**Договор N \_\_\_\_**

**оказания услуг по осуществлению**

**санаторно-курортного лечения с участником СВО**

г. Уфа "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуем\_\_\_ в дальнейшем «Пациент», с одной стороны, и Общество с ограниченной ответственностью «Санаторий «Зеленая роща» (ОГРН 1160280136917, Свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 02 № 007857516 от 25.12.2016г.), именуемое в дальнейшем «Исполнитель» в лице директора Байтерякова Ф.Р., действующего на основании Устава, с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», руководствуясь распоряжением Главы Республики Башкортостан от 11 октября 2022 года № РГ-415 «О Плане мероприятий по оказанию содействия семьям граждан из Республики Башкортостан, принимающих участие в специальной военной операции, проводимой на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Херсонской и Запорожской областей, Украины», пунктом 1.4 Порядка предоставления субсидий из бюджета Республики Башкортостан на финансовое обеспечение и (или) возмещение санаторно- курортным организациям, расположенным на территории Республики Башкортостан, затрат на оказание услуг по оздоровлению отдельных категорий граждан, утвержденного постановлением Правительства Республики Башкортостан от 21 декабря 2022 года № 799, приказом МЗиО РБ от 13.02.2023 года № 334, Соглашением о предоставлении субсидии № 5 от 02.03.2023 года заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. Предмет Договора**

* 1. Исполнитель оказывает услуги в соответствии с **лицензией на медицинскую деятельность № Л041-01170-02/00336970** от 20.07.2018г., выданной Министерством здравоохранения Республики Башкортостан, место нахождения лицензирующего органа г. Уфа, ул. Тукаева, 23, телефон +7 (347) 218-00-81. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя, содержится в соответствующей лицензии Исполнителя, копия которой находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети Интернет или на **сайте Росздравнадзора по адресу https://roszdravnadzor.gov.ru/services/licenses** (по письменному заявлению Пациента ему представляется выписка из реестра лицензий).
  2. Исполнитель обязуется оказывать услуги по осуществлению санаторно-курортного лечения (проживание, питание, лечение) на основании **путевки № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.** Перечень услуг определен приложением к настоящему Договору (Приложение N 1).

В соответствии со статьей 779 Гражданского кодекса РФ стороны пришли к соглашению, что в части оказания услуг по оздоровлению предметом настоящего Договора является процесс оказания медицинской услуги, а не ее результат.

* 1. Продолжительность лечения и оздоровления составляет 14 дней. Сроки оказания услуг с «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_202 \_\_\_\_г. по «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_г.
  2. При поступлении на санаторно-курортное лечение, врач Исполнителя проводит осмотр пациента, проводит оценку состояния организма Пациента и выявляет наличие (отсутствие) факторов риска и ограничений для выполнения отдельных медицинских вмешательств при санаторно-курортном лечении, а также составляет индивидуальную программу санаторно-курортного лечения в рамках приобретенной путевки.
  3. Индивидуальная программа санаторно-курортного лечения может отличаться от перечня услуг, перечисленных в приложении № 1 к настоящему договору, и подлежит согласованию с Пациентом. Индивидуальная программа санаторно-курортного лечения составляется с учетом основного и сопутствующих заболеваний пациента и содержит: фамилию, имя, отчество (при наличии) и возраст; диагноз заболевания с указанием кода по МКБ\*(7); режим дня; лечебное питание (при круглосуточном пребывании); консультации врачей-специалистов (по медицинским показаниям).
  4. Заселение и выезд Пациента производится в расчетное время: выезд до 12:00, заезд до 14:00. По согласованию сторон может осуществляться выезд/заезд ранее/позднее указанного срока.

1. **Права и обязанности Сторон**

2.1. Пациент обязуется:

2.1.1. Не изменять сроки заезда без согласования с Исполнителем.

2.1.2. Информировать Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях. Давать полную, достоверную и правдивую информацию лечащему врачу о своих жалобах, госпитализациях, медицинских манипуляциях и вмешательствах, проведенном лечении и других фактах, касающихся своего соматического и психического здоровья, от которых зависит качество оказания медицинской услуги.

