

ДОГОВОР № \_\_\_\_\_  
о возмездном предоставлении медицинских услуг

г. Ставрополь

дата

лице \_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_, с одной стороны, и

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Ставропольская краевая клиническая специализированная психиатрическая больница №1», лицензия № ЛО-26-01-005433 от 09 июля 2020 г., выдана министерством здравоохранения Ставропольского края бессрочно, г. Ставрополь, ул. Маршала Жукова, 42/311, телефон 8(8652)748079, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Боева Олега Игоревича, действующего на основании Устава, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется по поручению Заказчика оказать медицинские услуги по проведению обязательного психиатрического освидетельствования комиссией врачей-психиатров лиц, направляемых Заказчиком (далее по тексту также «потребитель услуги» или «работник»), а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги в размере, порядке и на условиях, предусмотренных настоящим договором.

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

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

- "Перечнем медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности" утвержденным Постановлением Правительства РФ от 28.04.1993 № 377;

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

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

1.4. Место оказания услуг: место нахождения Исполнителя.

2. Обязанности сторон

2.1. Заказчик обязуется:

2.1.1. Оказывать содействие Исполнителю в надлежащем исполнении им обязательств по договору, в т. ч. обеспечить явку потребителя услуги в назначенное время, выполнение требований и рекомендаций Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего услугу). Несоблюдение указанных в настоящем пункте условий может снизить качество услуг или повлечь за собой невозможность завершения услуг в срок.

2.1.2. Выдать направляемым лицам заполненное надлежащим образом направление, бланк согласия на проведение медицинского вмешательства и обработку персональных данных Исполнителем, а также предупредить направляемых лиц о необходимости предъявления паспорта гражданина РФ и военного билета лицам мужского пола при проведении освидетельствования. Формы документов, указанных в настоящем пункте, а также соответствующие бланки, доступны для скачивания на официальном сайте Исполнителя по адресу: [https://www.stavpb.ru/doc/Buh/prilozhenie\\_dogovor\\_PP\\_695.pdf](https://www.stavpb.ru/doc/Buh/prilozhenie_dogovor_PP_695.pdf)

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

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

2.1.5. Своевременно оплатить услуги Исполнителя согласно выставленному счету.

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

2.2. Исполнитель обязуется:

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

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

- о порядках оказания и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;

- информацию о конкретном медицинском работнике (его профессиональном образовании и квалификации), предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу;

- информацию о методах и возможных видах медицинского вмешательства, связанных с ними рисках, последствиях и ожидаемых результатах;

- другие сведения, относящиеся к предмету договора.

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

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

Конфиденциальной по настоящему договору признается информация:

- о результатах осмотра/освидетельствования;

- диагноз потребителя услуг;

- сведения личного характера о потребителях услуг и персональные данные.

2.2.5. Предоставить Заказчику:

- счет за оказанные услуги;

- реестр лиц, получивших услуги;

- акт об оказании услуг.

3. Цена договора и порядок расчетов

/Боев О.И.

3.1. Оплата услуг осуществляется по цене, предусмотренной в пункте 3.3 настоящего Договора, исходя из объема фактически оказанных услуг.

3.2. Заказчик производит расчет с Исполнителем в течение 10 банковских дней с момента предоставления Исполнителем акта об оказании услуг. Расчет производится в безналичной форме, путем перечисления денежных средств на счет Исполнителя, указанный в разделе 8 настоящего Договора.

3.3. Цена услуг и сумма договора:

№	код	Наименование услуги	Ед. измерения	Цена за ед. руб.	Кол-во	Сумма, руб.
1	A12/12	Обязательное психиатрическое освидетельствование*	1 освидетельствование с выдачей заключения	_____	_____	_____
Итого сумма договора: _____						

\*Включает ЭЭГ.

3.4. Медицинские услуги в рамках настоящего Договора не подлежат обложению налогом на добавленную стоимость согласно п.п.2, п.2 ст.149 Налогового кодекса РФ.

#### 4. Ответственность сторон

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

4.2. Исполнитель несет ответственность:

4.2.1. за несоответствие качества оказываемых услуг нормативным требованиям;

4.2.2. за недостоверное предоставление информации.

4.3. Заказчик несет ответственность:

4.3.1. за недостоверное предоставление информации;

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

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

#### 5. Порядок изменения и расторжения договора

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

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

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

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

#### 6. Срок действия договора

6.1. Настоящий договор действует с момента его подписания по 25.12.2022 года, а в части взаиморасчетов – до полного исполнения обязательств.

#### 7. Дополнительные условия

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

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

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

7.4. Все документы (акты, счета, счета-фактуры, реестры, сообщения, письма и/или иные документы), направляемые в соответствии с настоящим Договором или в связи с ним, будут считаться направленными надлежащим образом, если они отправлены с помощью системы юридически значимого обмена электронными документами (СБИС-Тензор или другого оператора ЭДО при условии доступности Сторонам роуминга для электронного документооборота между соответствующими операторами).

