

ОБРАЗЕЦ**ОГБУЗ "Городская больница г. Костромы"
УВЕДОМЛЕНИЕ**Я, нижеподписавшийся (аяся) Иванов Иван Иванович

(фамилия, имя, отчество)

уведомлен 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 моего здоровья.

V.Иванов И.И.

(подпись)

(Фамилия, инициалы)

Форма №3

**Договор № 0000-00000XXXXX
на оказание платных медицинских услуг гражданам****г. Кострома****чч.мм.2023**

Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница г.Костромы» (ОГБУЗ ГБ г. Костромы), адрес: Костромская область, г.Кострома, ул. Советская, д.77, внесена запись в Единый государственный реестр юридических лиц Инспекцией Федеральной налоговой службы по г. Костроме 28.08.2012 г. № 2124401068119, лицензия на осуществление медицинской деятельности ЛО41-01140/00363906 от 08.12.2020 года на прилагаемый перечень работ (услуг), выдана департаментом здравоохранения Костромской области (г. Кострома, ул. Свердлова, д. 129, тел. 31-14-69), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице заведующей Фроловой Марины Владимировны, действующей на основании доверенности с одной стороны и

проживающий(ая) по адресу: _____, законный представитель:

именуемый(ая) в дальнейшем "Заказчик", заключили договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется оказывать на возмездной основе необходимую медицинскую помощь, отвечающую требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, Потребителю: Иванов Иван Иванович, а Заказчик добровольно принимает на себя обязательство оплачивать оказанные медицинские услуги (медицинскую помощь) в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим договором.

1.2. Место оказания услуг: Костромская область, г. Кострома, ул. Советская, д. 77. тел: 37-40-41

2. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором

2.1. На основании медицинского заключения и (или) лечения, а также добровольного желания Заказчика, Исполнитель предоставляет, а Заказчик оплачивает следующие медицинские услуги:

| № | Наименование работы (услуги) | Количество | Цена | Сумма |
|---|------------------------------|------------|------|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | | | | |

3. Стоимость платных медицинских услуг, порядок их оплаты

3.1. Стоимость оказываемых медицинских услуг устанавливается на основании прейскуранта стоимости платных медицинских услуг, утвержденного Исполнителем по согласованию с Департаментом здравоохранения Костромской области, и составляет

00 рублей 00 копеек

3.2. Оплата производится на условиях 100% предоплаты на лицевой счет Исполнителя, открытый в финансовом органе, в безналичном порядке или до получения услуги на условиях 100% предоплаты в кассу Исполнителя, с предъявлением Исполнителю документа, подтверждающего произведенную оплату.

В случае возникновения необходимости в дополнительных объемах услуг окончательный расчет производится по фактически оказанным объемам услуг на основании дополнительного письменного соглашения к настоящему договору.

3.3. Медицинские услуги, предоставленные Исполнителем, оплачиваются по тарифам, действующим на момент оказания услуги.

3.4. Стоимость услуги может быть изменена в соответствии с утвержденным прейскурантом. Изменение стоимости услуги оформляется дополнительным соглашением к настоящему договору.

4. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг

4.1. До заключения договора Исполнитель в письменной форме уведомляет 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.

4.2. Срок оказания медицинских услуг: чч.мм.гггг

4.3. 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 соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4.4. Заказчик обязан оплатить предоставленную Исполнителем медицинскую услугу в сроки и в порядке, которые определены договором.

4.5. Исполнителем после исполнения договора выдаются Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

5. Права и обязанности Заказчика

5.1. Заказчик обязан:

1) сообщить лечащему врачу известную ему информацию о состоянии своего здоровья, необходимую для выполнения договорных обязательств;

2) соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях;

3) своевременно уведомить Исполнителя о наличии уважительной причины (болезни) для переноса сроков выполнения медицинских услуг с последующим предоставлением подтверждающих документов.

5.2. Заказчик имеет право:

1) на получение полной информации о медицинской услуге.