2.1.3. При поступлении на санаторно-курортное лечение предъявить Исполнителю:

а) паспорт или иной документ, удостоверяющий личность заявителя в соответствии с законодательством Российской Федерации, страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), идентификационный номер налогоплательщика (ИНН), контактный номер телефона;

б) СПРАВКА подтверждающая (подтверждающие) участие в специальной военной операции на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской области, Херсонской области и Украины

в) СПРАВКА (заключение) медицинского учреждения о лечебных рекомендациях участнику СВО (санаторно-курортная карта);

г) СПРАВКА, подтверждающая регистрацию либо временную регистрацию на территории Республики Башкортостан.

2.1.4. Соблюдать установленный в санатории режим отдыха и приема лечебных процедур, положение о порядке пребывания в санатории и противопожарные правила, требования настоящего договора, выполнять назначения и рекомендации лечащего врача, медицинского персонала, непосредственно оказывающего медицинские услуги. С 23 часов до 07 часов запрещается совершать действия, нарушающие тишину и покой граждан, за исключением специально отведенных мест – ресторан, диско-зал, бильярдная, спортзалы.

2.1.5. В случае причинения вреда имуществу Исполнителя, вред подлежит возмещению. Сторонами совместно составляется и подписывается акт. При отказе Пациента от подписания акта, акт составляется Исполнителем в одностороннем порядке в соответствии с Прейскурантом, действующим на момент причинения вреда.

2.1.6. Не курить и не распивать спиртные напитки в помещениях и на территории Исполнителя, кроме специально установленных мест.

2.2. Пациент вправе отказаться от исполнения Договора.

2.3. Исполнитель обязуется:

2.3.1. Обеспечить благоприятные условия для проживания, квалифицированное санаторно-курортное лечение, полноценное питание в соответствии с приложением № 1.

2.3.2. Обеспечить Пациенту, размещение в течение всего срока пребывания, указанного в договоре, и получение входящего в стоимость путевки комплекса медицинских услуг (лечения) в соответствии с приложением № 1, утверждёнными методическими рекомендациями и методиками по лечению отдельных заболеваний в условиях санатория и действующими Стандартами, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации и Министерством здравоохранения Республики Башкортостан.

2.3.3. Информировать Пациента о наличии медицинских показаний и противопоказаний к лечению, предоставляемых услугах, местонахождении и пути следования.

2.2.4. Обеспечить выдачу Пациенту отрывных талонов к санаторно-курортным путёвкам (или документов их заменяющих) с указанием фактического времени пребывания в санатории.

2.2.5. Организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе положениями об организации оказания медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи.

2.2.6. Обеспечить Пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской помощи.

2.2.7. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, предупредить об этом Пациента. Без согласия Пациента Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе. **Дополнительные медицинские услуги, при необходимости их оказания, предоставляются на основании отдельного договора на оказание платных медицинских услуг**. Конкретные медицинские услуги отражаются в медицинской документации пациента, в том числе в планах лечения (листе назначений), которые с момента подписания пациентом являются неотъемлемой частью договора на оказание платных медицинских услуг.

2.2.8. Немедленно извещать Пациента о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

2.2.9. Исполнитель обязан обеспечить неразглашение информации, составляющей врачебную тайну, в соответствии со статьей 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.3. Исполнитель вправе:

2.3.1. Отказать в заселении:

- при отсутствии санаторно-курортной карты, в случае, когда предоставление санаторно-курортной карты обязательно, в соответствии с нормативными актами (Порядком организации санаторно-курортного лечения, утвержденного Приказом Министерства здравоохранения РФ от 5 мая 2016 г. № 279н).

- в случае если Пациент частично или полностью утратил способность к самообслуживанию и нуждающемуся в постоянном постороннем уходе в случае отсутствия сопровождающего лица.

2.3.2. Расторгнуть договор в одностороннем порядке при невыполнении Пациентом условий договора: нарушении им санаторно-курортного режима, положения о порядке пребывания в санатории и/или пожарной безопасности, курения, распития спиртных напитков в номерах или других помещениях санатория, при этом Пациент подлежит выселению.

2.3.3. Отказать в дальнейшем пребывании в санатории в случае обнаружения у Пациента заболеваний, препятствующих дальнейшему лечению и пребыванию в санатории.

