

БУЗ ВО «ВОСПК №1» (лицензия на осуществление медицинской деятельности №ЛО-35-01-1878 от 12.05.2015г. выдана департаментом здравоохранения Вологодской области), именуемое в дальнейшем Исполнитель в лице главного врача Ульяновой Марины Владимировны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и (ФИО) \_\_\_\_\_, именуемый (ая) в дальнейшем Пациент, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Исполнитель предоставляет Пациенту по его выбору и желанию добровольную платную медицинскую услугу: \_\_\_\_\_

(наименование услуги)

1.2.Срок оказания медицинской услуги – 1 – 2 дня.

**2. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ**

2.1.Стоимость медицинской услуги согласно прейскуранту на момент оказания услуги составляет \_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_ коп

2.2.Оплата медицинской услуги производится наличными в кассу БУЗ ВО «ВОСПК №1» до момента начала оказания услуги.

2.3. В случае обнаружения антител при проведении анализа на резус-антитела Пациент дает согласие на проведение процедуры титрования резус-антител \_\_\_\_\_ (подпись)

Стоимость медицинской услуги титрование резус-антител составляет \_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_ коп. Оплата данной услуги производится наличными в кассу учреждения при получении результатов исследования.

**3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

3.1.Исполнитель обязан:

- оказать качественную медицинскую услугу в соответствии с условиями настоящего Договора и в установленный договором срок, а при отсутствии в Договоре условий об их качестве — требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида;
- предоставить Пациенту бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемой услуге, возможности получения ложноотрицательных и ложноположительных результатов исследований;
- по требованию Пациента в доступной форме предоставить ему информацию, подтверждающую специальную правоспособность учреждения и его медицинских работников;
- охранять информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

3.2. Исполнитель имеет право отказать Пациенту в оказании медицинской помощи, в случае, нарушения им условий п. п. 2.2., 6 настоящего Договора.

3.3.Пациент обязан:

- информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесённых заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;
- добросовестно выполнять рекомендации медицинского персонала в ходе получения медицинских услуг.
- Оплатить предоставленную Исполнителем медицинскую услугу в сроки и в порядке, определенные данным Договором.

3.4.Пациент имеет право:

- на получение информации о медицинской услуге;
- ознакомиться с документами, подтверждающими специальную правоспособность учреждения и его врачей;

3.5.Дополнительно для женщин при оказании медицинской услуги по определению резус-фактора:

- с целью правильного выбора метода исследования ответить на вопрос: беременны ли Вы на момент исследования: **Да; Нет.**

**4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

4.1.В случае ненадлежащего оказания медицинской услуги Пациент вправе потребовать безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги.

4.2.Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения Пациентом своих обязанностей или по другим основаниям, предусмотренным законодательством, а также по причине нарушения условий договора Пациентом, в том числе в случаях, если:

- 4.2.1. появились осложнения, связанные с тем, что Пациент не предоставил медицинским работникам БУЗ ВО «ВОСПК №1» полную и достоверную информацию об имеющихся у него заболеваниях;
- 4.2.2. осложнения возникли из-за несоблюдения врачебных рекомендаций.

**5. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

5.1.Договор может быть расторгнут по соглашению сторон. В случае досрочного расторжения Договора по инициативе Пациента, Пациент оплачивает Исполнителю фактически оказанные медицинские услуги, а также возмещает фактически понесенные убытки в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.2. За неисполнения либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

5.3. Настоящий Договор составлен в 2 экземплярах, которые имеют одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

5.4.Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

**6. СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. “О персональных данных” № 152-ФЗ, я \_\_\_\_\_ подтверждаю свое согласие на обработку бюджетным учреждением здравоохранения Вологодской области «Вологодская областная станция переливания крови №1», расположенным по адресу: г.Вологда, ул.Ветошкина, д.55 (далее Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), данные о состоянии моего здоровья (результаты проведения медицинских анализов), заболеваниях при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской услуги я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения: в Центр СПИД, кожно-венерологический диспансер, Центр гигиены и эпидемиологии с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Настоящее согласие дано мной (ФИО) \_\_\_\_\_  
 Согласие действует с момента его подачи до моего письменного отзыва данного согласия \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 дата подпись

**6. ПОДПИСИ СТОРОН**

**Исполнитель**  
 БУЗ ВО «Вологодская областная станция переливания крови №1»  
 Г. Вологда, ул. Ветошкина, д. 55  
 Тел. (8172) 75-11-31  
 ОРГН № 1023500896682  
 ИНН 3525072378  
 КПП 352501001

**Пациент**  
 ФИО \_\_\_\_\_  
 Адрес места жительства \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Тел. \_\_\_\_\_  
 Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
 Выдан « » 20 г. \_\_\_\_\_

Главный врач \_\_\_\_\_ (Ульянова М.В.) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)



ФИО \_\_\_\_\_, именуемый (ая) Пациент, и БУЗ ВО «Вологодская областная станция переливания крови №1» (лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-35-01-001878 от 12.05.2015г. выдана департаментом здравоохранения Вологодской области), именуемое Исполнитель в лице главного врача Ульяновой Марины Владимировны, действующего на основании Устава, составили настоящий акт о нижеследующем:

Исполнитель оказал Пациенту платную медицинскую услугу (услуги):

Наименование услуги	Дата	Количество	Цена за единицу, руб.	Стоимость, руб.

Общая стоимость услуги (услуг) составляет \_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_ коп.

Указанная платная услуга (услуги) выполнена в полном объеме, в соответствии с условиями договора. Стороны претензий друг к другу не имеют.

**От Исполнителя**

**От Пациента**

Главный врач \_\_\_\_\_ (Ульянова М.В.)

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)