2) при несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам исполнения медицинских услуг:

- назначить новый срок оказания медицинской услуги;

ОБРАЗЕЦ

- потребовать исполнения услуги другим специалистом;
- потребовать уменьшения стоимости предоставленной медицинской услуги.
- 3) при несоблюдении Исполнителем обязательств по качеству исполнения медицинских услуг:
 - безвозмездного устранения недостатков медицинской услуги;
 - соответствующего уменьшения цены оказанной медицинской услуги;
 - возмещения понесенных расходов по устранению недостатка оказанной медицинской услуги третьими лицами;
 - отказаться от исполнения договора и потребовать возмещения убытков в случае обнаружения существенных недостатков.

5.3. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимильной подписи на настоящем договоре, дополнительных соглашениях, актах выполненных работ, счетах, и иных документах в рамках данного договора.

5.4. Сторона использующая факсимильную подпись, согласно п. 5.3. подтверждает ее подлинность и полномочия лица на данные действия в период действия договора.

5.5. Сторона использующая факсимильную подпись обязуется письменно информировать другую сторону об утере клише факсимильной подписи, замене его на новое или отмене действия по любым основаниям в течении 3-х рабочих дней с момента наступления одного из указанных событий, в течении всего срока действия договора.

6. Права и обязанности Исполнителя

6.1. Исполнитель обязан:

- 1) предоставить медицинские услуги надлежащего качества и объема, в порядке установленном действующим законодательством Российской Федерации и Костромской области;
- 2) оказать медицинские услуги в сроки, определенные настоящим договором;
- 3) обеспечить условия для организации надлежащего проведения медицинских услуг;
- 4) сохранять врачебную тайну о факте и причине обращения Заказчика;
- 5) в случае невыполнения обязательств договора по вине Исполнителя вернуть Заказчику денежные средства, или с согласия Заказчика, перенести срок предоставления услуги;
- 6) предоставить Заказчику по его требованию и в доступной для него форме информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, а также другие сведения относящиеся к предмету договора;
- 7) предоставить Заказчику по его требованию об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности, показаниях к применению.
- 9) предупредить Заказчика о наличии противопоказаний для предоставления медицинской услуги и риске нанесения вреда здоровью Заказчика, предоставив при этом необходимые рекомендации.

6.2. Исполнитель имеет право:

- 1) на основании статьи 36 Закона «О защите прав потребителей» отказаться от исполнения договора, если Заказчик, несмотря на своевременное и обоснованное предупреждение со стороны Заказчика, не примет никаких мер для устранения обстоятельств, которые могут снизить качество оказываемой услуги и привести к причинению вреда жизни и здоровью Заказчика;
- 2) отказать в возврате денежных средств при неоказании или оказании некачественной медицинской услуги, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы или иных обстоятельств, предусмотренных законом;
- 3) отказать в возврате денежных средств в связи с необоснованностью жалобы (по решению врачебной комиссии);
- 4) в случае возникновения неотложных состояний, угрожающих жизни Заказчика, самостоятельно определять объемы исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе не предусмотренной договором, которые дополнительно не оплачиваются.

7. Ответственность сторон

7.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Исполнитель и Заказчик несут ответственность, предусмотренную договором и действующим законодательством Российской Федерации и Костромской области.

7.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения Заказчиком своих обязанностей или по другим основаниям, предусмотренным законодательством.

7.3. Претензии и споры, возникающие между Заказчиком и Исполнителем, разрешаются по соглашению сторон с возможным привлечением независимых экспертов или в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7.4. По вопросам, не урегулированным настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

8. Иные условия, определяемые по соглашению сторон

8.1. Подписывая настоящий договор, Заказчик заявляет, что он ознакомлен с условиями оказания платных медицинских услуг у Исполнителя, в том числе о возможности и порядке получения медицинских услуг у Исполнителя в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации на территории Костромской области бесплатной медицинской помощи.

8.2. При желании получить за плату медицинскую услугу, которая входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации на территории Костромской области бесплатной медицинской помощи, Заказчик, подписывая настоящий договор, подтверждает добровольность получения медицинской услуги за плату.

8.3. Стороны допускают, при подписании настоящего договора, факсимильное воспроизведение подписей ("факсимиле") уполномоченных на заключение договора лиц. Факсимильная подпись имеет такую же силу, что и подлинная подпись уполномоченного лица.

