ДОГОВОР

о возмездном предоставлении медицинских услуг

г. Ставрополь **«_____» _____ 20___ г.**

_____, в лице_____

_____, действующего на основании **_____,** именуемое в дальнейшем «Заказчик» с одной стороны, и г**осударственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Ставропольская краевая клиническая специализированная психиатрическая больница №1»,** лицензия №ЛО -26-01-004536 от "28" июня 2018 г., выдана бессрочно министерством здравоохранения Ставропольского края (ул. Маршала Жукова, 42/311, телефон 8(8652)748079), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Олега Игоревича Боева, действующего на основании Устава, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

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

1.2. Психиатрическое освидетельствование проводится в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 26.08.2013 N 733 "О медицинском освидетельствовании лиц на предмет наличия (отсутствия) заболевания, препятствующего поступлению на службу в органы и учреждения прокуратуры Российской Федерации и исполнению служебных обязанностей прокурорского работника".

1.3. Результатом оказания услуг является выдача лицам, направленным на психиатрическое освидетельствование заключения врача психиатра/справки.

2. Обязанности сторон

2.1. **Заказчик обязуется:**

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

2.1.2. Выдать направляемым лицам заполненное надлежащим образом направление, бланк согласия на *проведение обязательного психиатрического освидетельствования и обработку персональных данных Исполнителем, а также предупредить направляемых лиц о необходимости предъявления паспорта гражданина РФ, и военного билета лицам мужского пола при проведении освидетельствования.*

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

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

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

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

2.2.Исполнитель обязуется:

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

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

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

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

2.2.4. Соблюдать правила медицинской этики, врачебную тайну, конфиденциальность информации о здоровье Заказчика/потребителя и о его персональных данных.
Конфиденциальной по настоящему договору признается информация:

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

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

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

3. Цена договора и порядок расчетов

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

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

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

№	код	Наименование услуги	Ед. изм.	Кол-во	Цена за ед./ руб.	Сумма/ руб.
1	Г1	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-психиатра/ психиатрическое освидетельствование врачом-психиатром ***Примечание:*** ***Потребители услуги:*** *граждане, имеющие постоянную регистрацию в г. Ставрополе более года* *или* *имеющие на руках информацию о фактах обращения за медицинской помощью к врачу-психиатру и/или установлении диспансерного наблюдения по месту постоянной регистрации гражданина.*	1 осмотр		430,00	
2	Г 12	***Сбор объективного анамнеза в психиатрии*** ***Примечание****:* ***Потребители услуги****: граждане, не имеющие постоянной регистрации в г. Ставрополе,* *или* *имеющие постоянную регистрацию в г. Ставрополе менее года, а так же другие граждане, желающие получить данную услугу.*	1 запрос		300,00	
	Итого общая сумма договора:					

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

4. Ответственность сторон

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

4.2. Исполнитель несет ответственность :

4.2.1. за качество оказываемых услуг;

4.2.2. за недостоверное предоставление информации.

4.3. Заказчик несет ответственность :

4.3.1. за недостоверное предоставление информации;

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

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

5. Порядок изменения и расторжения договора

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

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

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

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

6. Срок действия договора

6.1. Настоящий договор действует с _____г. по _____ 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.

8. Юридические адреса и реквизиты сторон:

«Заказчик»	***«Исполнитель»***
	ГБУЗ СК «СККСПБ №1» *355038, г .Ставрополь, ул. Ленина,441,* *тел. 56-14-33, 56-04-33* *ИНН/КПП 2633002440/263501001* *Р/с 40601810600023000001* *в Отделении по СК Южного главного управления ЦБ РФ* *БИК 040702001* *Лицевой счет в МФ СК* *(ГБУЗ СК «СККСПБ №1»* *л/с №045.70.004.8)* *КБК 00000000000000000130*

Подписи сторон:

Руководитель	*Главный врач*
_____/_____	_____ *О.И. Боев*
МП	*МП*

Приложение 1
к договору №_____ от _____г.

Бланк направления

«__» _____ 201__ г.

Направление на психиатрическое освидетельствование

_____
(наименование Заказчика)
_____
(форма собственности и вид экономической деятельности по ОКВЭД)
направляет в государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Ставропольская краевая клиническая специализированная психиатрическая больница №1», для прохождения *психиатрического освидетельствования*
_____
(Ф.И. О. направляемого лица, дата рождения, адрес по месту постоянной регистрации)
работающего в _____
(наименование организации, структурного подразделения работодателя (при наличии)
на должности (по профессии) _____
_____
(указать вредные и (или) опасные производственные факторы, а также вид деятельности)

_____ _____ _____
должность подпись фамилия, инициалы

Направление получил:

_____
(Ф.И.О. и роспись лица, направляемого на осмотр)

Приложение 2
к договору №_____ от _____г.

Бланк согласия на психиатрическое освидетельствование

Согласие на психиатрическое освидетельствование

Я, _____,
(Ф.И.О.)
дата рождения «____» _____ _____ г. , проживающий(ая):
_____
_____

в соответствии с требованиями статьи 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 _____

Данные психиатрического освидетельствования и заключение о состоянии психического здоровья обследуемого фиксируются в медицинской документации, в которой указываются также причины обращения к врачу-психиатру 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 _____

Приложение 3
к договору №_____ от _____г.

Бланк согласия на обработку
персональных данных

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

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

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», ст.13 Федерального Закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны граждан в РФ», подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ «Ставропольская краевая клиническая специализированная психиатрическая больница №1» (далее – Оператор), расположенному по адресу 355038, г. Ставрополь, ул. Ленина, 441, моих персональных данных
_____
_____,
сына, дочери, в возрасте до 15 лет, моего подопечного – ФИО пациента

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

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

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

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные (персональные данные моего сына, дочери, в возрасте до 15 лет, моего подопечного) посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) в соответствии с законодательством Российской Федерации, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договору оказания платных медицинских услуг; осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой медицинской организацией, организацией - заказчиком медицинских услуг во исполнение своих обязательств по договору оказания платных медицинских услуг с использованием машинных носителей информации, по защищённому 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 защищённым 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 **двадцать пять 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