказчиком и имеющим на момент обращения в МО-Исполнителя направление от МО-Заказчика (далее – Потребители), находящимся на момент обращения на лечении в МО-Заказчика в условиях круглосуточного стационара и застрахованным за пределами Омской области. а Заказчик оплачивает затраты, связанные с оказанием Услуг в порядке, предусмотренном настоящим договором.
- 2.1. Виды Услуг определяются Тарифным соглашением в системе обязательного медицинского страхования Омской области на соответствующий календарный год (далее – Тарифное соглашение), действующим на территории Омской области на момент оказания Услуги.
- 1.2. Стороны определяют представителей, уполномоченных для разрешения вопросов, возникающих в процессе исполнения договора:
- от Исполнителя: _____
 - по вопросам оказания Услуг – заместитель главного врача по организационно-методической работе ФИО телефон: _____
 - по вопросам изменения, расторжения договора, а также финансовым вопросам – начальник планово-экономического отдела ФИО телефон: _____
 - от Заказчика: Должность ФИО телефон: _____

2. СТОИМОСТЬ УСЛУГИ, СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

- 2.1. Тарифы на Услуги, оказываемые Потребителям, определяются Тарифным соглашением, НДС не облагаются в соответствии с пп.2 п.2 ст.149 НК РФ.
- 2.2. Сумма договора является твердой на весь период его исполнения и составляет: _____ (_____) копеек.
- 2.3. Оплата за фактически выполненные Услуги проводится не позднее 29 числа месяца, следующего за месяцем оказания Услуг на основании выставленного реестра, счета-фактуры и акта оказанных услуг.
- 2.4. Реестр, указанный в подпункте 2.3. настоящего договора содержит следующую информацию:
- ФИО;
 - дату рождения;
 - дату оказания Услуги;
 - наименование Услуг в соответствии с Тарифным соглашением;
 - стоимость Услуги;
 - количество полученных Услуг;
 - итоговую сумму по всему реестру оказанных Услуг;
 - код заболевания по МКБ-10.

3. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ УСЛУГИ

- 3.1. Исполнитель в соответствии с лицензией оказывает первичную, в том числе доврачебную, врачебную и специализированную, медико-санитарную помощь; специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь; проводит медицинские осмотры, медицинские освидетельствования и медицинские экспертизы.
- 3.2. Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи предоставляется Потребителю перед оказанием Услуги медицинским работником, ее оказывающим.
- 3.3. Сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении Услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации размещены на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу <https://okd-center.ru>.
- 3.4. Исполнитель оказывает Услуги по настоящему Договору в помещениях Исполнителя по адресам:
- 644024, город Омск, улица Ильинская, дом 9;
 - 644015, город Омск, улица Суворова, дом 112.

4. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

- 4.1. Исполнитель оказывает Услуги в соответствии с утвержденным главным врачом режимом работы Исполнителя.
- 4.2. Предоставление Услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Потребителя на прием через контактный центр Исполнителя по телефону: (3812) 39-04-50.
- 4.3. Дата, время, номер кабинета оказания Услуги указываются в маршрутном листе, выданном Потребителю в день оказания Услуги.
- 4.4. Основанием для оказания Услуг Исполнителем является наличие от каждого Потребителя:
- направления от МО-заказчика в МО-исполнителя, либо гарантийного письма с указанием видов Услуг, соответствующих Тарифному соглашению и даты госпитализации. Срок действия гарантийного письма соответствует периоду госпитализации;
 - документа, удостоверяющего личность.
- 4.5. Информация об оказанных Услугах предоставляется МО-Исполнителем на бумажном носителе уполномоченному представителю МО-Заказчика при наличии письменного согласия Потребителя. Информация об оказанных Услугах предоставляется МО-Заказчику в электронном виде при наличии письменного согласия Потребителя.
- 4.6. В случае возникновения форс-мажорных обстоятельств (неисправность (поломка) оборудования, нетрудоспособность медицинского работника, оказывающего Услуги и т.п.) срок оказания Услуг может быть перенесен Исполнителем по согласованию с Заказчиком и (или) Потребителем посредством телефонной связи, по номеру, указанному в разделе 12 настоящего договора.

4. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 5.1. Исполнитель обязан:

5.1.1. Предоставить квалифицированную, качественную Услугу Потребителю, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

5.1.2. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

5.1.3. По окончании оказания Услуги выдать Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения Услуги, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении Услуги лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы. Указанные медицинские документы также подтверждают факт предоставления МО-Исполнителем Потребителю Услуги и ее получение Потребителем.

5.1.4. Вести учет видов, сроков, объемов, стоимости оказанных Потребителю по направлению МО-Заказчика Услуг, а также денежных средств, поступающих от МО-Заказчика.

5.2. Заказчик обязан:

5.2.1. Ознакомить Потребителей с условиями оказания Услуг и режимом работы Исполнителя, Правилами поведения пациентов в БУЗОО «КДЦ».

5.2.2. Предоставить всю документацию на Потребителей в соответствии с пунктом 4.4. настоящего договора, в том числе выдать Потребителям направления, установленного МО-Заказчиком образца, не подлежащие передаче другим лицам, на оказание Услуг в соответствии с Тарифным соглашением.

5.2.3. Своевременно оплатить стоимость Услуг, оказанных Потребителям, в соответствии с условиями раздела 2 настоящего договора.

5.2.4. Проинформировать Потребителя о необходимости:

- выполнять требования, от которых зависит качественное предоставление Услуги;
- выполнять все медицинские указания, рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения, своевременно информировать медицинского работника об изменениях в состоянии здоровья (самочувствии);
- информировать медицинского работника до оказания Услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания Услуг.

6. ПРАВА СТОРОН

6.1. Исполнитель вправе:

6.1.1. Отказать в предоставлении Услуг Потребителям при:

- отсутствии сопроводительных документов, предусмотренных пунктом 4.4. настоящего договора;
- выявлении Исполнителем ненадлежащей подготовки к оказанию Услуги или ее отсутствия;
- нахождении Потребителя в состоянии алкогольного, наркотического опьянения, токсического опьянения, а также в случае если в его действиях содержится угроза здоровью или жизни персонала МО-Исполнителя.

6.1.2. В случае возникновения неотложных состояний у Потребителя, осуществлять действия в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе принимать решение о медицинском вмешательстве в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.

6.2. Заказчик вправе:

6.2.1. Контролировать МО-Исполнителя в рамках объемов и стоимости оказанных Услуг путем проведения медико-экономической экспертизы.

6.2.2. В любое время расторгнуть договор, оплатив МО-Исполнителю фактические понесенные расходы, связанные с исполнением настоящего договора.

7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

7.1. Стороны несут ответственность за виновное неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. В случае оказания некачественных результатами экспертизы, МО-Исполнитель обязуется оказать Потребителю повторные Услуги безвозмездно.

7.3. МО-Исполнитель несет ответственность в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

7.4. МО-Заказчик несет ответственность за просрочку оплаты Услуг в виде неустойки в размере 1/300 ставки рефинансирования Центрального Банка Российской Федерации, действующей на день оплаты, которая начисляется за каждый календарный день просрочки исполнения обязательств, начиная со дня, следующего после дня истечения установленного срока исполнения обязательства по договору. Просрочка платежа более 30 (тридцати) дней является основанием приостановления МО-Исполнителем оказания Услуг Потребителям МО-Заказчика до полного погашения задолженности.

7.5. Оплата неустойки не освобождает МО-Заказчика от оплаты задолженности.

7.6. МО-Заказчик несет имущественную ответственность за причинение ущерба МО-Исполнителю в размере действительной стоимости поврежденного (утраченного) имущества, если такое повреждение (утрата) явилось следствием действий Потребителя. В этом случае МО-Заказчик также обязан возместить МО-Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

7.7. За нарушение санитарно-эпидемиологического режима МО-Исполнителя, повлекшее за собой причинение ущерба МО-Исполнителю, МО-Заказчик обязан возместить причиненные убытки.

8. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА, ОСВОБОЖДАЮЩИЕ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

8.1. При возникновении обстоятельств непреодолимой силы (пожара, стихийных бедствий, военных действий, чрезвычайного положения, террористических актов, аварий коммуникаций и сетей, поломки медицинского оборудования, отсутствия на фармацевтическом рынке необходимых препаратов и расходных материалов), возникших после заключения договора и препятствующих исполнению договора, действие договора приостанавливается до прекращения данных обстоятельств.