2.3.4. В случае отсутствия у Пациента санаторно-курортной карты при заселении, предоставить дополнительные услуги по ее оформлению за отдельную плату. При этом до получения необходимых результатов анализов и медицинского заключения об отсутствии противопоказаний и заболеваний, препятствующих к прохождению санаторно-курортного лечения, Исполнитель вправе отказать пациенту в получении лечения, прохождения медицинских процедур и посещения бассейна.

2.4. Исполнитель предоставляет Пациенту Акт об оказании услуг, содержащий сведения об объеме и стоимости оказанных услуг не позднее 2-х дней с момента оказания услуг по настоящему Договору.

Пациент обязуется рассмотреть и, при отсутствии возражений, подписать указанный Акт не позднее 2-х дней с момента получения от Исполнителя Акта об оказании услуг по настоящему Договору

В случае если в течение указанного срока Акт об оказании услуг не будет подписан Пациентом и Пациент не представит в письменной форме возражения по нему, односторонне подписанный Исполнителем Акт об оказании услуг считается подтверждением надлежащего оказания услуг по настоящему Договору.

В случае представления Пациентом обоснованного отказа от подписания Акта об оказании услуг Стороны в течение 5 дней вырабатывают единое решение по спорным вопросам.

**3. Стоимость услуг и порядок расчетов**

3.1. Стоимость путевки включает в себя проживание, питание и лечебные процедуры и составляет 60 200,00 рублей. Перерасчет стоимости путевки по причине отказа от любого из перечисленных компонентов не производится.

3.1.1. Оплата Услуг осуществляется в соответствии с Соглашением о предоставлении субсидии № 5 от 02.03.2023 года.

3.1.2. Пропущенные Пациентом процедуры не восстанавливаются и не возмещаются.

**4. Ответственность Сторон**

4.1. Исполнитель несет ответственность перед Пациентом за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента.

4.2. Ответственность Исполнителя не наступает в том случае, если:

4.2.1. Он принял все меры для надлежащего исполнения своих обязательств, проявил всю степень заботы и осмотрительности, какая требовалась от медицинского персонала (на основании п. 1 ст. 401 Гражданского кодекса РФ).

4.2.2. Если Пациент умышленно или по неосторожности скрыл или дал Исполнителю ложную информацию о своих прошлых заболеваниях, оперативных вмешательствах, аллергических реакциях и реактивных психических состояниях в документах, имеющих отношение к настоящему Договору, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

4.3. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия, пандемия, принятие нормативных актов препятствующих оказанию услуги или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

**5. Форс-мажор**

5.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения настоящего Договора в результате обстоятельств чрезвычайного характера, которые Стороны не могли предвидеть или предотвратить.

5.2. При наступлении обстоятельств, указанных в п. 5.1 настоящего Договора, каждая Сторона должна без промедления известить о них в письменном виде другую Сторону. Извещение должно содержать данные о характере обстоятельств, а также официальные документы, удостоверяющие наличие этих обстоятельств и, по возможности, дающие оценку их влияния на возможность исполнения Стороной своих обязательств по данному Договору.

5.3. Если Сторона не направит или несвоевременно направит извещение, предусмотренное в п. 5.2 настоящего Договора, то она обязана возместить второй Стороне понесенные ею убытки.

5.4. В случаях наступления обстоятельств, предусмотренных в п. 5.1 настоящего Договора, срок выполнения Стороной обязательств по настоящему Договору отодвигается соразмерно времени, в течение которого действуют эти обстоятельства и их последствия.

5.5. Если наступившие обстоятельства, перечисленные в п. 5.1 настоящего Договора, и их последствия продолжают действовать более 3 месяцев, Стороны проводят дополнительные переговоры для выявления приемлемых альтернативных способов исполнения настоящего Договора.

**6. Порядок разрешения споров**

6.1. Все споры и разногласия по настоящему Договору разрешаются Сторонами путем взаимных переговоров.

6.2. Споры, не урегулированные путем взаимных переговоров, разрешаются в судебном порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

**7. Заключительные положения**

7.1. Настоящий Договор вступает в законную силу с момента его подписания обеими Сторонами и действует до 31 декабря 2023г. Окончание срока действия договора влечет прекращение обязательств сторон по договору.

7.2. Все изменения и дополнения к настоящему Договору должны быть составлены в письменной форме и подписаны Сторонами.

