УВЕДОМЛЕНИЕ

(в соответствии с «Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 г. № 736)

Настоящим уведомлен(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставившего платную медицинскую услугу), в том числе, назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья. В соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязуюсь соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинской организации.

Подтверждаю, что уведомлен(а) до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

Подпись «Потребителя» (Пациента/ законного представителя Пациента)_____

ДОГОВОР № ___

на оказание платных медицинских услуг

г. Октябрьский от « ___ » _____ 20___ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Городская больница №1 города Октябрьский, расположенное по адресу: 452616, Республика Башкортостан, г Октябрьский ул. Кувыкина д.30, зарегистрированное в качестве юридического лица в соответствии с Единым государственным реестром за номером 1020201934917 серия 02 № 006485923 от 15.12.2002 г., выданным ИФНС России по г.Октябрьскому РБ (ИНН 0265007932), в лице _____ , действующего на основании доверенности _____, лицензии №ЛО41-01170-02/00349751 от 29.05.2020г. на осуществление медицинской деятельности, выданной Министерством здравоохранения Республики Башкортостан (адрес: Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Тукаева, 23, т. (347) 218-00-92) , именуемый в дальнейшем Исполнитель**,** с одной стороны

и гражданин(ка)_____

ФИО полностью

серия _____ номер _____ выдан _____,

данные документа, удостоверяющего личность,

зарегистрирован по

адресу_____телефон_____

именуемый(ая) в дальнейшем **Заказчик** (в том числе Законный представитель, действующий (ая) от имени и в интересах несовершеннолетнего ребенка)

_____ дата рождения _____,

ФИО полностью

зарегистрированного по адресу_____,

серия _____ номер _____ выдан _____,

данные документа, удостоверяющего личность

именуемого в дальнейшем **Потребитель** (далее – Пациент) , с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Пациенту) платные медицинские услуги, а Потребитель (Заказчик) обязуется оплатить оказываемые услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

№	Перечень платных медицинских услуг	Код услуги	Объем работ и услуг	Сроки предоставления услуг	Стоимость единицы услуги (руб)	Общая стоимость (руб.)

2.2. Общая стоимость услуг составляет:_____

2.3. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель уведомил его о том, что предусмотренные настоящим Договором медицинские услуги он может получить бесплатно в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Подписывая настоящий Договор, Потребитель добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

2.4. При заключении Договора Потребителю предоставлена в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- о порядках оказания медицинской помощи, клинических рекомендациях и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;
- информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинских вмешательств, их последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОК И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

2.1. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется, исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта, в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг. Потребитель ознакомлен с Прейскурантом до подписания настоящего Договора.

2.2. Оплата осуществляется Заказчиком (или Потребителем) в размере 100% в день заключения договора путем внесения наличных денежных средств через информационно-платежный терминал на лицевой счет Исполнителя, либо путем перечисления денежных средств с использованием банковских карт средств на лицевой счет Исполнителя, либо иным, не запрещенным законом способом.

При использовании наличной формы расчетов оплата услуг потребителем производится путем внесения наличных денежных средств в информационный платежный терминал, находящийся на территории Исполнителя, либо в кредитную организацию, либо платежному агенту, осуществляющему деятельность по приему платежей физических лиц, либо банковскому платежному агенту (субагенту), осуществляющему деятельность в соответствии с законодательством о банках и банковской деятельности (Закон РФ от 07.02.1992 N 2300-1 "О защите прав потребителей").

2.3. Общая стоимость медицинских услуг может быть изменена в связи с продлением срока лечения, увеличения фактических затрат на лечение, проведения дополнительных диагностических, лечебных мероприятий и в силу других обстоятельств. В этом случае оформляется дополнительное соглашение к настоящему договору, и Заказчик производит дополнительную оплату. При невыполнении или уменьшении оказанных медицинских услуг Исполнитель возвращает Заказчику соответственно оплаченную сумму или разницу между оплаченной суммой и стоимостью фактически оказанных услуг.

2.4. Исполнитель разъясняет, а Потребитель понимает, что денежные средства, добровольно затраченные Потребителем в рамках настоящего Договора, возврату через страховую компанию, либо из других источников не подлежат, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ,

2.5. По требованию Потребителя на предоставление платных медицинских услуг может быть составлена Смета, которая, в случае ее составления, становится неотъемлемой частью Договора.

3. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ И СРОК ОЖИДАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

3.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Потребителя и его согласия приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет собственных средств, о чем свидетельствует подписание Потребителем настоящего Договора и Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

3.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензией на медицинскую деятельность, порядками, стандартами (в полном объеме порядков и стандартов, либо в объеме, превышающем соответствующий порядок и/или стандарт и/или в виде отдельных медицинских вмешательств - по соглашению сторон) и других документов в соответствии с действующим законодательством РФ.