Датой получения документа, отправленного посредством ЭДО, считается дата в извещении о получении, сформированного в системе юридически значимого обмена электронными документами.

#### 8. Юридические адреса и реквизиты сторон:

Заказчик

Исполнитель

ГБУЗ СК «СККСПБ №1», 355038, г. Ставрополь,

ул. Ленина, 441, тел. 8(8652) 991774, 560433

ИНН/КПП 2633002440/263501001

ОГРН 1022601948478

Казначейский счет № 03224643070000002101;

ЕКС (единый казначейский счет)

№ 40102810345370000013, ОТДЕЛЕНИЕ

СТАВРОПОЛЬ БАНКА РОССИИ//УФК по

Ставропольскому краю г. Ставрополь,

БИК 010702101, лицевой счет в Министерстве

финансов Ставропольского края № 045.70.004.8

ОКТМО 07701000. Для заполнения поля 104

платежного поручения КБК 0450000000000000130

(платные медицинские услуги). Назначение платежа

обязательно указать: тип средств 04.01.02. УИН 0.

E-mail: skkpb1\_ag@mail.ru

Подписи сторон:

Исполнитель

Заказчик

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / Боев О.И.

\_\_\_\_\_  
(наименование работодателя)

ОГРН \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_

Тел. ответственного специалиста от работодателя: \_\_\_\_\_

По договору (номер и дата договора): \_\_\_\_\_

## НАПРАВЛЕНИЕ НА ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

регистрации: \_\_\_\_\_

в соответствии со ст. 214, 220 Трудового кодекса Российской Федерации направляется на обязательное психиатрическое освидетельствование с целью определения соответствия состояния здоровья поручаемой ему (ей) работе в должности

\_\_\_\_\_  
(наименование должности)

\_\_\_\_\_  
(указать виды профессиональной деятельности, связанной с влиянием вредных веществ

и неблагоприятных производственных факторов и/или виды профессиональной

деятельности в условиях повышенной опасности в соответствии

с Постановлением Правительства РФ от 28.04.1993 N 377)

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

1. направить по электронной почте \_\_\_\_\_

2. выдать на руки работнику \_\_\_\_\_

3. направить другим способом \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(должностное лицо)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы)

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

М.П.

### Согласие на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_ ,  
(Ф.И.О.)

дата рождения « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

проживающий(ая): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и статей 4, 23 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» даю согласие на освидетельствование/освидетельствование несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет /освидетельствование недееспособного, не способного по своему состоянию дать согласие на психиатрическое освидетельствование (нужное подчеркнуть) врачом-психиатром

проведение дополнительных методов исследования: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Данные медицинского вмешательства и заключение о состоянии здоровья обследуемого фиксируются в медицинской документации, в которой указываются также причины обращения за медицинской помощью и медицинские рекомендации.

Я осведомлён(а), что в соответствии со ст. 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей, за исключением случаев, установленных законодательством. С письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам.

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента/представителя)

даю согласие на предоставление сведений обо мне, составляющих врачебную тайну,

(Ф.И.О. доверенного лица/наименование работодателя)

Я уведомлен, что предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается в случаях, установленных ст.13 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Врач: \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

### заявление о способе передачи персональных данных

Главному врачу  
ГБУЗ СК «СККСПБ №1»  
**О.И. Боеву**

Я, нижеподписавшийся: \_\_\_\_\_  
фамилия, имя, отчество

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
адрес по месту регистрации

паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

в соответствии с Федеральным законом №152-ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006 г. и Приказом ФСТЭК № 21 "Об утверждении Состав и содержания организационных и технических мер по обеспечению безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных" от 18.02.2013 г., даю свое согласие уполномоченным лицам ГБУЗ СК «СККСПБ №1», расположенному по адресу 355038, г. Ставрополь, ул. Ленина, 441 (далее - Оператор) передавать мои персональные данные по открытым каналам связи, в частности: посредством факсимильной связи и почтовых отправлений.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(подпись, расшифровка подписи – Фамилия И.О.)

## СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_  
фамилия, имя, отчество

проживающий по адресу \_\_\_\_\_  
адрес по месту регистрации

паспорт \_\_\_\_\_  
серия, номер кем и когда выдан

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

сына, дочери, в возрасте до 15 лет, моего подопечного – ФИО пациента включающих: фамилию, имя, отчество, дату рождения, данные основного документа, удостоверяющего личность (серия, номер, кем и когда выдан, код подразделения, адрес регистрации), адрес проживания, место жительства, реквизиты полиса медицинского страхования, СНИЛС, контактный(е) телефон(ы), место работы, профессию, должность, место учебы, характеристики, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, медицинскими осмотрами, медицинскими освидетельствованиями, медицинскими экспертизами – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

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

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

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

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

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

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет пятьдесят лет. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

Контактный(е) телефон(ы): \_\_\_\_\_

и почтовый адрес проживания: \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_

ФИО, подпись пациента или его законного представителя