7.3. В случае причинения Пациентом (либо его сопровождающими) вреда имуществу Исполнителя, причиненный вред возмещается в полном объёме путём внесения денежных средств в кассу Исполнителя. Оценка ущерба производится специальной комиссией Исполнителя с ознакомлением лица, причинившего ущерб.

7.4. При заболевании Пациента в период нахождения в санатории, препятствующего дальнейшему курсу санаторно-курортного лечения (оздоровления), больной госпитализируется в соответствующее лечебное учреждение. Решение о необходимости госпитализации принимается администрацией санатория по согласованию с заболевшим отдыхающим лицом.

7.5. Особые условия

7.5.1. Санаторно-курортная путевка действительна (распространяется) только для указанного в ней лица. Передача оформленных путевок другим лицам, а равно их раздел (между другими лицами и/или по срокам), обмен или перепродажа запрещены.

7.5.2. Пациент обязуется подписать Акт приемки оказанных услуг.

**8. Реквизиты и подписи Сторон**

**«Исполнитель» «Пациент»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ООО «Санаторий «Зеленая роща»  Адрес: 450080, г.Уфа, ул. Менделеева, д. 136, корп. 5  ИНН 0274922769 , КПП 027401001  ОГРН 1160280136917  Башкирское отделение № 8598 ОАО «Сбербанка России» г. Уфа  Кор/счет – 30101810300000000601  Номер расчётного счёта – 40702810506000004176  БИК – 048073601  тел. (347) 225-25-30, 8 800 200 21 90  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /Ф.Р. Байтеряков/ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  фамилия, имя и отчество (если имеется),  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  адрес места жительства и телефон Гостя  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись, инициалы, фамилия |

Приложение № 1 к Договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

об оказании санаторно-курортных услуг участнику СВО

от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Перечень услуг

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № путевки, период пребывания, размещение, перечень медицинских услуг\* | Ед. изм. | Кол-во | Цена (руб.) | Сумма (руб.) |
| **Путевка № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  «Участникам специальной военной операции» (проживание в соответствии с категорией номера, питание «Заказное», медицинские процедуры по профилю заболевания). | 1 | 14 | 4300,00 | 60200,00 |

\* При поступлении на санаторно-курортное лечение врач «Исполнителя» проводит осмотр пациента, проводит оценку состояния организма «Пациента» и выявляет наличие (отсутствие) факторов риска и ограничений для выполнения отдельных медицинских вмешательств при санаторно-курортном лечении, а также составляет индивидуальную программу санаторно-курортного лечения.

Индивидуальная программа санаторно-курортного лечения может отличаться от перечня услуг, перечисленных в приложении № 1 к настоящему договору, и подлежит согласованию с «Пациентом». Индивидуальная программа санаторно-курортного лечения составляется с учетом основного и сопутствующих заболеваний пациента и содержит: фамилию, имя, отчество (при наличии) и возраст; диагноз заболевания с указанием кода по МКБ\*(7); режим дня; лечебное питание (при круглосуточном пребывании); консультации врачей-специалистов (по медицинским показаниям).

**С момента составления Индивидуальной программы лечения, Приложение № 1 к настоящему договору действует в редакции Индивидуальной программы лечения.**

Пропущенные «Пациентом» процедуры не восстанавливаются (за пределами срока действия договора) и не возмещаются.

«Исполнитель» «Пациент»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ООО «Санаторий «Зеленая роща»  Адрес: 450080, г.Уфа, ул. Менделеева, д. 136, корп. 5  ИНН 0274922769 , КПП 027401001  ОГРН 1160280136917  Башкирское отделение № 8598 ОАО «Сбербанка России» г. Уфа  Кор/счет – 30101810300000000601  Номер расчётного счёта – 40702810506000004176  БИК – 048073601  тел. (347) 225-25-30, 8 800 200 21 90  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /Ф.Р. Байтеряков/ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *фамилия, имя и отчество (если имеется),*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  адрес места жительства и телефон  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *подпись, инициалы, фамилия* |