8.2. Обязанность доказывания возникновения таких обстоятельств лежит на Стороне договора, выполнению обязательств которой препятствует возникновение данных обстоятельств.

9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

9.1. Договор вступает в действие с момента его подписания и действует по «__» _____ 20__ года.

10. ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

9.1. Условия договора могут быть изменены и (или) дополнены путем составления дополнительного соглашения, подписанного Сторонами.

9.2. Любая из Сторон вправе досрочно расторгнуть договор в одностороннем порядке в случае существенного нарушения условий договора другой стороной.

9.3. Сторона, заинтересованная в расторжении настоящего договора, обязана известить другую Сторону о его расторжении письменно не менее чем за 30 календарных дней до предполагаемой даты его расторжения.

9.4. В случае досрочного расторжения настоящего договора Стороны должны исполнить свои обязательства, возникшие до даты его расторжения.

9.5. В случае досрочного расторжения настоящего договора Стороны производят взаиморасчет в течение десяти дней с момента прекращения его действия. Окончательный расчет производится на основании акта сверки в течение одного месяца со дня окончания срока действия договора.

11. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

11.1. Подписанием настоящего договора МО-Заказчик подтверждает, что до заключения договора:

- проинформирован МО-Исполнителем 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, а также о порядке, об объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, однако принял решение о самостоятельном обращении за получением Услуг;

- получил в доступной форме информацию об Услугах, а именно: порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении Услуг, а также информацию о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

- уведомлен, что Пациенты, 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 временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях;

- уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) МО-Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего Услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой Услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

11.2. Все документы, касающиеся настоящего договора, подписываются уполномоченными представителями Сторон. Документы, переданные посредством факсимильной связи, имеют юридическую силу при условии последующего направления оригиналов в течение 5 календарных дней почтовой связью.

11.3. Стороны обязуются в течении 3 (трех) дней уведомить друг друга об изменении своего юридического адреса, почтовых и банковских реквизитов.

11.4. Все споры, вытекающие из настоящего договора, решаются путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации по месту нахождения Исполнителя.

11.5. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

11.6. Приложение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора:

Приложение № 1. Образец направления.

12. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

МО-Исполнитель

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»)

Адрес: 644024, г. Омск, ул. Ильинская, 9

ИНН/КПП 5504001891/550401001

ОГРН 1025500982847

Получатель средств: УФК по Омской области

(БУЗОО «КДЦ» л/с 006220148)

Банк получателя: Отделение Омск Банка России//

УФК по Омской области г. Омск

БИК 015209001

Казначейский счет (в поле р/счета): 03224643520000005201

Единый казначейский счет (в поле кор/счета):

40102810245370000044

КБК 00600000000000000130

сайт <https://okd-center.ru>.

телефоны: приемная 31-17-00; бухгалтерия 30-37-70;

планово-экономический отдел 30-34-10

(Свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 55 номер 001439548, выдано Инспекцией

Министерства Российской Федерации по налогам и сборам № 2

по Центральному административному округу г. Омска

19.11.2002)

Лицензия на осуществление медицинской деятельности

№ ЛО-55-01-002389 от 27.08.2018 г.,

срок действия - бессрочно,

выдана Министерством здравоохранения Омской области

(г. Омск, ул. Красный Путь, д. 6, т. 7-3812-233525)

Должность Исполнителя

_____ ФИО

«__» _____ 20__ год

М.П.

МО-Заказчик

Наименование организации:

Адрес:

Иные адреса, на которые Исполнитель может направить ответ на письменное обращение: _____

ИНН

КПП

ОГРН

р/с

к/с

Наименование банка

л/с

БИК

Телефон:

Должность МО-Заказчика

_____ ФИО

«__» _____ 20__ год

М.П.