3.3. Потребитель обязан предоставить Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью, данные предварительных исследований и консультаций Специалистов, проведенных в других организациях (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения. В противном случае весь риск связанных с этим последствий несет Пациент.

3.4. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ.

3.5. Потребитель незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

3.6. В течение 10 дней после исполнения договора Исполнитель выдаёт Потребителю (законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях. Указанная информация предоставляется бесплатно.

3.7. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии Информированного добровольного Согласия Потребителя. До заключения Договора Исполнитель уведомил Потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

3.8. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в

ОБРАЗЕЦ

соответствии с Федеральным законом ”Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации“.
3.9. В случае, если при оказании услуг потребуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя (Заказчика). Оказание дополнительных услуг оформляется в виде дополнительного соглашения к договору либо нового договора с указанием конкретных медицинских услуг и их стоимости.
3.10. Предоставление платных медицинских услуг осуществляется в соответствии с расписанием медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг и режимом работы Заказчика. Срок ожидания платных медицинских услуг определяется в зависимости от индивидуального объема оказываемых медицинских услуг, но не более срока, установленного территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Башкортостан.

4. СОГЛАСИЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ НА ОБРАБОТКУ ЕГО ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ
4.1. Потребитель в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ дает согласие на обработку и передачу его персональных данных.
4.2. Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных указаны в п.8 Договора.
4.3. Цель обработки персональных данных: оказание медицинских услуг и осуществление иных, связанных с этим мероприятий.
4.4. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, контактный телефон, реквизиты полиса ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, биометрические персональные данные, другая информация.
4.5. 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.
4.6. Общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных: внесение персональных данных в электронную базу данных, включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, обмен (прием и передача) моими персональными данными со страховой медицинской организацией с использованием машинных носителей или по каналам связи или путем передачи документов (в т.ч. медицинских).
4.7. Срок, в течение которого действует согласие: со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.
4.8. Порядок Отзыва согласия: Отзыв согласия осуществляется путем подачи субъектом персональных данных соответствующего письменного заявления оператору, получившему согласие.

_____ Подпись Потребителя (Заказчика)

_____ Подпись от лица Исполнителя

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА
5.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.
5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента (Потребителя) в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством РФ.
5.3. Потребитель несет ответственность за нарушение условий Договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством РФ.
5.4. Потребитель несет ответственность за нарушение условий Договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, в соответствии с действующим законодательством РФ.
5.5. За нарушение Потребителем рекомендаций Исполнителя, отразившихся на ходе оказания услуги, либо делающее невозможным оказание услуги в установленные сторонами сроки, Пациент обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.
5.6.В случаях, предусмотренных п. 5.3. - 5.5. Договора Исполнитель вправе приостановить проведение лечебно-диагностических мероприятий (за исключением проведения лечения по жизненным показаниям, экстренной и неотложной помощи).

6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА
6.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.
6.2. В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом Потребитель и/или Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.
6.4. Исполнитель вправе отказаться от исполнения Договора в одностороннем порядке в соответствии со статьёй 782 ГК РФ.
6.5. Исполнитель вправе отказаться от Исполнения Договора в одностороннем порядке:
- при выявлении у Потребителя заболеваний, являющихся противопоказанием для госпитализации в ГБУЗ РБ ГБ №1 г. Октябрьский;
- при плановом и внеплановом закрытии ГБУЗ РБ ГБ №1 г. Октябрьский.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ
7.1. Подписывая настоящий договор, Потребитель подтверждает, что ему было разъяснено право на безвозмездное получение медицинских услуг, предусмотренных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Также был разъяснен порядок оказания медицинских услуг, условия получения услуг Потребителем. Подписывая настоящий договор, Потребитель подтверждает свое согласие на отказ от получения на безвозмездной основе медицинской услуги в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
7.2. Подписывая настоящий договор, Потребитель подтверждает, что перед оказанием услуг ему была предоставлена исчерпывающая информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.
7.3. При возникновении претензии по качеству оказанной медицинской услуги Потребитель подаёт ее в письменной форме на почтовый адрес, указанный в разделе 8 договора. В претензии должны содержаться сведения, достаточные для идентификации Потребителя (ФИО, дата предоставления медицинской услуги и её вид), а также суть претензии и контактные данные для оперативной связи с Потребителем (телефон, адрес электронной почты), В случае поступления претензии Потребителя 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, указанному в п. 8 Договора.
7.4. Договор считается заключенным со дня его подписания и действует до исполнения обязательств по настоящему договору.
7.5. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу: по одному для каждой из сторон.

8. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

«Исполнитель»

ГБУЗ РБ ГБ№1 г. Октябрьский
Юридический адрес: 452616, Республика Башкортостан,
город Октябрьский, улица Кувыкина, дом 30
Адрес местонахождения: 452602, Республика Башкортостан, г. Октябрьский ул._____
тел.:(34767) 5-37-66 сайт: **oktgb1.ru**
ИНН 0265007932 КПП 026501001 ОГРН 1020201934917 ОКПО 32038330
Министерство финансов Республики Башкортостан (ГБУЗ РБ ГБ №1 города Октябрьский л/с 20112040530) Отделение НБ г.Уфа Р/с 40601810400003000001 БИК 048073001
Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц о юридическом лице, зарегистрированном до 1 июля 2002г., дата государственной регистрации: 15.12.2002г., выданное Инспекцией Федеральной налоговой службы по г. Октябрьскому Республики Башкортостан

От имени Исполнителя
ФИО_____
(полностью)
должность_____
документ, подтверждающий полномочия _____

Подпись_____

Потребитель (Пациент / законный представитель)

Ф.И.О.
Документ, удостоверяющий личность:
серия номер
Выдан:
Дата выдачи:
Адрес:
Телефон:

Подпись_____

ОБРАЗЕЦ

АКТ
оказания платных медицинских услуг № ___

г. ОКТЯБРЬСКИЙ

от « __ » _____ 20___ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Городская больница №1 города Октябрьский, расположенное по адресу: 452616, Республика Башкортостан, г Октябрьский ул. Кувыкина д.30, зарегистрированное в качестве юридического лица в соответствии с Единым государственным реестром за номером 1020201934917 серия 02 № 006485923 от 15.12.2002 г., выданным ИФНС России по г.Октябрьскому РБ (ИНН 0265007932), в лице _____ , действующего на основании доверенности _____, лицензии №ЛО41-01170-02/00349751 от 29.05.2020г. на осуществление медицинской деятельности, выданной Министерством здравоохранения Республики Башкортостан (адрес: Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Тукаева, 23, т. (347) 218-00-92) , именуемый в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны и гражданин (ка) _____ с другой стороны, далее
ФИО

совместно именуемые Стороны, составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. В соответствии с условиями Договора об оказании платных медицинских услуг № ____ от __.__.20___г. «Исполнителем» оказаны услуги, в следующем объеме:

Код услуги	Перечень платных медицинских услуг	Кол-во	Стоимость, руб	Сумма к оплате, руб	Срок исполнения

2. Указанные в п. 1 настоящего Акта услуги согласно Договору об оказании платных медицинских услуг № _____ от « ___ » _____ 20___г. оказаны в полном объеме с « ___ » _____ 20___ г. по «___ » _____ 20____ г. по адресу: Республика Башкортостан, г.Октябрьский ,ул._____

3. Замечаний к услугам и предоставленным Исполнителем лекарственным средствам, материалам не имеется.

4. Стоимость оказанных услуг, согласно Договору об оказании платных медицинских услуг № _____ от « _____ » _____ 20____ г. составила _____ (_____) руб.

«Исполнитель»

ГБУЗ РБ ГБ№1 г. Октябрьский
От имени Исполнителя
ФИО_____
(полностью)
должность_____
документ, подтверждающий полномочия _____

Подпись_____

«Потребитель» (Пациент/законный представитель)

Ф.И.О.
Документ, удостоверяющий личность:
серия номер
Выдан:
Дата выдачи:
Адрес:
Телефон:

Подпись_____

Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг

Я,
_____
зарегистрированный по
адресу:_____
г. рождения
_____
в рамках договора на оказание платных медицинских услуг, желаю получить услуги в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республики Башкортостан Городская больница №1 города Октябрьский по адресу: Республика Башкортостан, г.Октябрьский, ул._____, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

Я могу получить соответствующие виды медицинской помощи бесплатно в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я ознакомлен с действующим Перечнем и прейскурантом медицинских услуг и согласен оплатить стоимость указанной медицинской услуги и прочие платные услуги в соответствии с ним.

Я даю согласие на оказание платных медицинских услуг и прочих платных услуг.

Даю согласие на обработку моих персональных данных.

Даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которое граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача в медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемы результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч.9 ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п.5 4.3 ст.19 Федерального закона от 21.11.11 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состояния лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) _____

6. Настоящее согласие мною прочитано, я даю согласие на применение выбранных мною видов медицинских услуг (вмешательств).

_____
ФИО гражданина, контактный номер

_____
подпись ФИО пациента или законного представителя пациента

_____
подпись ФИО от имени Исполнителя

«_____»_____202___г

ОБРАЗЕЦ