Приложение № 2 к Договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

об оказании санаторно-курортных услуг участнику СВО

от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

|  |
| --- |
| **СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных** |
| Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО  Субъект персональных данных, а в случае, если Субъектом персональных данных (Пациент) является несовершеннолетний или недееспособный гражданин, то Заказчик (фамилия, имя, отчество, адрес, данные основного документа, удостоверяющего личность (номер, сведения о дате выдачи и выдавшем органе) Пациента и Заказчика, а также реквизиты документа, подтверждающего полномочия Заказчика, представлены в графе «Адреса и реквизиты сторон» Договора, неотъемлемой частью которого является настоящее Согласие), **даю согласие на обработку обществом с ограниченной ответственностью «Санаторий «Зеленая роща» (адрес места нахождения: г. Уфа, ул. Менделеева, д. 136 корп. 5 (далее – «Оператор»)), моих персональных данных**, а именно: фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность (вид, серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ, код подразделения); место жительства; место и дата регистрации; данные полиса ОМС; СНИЛС; семейное положение; образование; место несения воинской службы, занятость; контактные телефоны, адрес электронной почты; сведения о расовой принадлежности; сведения об анамнезе и установленных диагнозах; сведения о факте обращения за медицинской помощью; сведения о видах, объеме, условиях оказания, примененных стандартах и результатах предоставления медицинской помощи (медицинских услуг). Обработка моих (Пациента) персональных данных осуществляется:  - с целью: предоставления медицинской помощи Пациенту, исполнения Договора об оказании санаторно-курортных услуг, в том числе оказания Пациенту медицинских услуг; предоставления сведений в Министерство земельных и имущественных отношений Республики Башкортостан, орган финансового контроля;  - путем совершения следующих действий с персональными данными: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных;  - следующими способами: с использованием средств автоматизации или без использования средств автоматизации;  - в течение следующего срока (срок, в течение которого действует настоящее Согласие): до достижения целей обработки, в частности, до прекращения Договора об оказании платных медицинских услуг, или до момента утраты необходимости в их достижении. Медицинская документация хранится в течение сроков, предусмотренных законодательством об охране здоровья граждан.  Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мной (пациентом) посредством составления письменного документа, который может быть направлен в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае отзыва Субъектом настоящего Согласия Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия Субъекта персональных данных только в случаях, предусмотренных федеральными законами. |
|  |
|  |
| Субъект персональных данных: ✔\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ ✔\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (подпись) (расшифровка подписи) |

Приложение № 3 к Договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

об оказании санаторно-курортных услуг участнику СВО

от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

***ФОРМА***

# Акт об оказании услуг

г. Уфа «\_\_\_\_\_»  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуем\_\_\_ в дальнейшем «Пациент», с одной стороны, и Общество с ограниченной ответственностью «Санаторий «Зеленая роща» (ОГРН 1160280136917, Свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 02 № 007857516 от 25.12.2016г.), именуемое в дальнейшем «Исполнитель» в лице директора Байтерякова Ф.Р., действующего на основании Устава, с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», составили настоящий акт о нижеследующем:

1. В соответствии с договором на оказание услуг от \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 г. N \_\_\_\_ (далее - Договор) Исполнитель оказал, а Пациент принял следующие услуги:

**Санаторно-курортное лечение в период с \_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 г. в объеме \_\_\_\_\_\_\_\_\_ дней, включая лечение, проживание, питание. Объем оказанных медицинских услуг указан в медицинской документации.**

1. Услуги оказаны на сумму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тысяч) рублей.
2. Услуги оказаны надлежащего качества. Стороны взаимных претензий не имеют.
3. Акт составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

«Исполнитель» «Пациент»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ООО «Санаторий «Зеленая роща»  Адрес: 450080, г.Уфа, ул. Менделеева, д. 136, корп. 5  ИНН 0274922769 , КПП 027401001  ОГРН 1160280136917  Башкирское отделение № 8598 ОАО «Сбербанка России» г. Уфа  Кор/счет – 30101810300000000601  Номер расчётного счёта – 40702810506000004176  БИК – 048073601  тел. (347) 225-25-30, 8 800 200 21 90  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Ф.Р. Байтеряков/ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *фамилия, имя и отчество (если имеется),*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  адрес места жительства и телефон  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *подпись, инициалы, фамилия* |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Приложение № 4 к Договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

об оказании санаторно-курортных услуг участнику СВО

от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

***Уведомления и согласия Пациента***

***(оформляются при первичном приеме и является частью медицинской документации )***

1. «Пациент» подтверждает, что согласен на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.
2. До «Пациента» доведена информация о платных медицинских услугах:

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

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

- методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

- другие сведения, относящиеся к предмету Договора.