ДОГОВОР
на предоставление медицинских услуг
по добровольному медицинскому страхованию № _____

г. Омск

« _____ » _____ 20__ года

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице должность, ФИО _____, действующего на основании _____, с одной стороны,

и _____, именуемое в дальнейшем «Заказчик», осуществляющее страховую деятельность на основании Лицензии на осуществление страхования _____ (Приложение № 1) в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны, именуемые в дальнейшем совместно и каждый в отдельности «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1. Исполнитель оказывает медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам профилактики, диагностики и лечения, разрешенным на территории РФ (далее - Услуги), лицам, застрахованным Заказчиком (далее - Застрахованные), направленным Заказчиком, а Заказчик оплачивает затраты, связанные с оказанием Услуг в порядке, предусмотренном настоящим договором.
- 1.2. Виды Услуг, их стоимость определяются Информацией о величине платы за оказание услуг (работ) (далее - Прейскурант), действующему у Исполнителя (Приложение № 2).
- 1.3. Стороны определяют представителей, уполномоченных для разрешения вопросов, возникающих в процессе исполнения договора:
 - от Исполнителя:
по вопросам оказания Услуг - заместитель главного врача по организационно-методической работе ФИО телефон:
по вопросам изменения, расторжения договора, а также финансовым вопросам - начальник планово-экономического отдела ФИО телефон:
 - от Заказчика: Должность ФИО телефон.

2. СТОИМОСТЬ УСЛУГИ, СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

- 2.1. Стоимость Услуг, оказываемых Застрахованным, определяются Прейскурантом (Приложение № 2), являющимся неотъемлемой частью настоящего договора. Цена Услуг НДС не облагается в соответствии с пп.2 п.2 ст.149 НК РФ.
- 2.2. Оплата за фактически оказанные Услуги производится путем безналичного перечисления в течение 7 (Семи) рабочих дней с момента выставления реестра, сформированного в соответствии с гарантийными письмами, счета-фактуры и акта оказанных услуг.
- 2.3. Реестр, указанный в подпункте 2.2. настоящего договора содержит следующую информацию:
 - Ф.И.О.;
 - дата рождения;
 - дата обращения;
 - номер полиса ДМС;
 - наименование Услуги в соответствии с Прейскурантом;
 - стоимость Услуги;
 - количество полученных Услуг;
 - итоговая сумма по всему реестру оказанных Услуг;
 - код заболевания по МКБ-10.

3. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ УСЛУГИ

- 3.1. Исполнитель в соответствии с лицензией оказывает первичную, в том числе доврачебную, врачебную и специализированную, медико-санитарную помощь; специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь; проводит медицинские осмотры, медицинские освидетельствования и медицинские экспертизы.
- 3.2. Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи предоставляется Застрахованному перед оказанием Услуги медицинским работником, ее оказывающим.
- 3.3. Сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении Услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации размещены на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу <https://okd-center.ru>.
- 3.4. Исполнитель оказывает Услуги по настоящему Договору в помещениях Исполнителя по адресам:
 - 644024, город Омск, улица Ильинская, дом 9;
 - 644015, город Омск, улица Суворова, дом 112.

4. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

- 4.1. Исполнитель оказывает Услуги в соответствии с утвержденным главным врачом режимом работы Исполнителя.
- 4.2. Предоставление Услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Застрахованного на прием через контакт-центр Исполнителя по телефону: (3812) 39-04-50.
- 4.3. Дата, время, номер кабинета оказания Услуги указываются в маршрутном листе, выданном Застрахованному в день оказания услуги.
- 4.4. Основанием для оказания Услуг Исполнителем является наличие от каждого Застрахованного:
 - направление в учреждение Исполнителя гарантийного письма с указанием видов Услуг в строгом соответствии с Прейскурантом (Приложение № 3). В гарантийном письме указывается предварительный диагноз по МКБ-10;
 - действующего полиса ДМС, оформленного в соответствии с образцом (Приложение № 4);
 - документа, удостоверяющий личность.
- 4.5. Информация об оказанных Услугах Застрахованному предоставляется Исполнителем на бумажном носителе и (или) в электронном виде.
- 4.6. В случае оказания Застрахованному Услуги, получение результата которой обусловлено долгосрочным технологическим процессом (лабораторные, патоморфологические исследования и др.) и на момент завершения исследования полис Застрахованного прекращает срок своего действия, днем оказания услуги считается день регистрации Застрахованного.
- 4.7. В случае возникновения форс-мажорных обстоятельств (неисправность (поломка) оборудования, нетрудоспособность медицинского работника, оказывающего Услугу и т.п.) срок оказания Услуг может быть перенесен Исполнителем по согласованию с Заказчиком и (или) Застрахованным посредством телефонной связи, по номеру, указанному в разделе 12 настоящего договора

5. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 5.1. Исполнитель обязан:
 - 5.1.1. Предоставить квалифицированную, качественную Услугу Потребителю, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи.

утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

5.1.2. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

5.1.3. По окончании оказания Услуги выдать Застрахованному медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения Услуги, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении Услуги лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы. Указанные медицинские документы также подтверждают факт предоставления Исполнителем Застрахованному Услуги и ее получение Застрахованным.

5.1.4. Вести учет видов, сроков, объемов, стоимости оказанных Застрахованному по направлению Заказчика Услуг, а также денежных средств, поступающих от Заказчика.

5.1.5. Письменно извещать Заказчика об изменении Прейскуранта цен на медицинские услуги не менее чем за 15 дней до предполагаемой даты их введения.

5.2. Заказчик обязан:

5.2.1. Ознакомить Застрахованных с условиями оказания Услуг и режимом работы Исполнителя, Правилами поведения пациентов в БУЗОО «КДЦ».

5.2.2. Предоставить всю документацию на Застрахованного в соответствии с пунктом 4.4. настоящего договора.

5.2.3. Своевременно оплатить стоимость Услуг, оказанных Застрахованным, в соответствии с условиями раздела 2 настоящего договора.

5.2.4. Проинформировать Застрахованных о необходимости:

- выполнять требования, от которых зависит качественное предоставление Услуг;

- выполнять все медицинские указания, рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения, своевременно информировать медицинского работника об изменениях в состоянии здоровья (самочувствии);

- информировать медицинского работника до оказания Услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания Услуг.

5.2.5. При возникновении случаев, требующих предоставления медицинской документации Застрахованного, предоставлять Исполнителю письменное согласие Застрахованного.

6. ПРАВА СТОРОН

6.1. Исполнитель вправе:

6.1.1. Отказать в предоставлении Услуг Застрахованному при:

- отсутствии сопроводительных документов, предусмотренных пунктом 4.4. настоящего договора;

- выявлении Исполнителем ненадлежащей подготовки к оказанию Услуг или ее отсутствия;

- нахождении Застрахованного в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения, а также в случае если в его действиях содержится угроза здоровью или жизни персонала Исполнителя.

6.1.2. Изменять Прейскурант на медицинские услуги.

6.2. Заказчик вправе:

6.2.1. Контролировать Исполнителя в рамках объемов, сроков, качества и условий оказанных Услуг путем проведения медико-экономической экспертизы.

6.2.2. В любое время расторгнуть договор, оплатив Исполнителю фактические понесенные расходы, связанные с исполнением настоящего договора.

7. КОНТРОЛЬ

7.1. Медико-экономическая экспертиза производится Заказчиком, по согласованию с Исполнителем. Экспертиза производится в течение 30 (Тридцати) календарных дней со дня получения соответствующей документации по оказанным Услугам.

7.2. Результаты экспертизы оформляются в виде акта, заверенного представителями обеих Сторон.

7.3. В случае несогласия Исполнителя с заключением экспертизы, Стороны вправе создать Согласительную комиссию на паритетных началах с привлечением независимого эксперта.

7.4. Расходы по оплате работы эксперта несет Сторона, не в пользу, которой вынесено решение Согласительной комиссии.

7.5. Решение Согласительной комиссии может быть обжаловано в суде в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

8. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

8.1. Стороны несут ответственность за виновное неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

8.2. В случае оказания некачественных Услуг, подтвержденных результатами экспертизы, проведенной в соответствии с действующим законодательством, Исполнитель обязуется оказать Застрахованному повторные Услуги безвозмездно.

8.3. В случае причинения вреда Застрахованному в результате оказания Услуг, Исполнитель несет ответственность в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

8.4. Заказчик несет ответственность за просрочку оплаты Услуг в виде неустойки в размере 1/300 ставки рефинансирования Центрального Банка Российской Федерации, действующей на день оплаты, которая начисляется за каждый календарный день просрочки исполнения обязательств, начиная со дня, следующего после дня истечения установленного срока исполнения обязательства по договору. Просрочка платежа более 30 (тридцати) дней является основанием приостановления Исполнителем оказания Услуг, Застрахованным Заказчика до полного погашения задолженности.

