**ДОГОВОР**

**возмездного оказания услуг № \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| Московская область,  п. Жилино, стр. Г/1 | «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ |

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной госпиталь для ветеранов войн» (лицензия от 23.04.2019 №Л 041-01162-50/00328535, выдана Министерством здравоохранения Московской области, расположенным по адресу: 143407, Московская область, г. Красногорск-7, бульвар Строителей, д. 1, телефон горячей линии +7 (498) 602-03-01, размещена на стенде учреждения и официальном сайте info@mogvv.ru), зарегистрированное ИМНС России по г. Солнечногорск Московской области за основным государственным регистрационным номером 1025005683449 в Едином государственном реестре юридических лиц, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ действующей на основании доверенности ГБУЗ МО МОГВВ №\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года с одной стороны, и гражданин (ка) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** именуемый в дальнейшим «Заказчик/Потребитель», а в случае, если Заказчиком является несовершеннолетний или недееспособный гражданин, также «Законный представитель», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор, далее именуемый «Договор», о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать Заказчику услуги, Заказчик (Законный представитель) принимает оказанные услуги и обязуется оплатить оказанные услуги согласно Прейскуранту, действующему на момент оказания услуг.

Исполнитель принимает на себя обязательства оказать Заказчику, по его инициативе следующие услуги:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Код услуги** | **Наименование услуги** | **Цена** | **Кол-во услуг** | **Сумма** |
|  |  |  |  |  |
|  |  | | | |

2. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

2.2. Срок оказания Услуг **с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_**

3. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Оплата по настоящему договору производится в рублях по факту оказания услуг в день их оказания. Расчет производят безналичным способом с использованием платежных карт и иных электронных средств платежа, либо путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя. Способ оплаты определяет Заказчик. При заключении договора Заказчик по желанию может оплатить медицинские услуги непосредственно перед их оказанием в полном объеме. Заказчику после оплаты медицинских услуг выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых медицинских услуг, установленного образца.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Исполнитель обязан:

4.1.1. Публично ознакомить в установленном порядке с Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан, с Программой государственных гарантий бесплатной медицинской помощи на территории Московской области, с режимом работы учреждения Исполнителя, с лицензией на осуществление медицинской деятельности, с перечнем услуг с указанием их стоимости и условиями их получения в учреждении Исполнителя.

4.1.2. Оказать услуги по адресу: Московская область, г.о. Солнечногорск, п. Жилино, стр. Г/1, согласно Прейскуранта не относящиеся к основным видам деятельности, лишь постольку, поскольку это служит достижению целей, ради которых создано учреждение, а именно необходимых для качественного, своевременного и полного оказания услуги (комфортное пребывание в учреждении).

4.1.3. Обеспечить выполнение принятых на себя обязательств.

4.1.4. Соблюдать морально-правовые нормы профессионального общения с Заказчиком.

4.2. Исполнитель вправе:

4.2.1. Требовать от Заказчика своевременного и полного исполнения взятых на себя обязательств по Договору.

4.3. Заказчик обязан:

4.3.1. Своевременно оплатить предоставляемую (оказываемую) услугу в порядке, определяемом настоящим договором.

4.3.2. В случае расторжения договора оплатить в полном объеме Исполнителю фактически оказанную услугу.

4.3.3. Соблюдать в учреждении Исполнителя лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности, правила санитарно - противоэпидемиологического режима и требования, обеспечивающие качественное предоставление услуги, включая сообщения необходимые для этих сведений.

4.3.4. Соблюдать этические нормы общения в учреждении Исполнителя.

4.3.7. Бережно относится к имуществу Исполнителя.

4.4. Заказчик вправе:

4.4.1. Требовать от Исполнителя своевременного и полного исполнения взятых на себя обязательств по Договору.

4.4.2. Соблюдать рекомендации Исполнителя.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. В случае обнаружения Заказчиком недостатка оказанной Исполнителем услуги в течение 10 дней с момента ее оказания Заказчик направляет письменную претензию в адрес Исполнителя. При отсутствии претензии услуга признается оказанной надлежащего качества.

В случае обнаружения Заказчиком недостатка оказанной Исполнителем услуги в течение 10 дней с момента ее оказания Заказчик направляет письменную претензию в адрес Исполнителя на почтовый адрес или адрес электронной почты Исполнителя, указанные в разделе договора «Реквизиты сторон». В претензии должны содержаться сведения, достаточные для идентификации Потребителя (ФИО, дата предоставления медицинской услуги и ее вид), а также суть претензии и контактные данные для оперативной связи с Потребителем (телефон, адрес электронной почты).

В случае поступления претензии Заказчика Исполнитель направляет ему ответ в отношении заявленных требований в сроки, установленные для удовлетворения требований Потребителя Законом РФ «О защите прав потребителей», а при их отсутствии – в десятидневный срок со дня получения претензии. Ответ направляется по адресу электронной почты, указанному Потребителем в претензии, а при его отсутствии – заказным письмом с уведомлением о вручении либо иным способом, который позволяет зафиксировать факт направления ответа и его получения Потребителем.

6. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

6.1. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором стороны примут все меры к их разрешению путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в судебном порядке.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. Договор вступает в силу с момента подписания обеими сторонами и действует до полного исполнения обязательств друг перед другом.

