**ДОГОВОР**

**на оказание платных медицинских услуг**

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202 г.

г. Нижний Новгород

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012г. № 2 1006 ”06 утверждении Правил представления медицинскими организациями платных медицинских услуг”, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области ”Нижегородский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД инфекционными заболеваниями”, Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц от 17 октября 2011 года, выданное ИФНС России по Нижегородскому району г. Нижнего Новгорода; Лицензия ЛО-52-01-006313 от 06 ноября 2018г., выданная Министерством здравоохранения Нижегородской области (Адрес: Малая Ямская ул.78, Нижний Новгород, Нижегородская обл., 603005; тел.: 8 (831) 250-94-03), в лице главного врача Апояна С.А. действующего на основании Устава, именуемый в дальнейшем **”Исполнитель”**, с одной сторон­­ы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем **”Заказчик”** с другой стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый **”Плательщик”** заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией:

**2. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):**

**1)** **при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по**: медицинской статистике, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, функциональной диагностике;

**2) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:** организации здравоохранения и общественному здоровью, педиатрии, терапии;

**4) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:** акушерству гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), аллергологии и иммунологии, дерматовенерологии, инфекционным болезням, медицинской статистике, неврологии, психиатрии-наркологии, рентгенологии, стоматологии терапевтической, ультразвуковой диагностике, фтизиатрии, функциональной диагностике, хирургии, эпидемиологии;

**5) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по:** инфекционным болезням.

**7. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги):**

**2) при проведении медицинских освидетельствований:**

медицинскому освидетельствованию на выявление ВИЧ-инфекции, медицинскому освидетельствованию на наличие инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа иностранным гражданам и лицам без гражданства в выдаче либо аннулировании разрешения на временное проживание, или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации;

**3) при проведении медицинских экспертиз по:** экспертизе временной нетрудоспособности.

**2. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):**

**1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по**: дезинфектологии, лабораторной диагностике;

**4) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:** бактериологии, клинической лабораторной диагностике.

2.**”Заказчик”** поручает, а **”Исполнитель”** принимает на себя обязательства оказать **”Заказчику”** медицинские услуги:

**Иммунохроматографическое экспресс-исследование носоглоточного мазка на выявление антигена Sars-Cov-2 (COVID-19 Ag Respi-Strip)**

3.**”Исполнитель”** обязан обеспечить соответствие предоставляемых им платных услуг требованиям, предъявляемым к метода) диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

4**.”Исполнитель**” обязан:

* 1. обеспечить **”Заказчика”** необходимой и достоверной информацией по оказанию платных медицинских услуг;
  2. разъяснить **”Заказчику”** его права и обязанности, в том числе его право на получение медицинской услуги на бесплатной основе, в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

4.3: Исполнитель оказывает медицинские услуги своими силами в течение десяти рабочих дней. Изменение сроков выполнении работ возможно по согласованию сторон.

5**. ”Плательщик”** обязан:

- оплатить стоимость медицинской услуги в течение одного рабочего дня, путём внесения денежных средств в кассу Исполнителя или на его расчётный счёт. Стоимость медицинской услуги составляет сумму, указанную в квитанции об оплате.

5.1. **”Заказчик”** обязан выполнить требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинской услуги, сообщение необходимых для этого достоверных сведений.

6**. ”Плательщик”** производит предоплату за медицинские услуги в размере 100 %, согласно прейскуранта цен в кассу центра.

6.1. Стоимость медицинских услуг по настоящему договору составляет:

**Одна тысяча двести пятьдесят рублей 00 копеек**

7**.”Заказчику”** разъяснены его права и обязанности, в том числе его право на получение медицинской услуги на бесплатной основе, в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

1. При несоблюдении **”Исполнителем”** своих обязательств **”Заказчик”** вправе по своему выбору назначить новый срок оказания услуги, расторгнуть договор и потребовать возврата денег.
2. При несоблюдении **”Заказчиком”** рекомендаций ”Исполнителя” обеспечивающих качественное предоставление медицинских услуг, в том числе конечный результат оказанной медицинской услуги, ”Исполнитель” не несет ответственность за наступление негативных последствий.
3. За неисполнение или ненадлежащее исполнение договора, несоблюдение требований, предъявленных к методам диагностики, **”Заказчик”** вправе предъявить требования о возмещении убытков. За ненадлежащее исполнение сторонами своих обязательств стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

11. Претензии и споры, возникшие между **”Заказчиком”** и **“Исполнителем”** разрешаются по соглашению сторон или в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

12. Оказанные медицинские услуги оформляются актом приема-передачи оказанных услуг, подписываемом **”Заказчиком”** и **“Исполнителем“.**

1. Любые изменения и дополнения к настоящему договору действительны, при условии, если они совершены в письменно форме и подписаны сторонами.
2. Расторжение договора осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Подписи сторон** | |
| **Заказчик** | **Плательщик** | Государственное бюджетное учреждение здравоохранения |
|  |  | Нижегородской области ”Нижегородский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными |
|  |  | заболеваниями“ |
|  |  | Адрес: 603005, г. Н. Новгород, ул. Минина, д, 20/3, литер ”Е” |
|  |  | Тел.: (831) 214-0-214 |
|  |  | ИНН 5260039986 КПП 526001001 ОГН 1025203013230 |
|  |  | Министерство финансов Нижегородской области (ГБУЗНО  «НОЦ СПИД» л/с 24001050210)  Р/сч (казначейский счет) 03224643220000003200  К/сч (единый казначейский счет) 40102810745370000024  ВОЛГО-ВЯТСКОЕ ГУ БАНКА РОССИИ//УФК по  Нижегородской области г. Нижний Новгород БИК 012202102  На основании приказа главного врача ГБУЗ НО ”НОЦ СПИД” от 09.01.2020 года N2 25 право подписи договора предоставлено  кассиру |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**АКТ приема-передачи оказанных услуг**

г. Нижний Новгород \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2021 г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области ”Нижегородский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями”, именуемый в дальнейшем **”Исполнитель**”, в лице главного врача Апояна С.А., действующего на основании Устава, с одной стороны,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ именуемый в дальнейшем **”Заказчик”**, с другой стороны,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,именуемый в дальнейшем «**Плательщик»,** составили настоящий акт о том, что ”Исполнитель” выполнил все условия договора на оказание платных медицинских услуг от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2021 г., а ”Заказчик” оплатил стоимость медицинской услуги в полном объеме в соответствии с условиями договора. Условия договора выполнены в полном объеме, стороны претензий друг к другу не имеют.

Подписи сторон

Заказчик Исполнитель

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области ”Нижегородский областной

центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями”

603005, город Нижний Новгород, улица Минина, дом 20/3, литер ”Е”

ИНН/КПП 5260039986/526001001

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В ГБУЗНО ”НОЦ СПИД”**

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. полностью),

проживающий по адресу (месту регистрации):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт серия и номер (или иной документ) , дата выдачи название выдавшего органа

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

в соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ от 27.07.2006г. ”О персональных данных” N2 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Нижегородской области ”Нижегородском областном центре по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями” (далее - Оператор) мои персональные данные/моего несовершеннолетнего ребенка персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМ (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), паспортные данные, данные состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, - в медико-профилактических целях, целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая cбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожении; Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту с несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранял профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара, пять лет - для поликлиники). Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документ; который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручение лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого ДУ, завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Субъект персональных данных уведомляется о том, что в случае отзыва субъектом персональных данных согласия обработку персональных данных оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных в соответствии с частью 2 статьи 9 Федерального закона ”О персональных данных”.

Подпись субъекта персональных данных\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_