1. «Пациент» уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) «Исполнителя» (работников Исполнителя) может снизить качество предоставляемых платных медицинских услуг, повлечь за собой невозможность их завершения в срок или отрицательно сказаться на здоровье «Потребителя».
2. Пациент уведомлен о том, что данная медицинская услуга входит в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Республики Башкортостан медицинской помощи на 2021 год и может быть ему оказана бесплатно в порядке, предусмотренном вышеуказанной Программой государственных гарантий. «Пациент» предпочитает получить данную услугу на платной основе в ООО «Санаторий «Зеленая роща».
3. «Пациент» в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» дает согласие на обработку и передачу его персональных данных: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (при наличии), ДМС (при наличии), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, биометрические персональные данные, другая информация. Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных, указаны в пунктах 1.1. и 9 Договора.

Цель обработки персональных данных: оказание медицинских услуг и осуществление иных, связанных с этим мероприятий.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, иные действия.

Общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных: внесение персональных данных в электронную базу данных, включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам ДМС, обмен (прием и передача) персональными данными со страховой медицинской организацией с использованием машинных носителей, или по каналам связи, или путем передачи документов (в том числе медицинских).

Срок, в течение которого действует согласие: со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

Порядок отзыва согласия: отзыв согласия осуществляется путем подачи субъектом персональных данных (Потребителем) соответствующего письменного заявления оператору (Исполнителю), получившему согласие.

1. Подписанием настоящего Договора и приложения № 1 к нему «Пациент» подтверждает, что он ознакомлен с информацией о качестве медицинской услуги, технологии ее оказания, ее конкретных исполнителях, о степени риска проводимых лечебно-диагностических процедур при оказании этой услуги, предполагаемых результатах и возможных осложнениях и согласен с данными условиями и информацией.

***Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО, подпись, дата).***

Приложение № 5 к Договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

об оказании санаторно-курортных услуг участнику СВО

от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

***Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство***

***(оформляется при первичном приеме и является частью медицинской документации)***

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения

(фамилия, имя, отчество полностью)

проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_поставлен (поставлена) в известность, что я (представляемый) обратился за медицинской помощью в ООО Санаторий «Зеленая Роща».

Добровольно даю свое согласие на нижеперечисленное:

* Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
* Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация.
* Антропометрические исследования. Термометрия. Тонометрия.
* Исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сфер).
* Лабораторные методы обследования, в том числе иммунологические исследования крови и слюны; биохимические: исследование сахара крови, исследование показателей липидного обмена, исследование крови на витамины, вирусологические.
* Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы биоимпедансное исследование состава тела, исследование основного обмена веществ.
* Ультразвуковые исследования щитовидной железы, органов брюшной полости и забрюшинного пространства, молочных желез
* Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно.
* Медицинский массаж. Лечебная физкультура.
* На другие методы обследования и лечения.

• Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности индивидуальной реакции организма, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, которые являются вариантом нормы (температура, зуд, болезненность) а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения.

• Я информирован об альтернативных методах лечения

• Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно выполнять назначенные лечащим врачом методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом приема любых, не прописанных лекарств.

• Я информирован что при состоянии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

медицинское вмешательство не допустимо

• Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, продуктов питания, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или/и биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

• Я согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками ООО Санаторий «Зеленая Роща» исключительно в медицинских целях с учетом сохранения врачебной тайны.

• Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

• В процессе оказания в ООО Санаторий «Зеленая Роща» мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам ООО Санаторий «Зеленая Роща», другим лицам в интересах моего обследования и лечения.

• Санаторий «Зеленая Роща» имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС, иными медицинскими организациями с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

• Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ООО Санаторий «Зеленая Роща» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю ООО Санаторий «Зеленая Роща»

• Разрешаю, в случае необходимости, предоставлять информацию и медицинскую документацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам:

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

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023

***Пациент (***или законный представитель***)***

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

(Ф И О, подпись).

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

ФИО медицинского работника, подпись

Результаты моих исследований, рекомендации по лечению прошу выслать на адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_