7.2. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую силу.

7.3. Любые изменения и дополнения к настоящему договору производятся в письменной форме и подписываются сторонами.

8. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель** | **Заказчик** |
| Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной госпиталь для ветеранов войн»  Юридический адрес, местонахождение учреждения: 141540, Московская область, г. о. Солнечногорск, п. Жилино, стр. Г/1.  Телефон/факс: 8(495)536-06-46  E-mail: info@mogvv.ru; mz\_mogvv@mosreg.ru  ИНН 5044010887 КПП 504401001  ОКПО 05378230 ОКВЭД 86.10  ОКАТО 46252804006  ОКТМО 46771000297  ОГРН 1025005683449 (регистрирующий орган - Инспекция федеральной налоговой службы по г. Солнечногорску Московской области, адрес: 141500, Московская область, г. Солнечногорск, ул. Баранова, 6)  БИК – 004525987,  Единый казначейский 40601810700003000001  Расчетный счет 03224643600000004800  Министерство финансов Московской области  л/с 20013450050 ГБУЗ МО МОГВВ,  ГУ Банка России по ЦФО//УФК по Московской области, г. Москва | Ф.И.О.  Паспорт:  Выдан:  Адрес места жительства:  Полис ОМС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Исполнитель:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  М.П. | Заказчик:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись |

Я, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

ознакомлен(на) с потребительскими свойствами оказываемой Услуги, с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", с Программой государственных гарантий бесплатной медицинской помощи на территории Московской области, с режимом работы учреждения Исполнителя, с лицензией на осуществление медицинской деятельности, с информацией о квалификации специалистов, с перечнем платных услуг с указанием их стоимости и условиями их получения в учреждении Исполнителя.

«\_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись ФИО

Приложение № 1

к договору от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

на обработку и передачу персональных данных, а также на обработку и передачу специальных категорий персональных данных

Я, нижеподписавшийся (аяся) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

ФИО полностью

Паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

кем и когда выдан

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

адрес регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ электронная почта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствии со статьями 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьей 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» подтверждаю свое согласие на обработку **Государственным бюджетным учреждением здравоохранения Московской области «Московский областной госпиталь для ветеранов войн»** (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства (пребывания), место работы, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, выписанных рецептах и лекарственных средствах, случаи обращения за медицинской помощью, оформления листка нетрудоспособности, справки, выдаваемой учреждениями медико-социальной экспертизы (при наличии), и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях оказания медицинских услуг, включая установление медицинского диагноза, предоставления медико-профилактических услуг, социальных услуг, государственных и муниципальных услуг, осуществления иных, связанных с этим мероприятий, при условии обеспечения сохранности врачебной тайны.

В процессе оказания Оператором медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, в том числе специальные категории персональных данных, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения, в том числе в порядке взаимодействия с иными медицинскими организациями, привлекаемыми Оператором для оказания мне медицинской помощи.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, внесение их в электронную базу данных государственной информационной системы «Единая медицинская информационно-аналитическая система Московской области» (далее — ЕМИАС МО), включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные законодательством Российской Федерации, обмен (прием и передачу) персональными данными между ЕМИАС МО и Порталом государственных и муниципальных услуг (функций) Московской области, главным управлением ЗАГС Московской области, территориальным фондом ОМС и страховыми медицинскими организациями, Единым порталом государственных и муниципальных услуг (функций), Единой автоматизированной информационной системой «Социальная защита и социальное обслуживание населения Московской области» (ПЛИС СОЦ), Государственной информационной системой «Единая информационная система учета и мониторинга образовательных достижений обучающихся общеобразовательных организаций Московской области» (ГИС ИСУОД), федеральным бюро медико-социальной экспертизы, федеральной интегрированной электронной медицинской картой. Фондом социального страхования, его региональными филиалами, обособленными структурными подразделениями с обеспечением их защиты от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Я также даю Оператору свое согласие на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылки мне SMS- сообщений или письма на электронную почту: напоминание о записи на прием к специалисту или исследование.

Я **разрешаю / не разрешаю** *(ненужное зачеркнуть)* предоставлять сведения о фактах моего обращение за медицинской помощью и состоянии здоровья, диагнозе, в т. ч. через регистратуру, а также в случаях неблагоприятного прогноза развития моего заболевания следующим лицам:

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

заполняется по желанию субъекта персональных данных

(ФИО полностью, контактный телефон)

Настоящее согласие действует бессрочно, и может быть отозвано путем направления в адрес Оператора соответствующего письменного документа по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо путем вручения лично под расписку представителю Оператора.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет для стационаров, пять лет для поликлиник.

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

подпись субъекта персональных данных

Приложение № 2

к договору от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Согласие на фото- и видеосъемку**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

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

паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

настоящим актом даю согласие ГБУЗ МО МОГВВ на фото- и видеосъемку меня в целях создания фото- и видеоархивов лечебного учреждения, включая (без ограничений) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение) фото- и видеоматериалов.

Изображения не могут быть использованы ГБУЗ МО МОГВВ способами, порочащими мою честь, достоинство и деловую репутацию. Изображения не могут быть использованы для демонстрации лицам, не являющимся работниками учреждения или работниками правоохранительных органов.

Изображения могут быть использованы до дня отзыва настоящего согласия в письменной форме.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата подпись