8.5. Оплата неустойки не освобождает Заказчика от оплаты задолженности.

9. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА, ОСВОБОЖДАЮЩИЕ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

9.1. При возникновении обстоятельств непреодолимой силы (пожара, стихийных бедствий, военных действий, чрезвычайного положения, террористических актов, аварий коммуникаций и сетей, поломки медицинского оборудования, отсутствия на фармацевтическом рынке необходимых препаратов и расходных материалов), возникших после заключения договора и препятствующих исполнению договора, действие договора приостанавливается до прекращения данных обстоятельств.

9.2. Обязанность доказывания возникновения таких обстоятельств лежит на Стороне договора, выполнению обязательств которой препятствует возникновение данных обстоятельств.

10. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

10.1. Договор вступает в действие с момента его подписания и действует по «__» _____ 20__ года.

11. ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

11.1. Условия договора могут быть изменены и (или) дополнены путем составления дополнительного соглашения, подписанного Сторонами.

11.2. Любая из Сторон вправе досрочно расторгнуть договор в одностороннем порядке в случае существенного нарушения условий договора другой стороной.

11.3. Сторона, заинтересованная в расторжении настоящего договора, обязана известить другую Сторону о его расторжении письменно не менее чем за 30 календарных дней до предполагаемой даты его расторжения.

11.4. В случае досрочного расторжения настоящего договора Стороны должны исполнить свои обязательства, возникшие до даты его расторжения.

12. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

12.1. Подписанием настоящего договора Заказчик подтверждает, что до заключения договора:

- проинформирован Исполнителем 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, а также о порядке, об объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, однако принял решение о самостоятельном обращении за получением Услуг;

- получил в доступной форме информацию об Услугах, а именно: порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении Услуг, а также информацию о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

- уведомлен, что Пациенты, 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 временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях;

- уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего Услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой Услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Застрахованного.

12.2. Все документы, касающиеся настоящего договора, подписываются уполномоченными представителями Сторон. Документы, переданные посредством факсимильной связи, имеют юридическую силу при условии последующего направления оригиналов в течение 5 календарных дней почтовой связью.

12.3. Стороны обязуются в течении 3 (трех) дней уведомить друг друга об изменении своего юридического адреса, почтовых и банковских реквизитов.

12.4. Все споры, вытекающие из настоящего договора, решаются путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации по месту нахождения Исполнителя.

12.5. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

12.6. Приложение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора:

Приложение № 1. Копия лицензии Заказчика

Приложение № 2. Информация о величине платы за оказание услуг (работ) (Прейскурант).

Приложение № 3. Образец гарантийного письма.

Приложение № 4. Образец страхового медицинского полиса.

13. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области

«Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»)

Адрес: 644024, г. Омск, ул. Ильинская, 9

ИНН/КПП 5504001891/550401001

ОГРН 1025500982847

Получатель средств: УФК по Омской области
(БУЗОО «КДЦ» л/с 006220148)

Банк получателя: Отделение Омск Банка России//

УФК по Омской области г. Омск

БИК 015209001

Казначейский счет (в поле р/счета): 03224643520000005201

Единый казначейский счет (в поле кор/счета):

40102810245370000044

КБК 00600000000000000130

сайт <https://okd-center.ru>.

телефоны: приемная 31-17-00; бухгалтерия 30-37-70;

планово-экономический отдел 30-34-10

(Свидетельство о государственной регистрации юридического

лица серия 55 номер 001439548, выдано Инспекцией

Министерства Российской Федерации по налогам и сборам № 2

по Центральному административному округу г. Омска

19.11.2002)

Лицензия на осуществление медицинской деятельности

№ ЛО-55-01-002389 от 27.08.2018 г.,

срок действия - бессрочно,

выдана Министерством здравоохранения Омской области

(г. Омск, ул. Красный Путь, д. 6, т. 7-3812-233525)

Заказчик

Наименование организации:

Адрес:

Иные адреса, на которые Исполнитель может направить ответ на письменное обращение: _____

ИНН

КПП

ОГРН

р/с

к/с

Наименование банка

л/с

БИК

Телефон:

Должность Исполнителя

ФИО
«__» _____ 20__ год
М.П.

Должность Заказчика

ФИО
«__» _____ 20__ год
М.П.