9. Срок действия договора, порядок изменения и расторжения договора

9.1. Настоящий договор вступает в силу со дня его заключения сторонами и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств.

9.2. Изменения и дополнения в настоящий договор могут быть внесены в форме дополнительного соглашения по письменной договоренности сторон.

9.3. В случае отказа Заказчика после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Заказчика о расторжении договора по инициативе Заказчика, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

9.4. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

9.5. Перечень работ (услуг) (Приложение № 1) является неотъемлемой частью настоящего договора.

9.6. Расчет объема оказываемых медицинских услуг (Приложение № 2) является неотъемлемой частью настоящего договора.

10. Подписи сторон

Исполнитель:

Заказчик:

Областное государственное бюджетное
учреждение здравоохранения «Городская
больница г.Костромы» (ОГБУЗ ГБ г. Костромы)
156005, Костромская область, г.Кострома,
ул. Советская, д.77

Иванов

Иван

Иванович

(Ф.И.О.)

ОБРАЗЕЦ

| | | |
|---|--------------------------------------|-----------------------------------|
| | _____ | (паспортные данные) |
| Лицензия на осуществление медицинской деятельности ЛО41-01140/00363906 от 08.12.2020 года, выдана департаментом здравоохранения Костромской области | _____ | (телефон) |
| (г. Кострома, ул. Свердлова, д. 129, тел. 31-14-69) ИНН/ КПП 4401006590/440101001 | _____ | |
| Департамент финансов КО (ОГБУЗ ГБ г.Костромы, л/с 061030294) | _____ | (адрес места жительства, телефон) |
| р/с 40601810334693000001 в ГРКЦ ГУ Банка России по Костромской области г. Костромы БИК 043469001 | _____ | (законный представитель) |
| Исполнитель | / _____ / | V |
| | Администратор (Должность, Ф.И.О.) | (подпись) |
| _____ | <u>Фролова М.В.</u> | |
| М.П. (Подпись) | Зав. поликлиникой | |

Приложение № 1 к договору на предоставление платных медицинских услуг

Перечень работ (услуг) ОГБУЗ «Городская больница г. Костромы», оказываемых по адресу: Костромская область, г. Кострома, ул. Советская, д. 77 выполняемых (оказываемых), согласно лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-01140-44/00363906 от 08 декабря 2020 года (приложение № 1 к лицензии), выдана департаментом здравоохранения Костромской области (г. Кострома, ул. Свердлова, д. 129, тел. 31-14-69)

Доврачебная медицинская помощь специальности по: акушерскому делу, анестезиологии и реаниматологии, диетологии, лабораторной диагностике, лечебной физкультуре и спортивной медицине, медицинской статистике, медицинскому массажу, операционному делу, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, физиотерапии, функциональной диагностике.

Амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь, в том числе:

а) первичная медико-санитарная помощь по: детской кардиологии, детской эндокринологии, инфекционным болезням, кардиологии, контролю качества медицинской помощи, клинической лабораторной диагностике, лечебной физкультуре и спортивной медицине, неврологии, нефрологии, общественному здоровью и организации здравоохранения, оториноларингологии офтальмологии, педиатрии, психотерапии, пульмонологии, ревматологии, рентгенологии, терапии, травматологии и ортопедии, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, ультразвуковой диагностике, экспертизе временной нетрудоспособности, эндокринологии, эндоскопии;

в) специализированная медицинская помощь по: акушерству и гинекологии, дерматовенерологии, детской хирургии, клинической лабораторной диагностике, контролю качества медицинской помощи, медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), нейрохирургии, онкологии, психиатрии, травматологии и ортопедии, транспортировке донорской крови и ее компонентов, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, урологии, экспертизе временной нетрудоспособности, эндоскопии;

Стационарная медицинская помощь, в том числе:

а) первичная медико-санитарная помощь по: анестезиологии и реаниматологии, диетологии, контролю качества медицинской помощи, клинической лабораторной диагностике, лечебной физкультуре и спортивной медицине, неврологии, нефрологии, общественному здоровью и организации здравоохранения, оториноларингологии, ревматологии, рентгенологии, терапии, травматологии и ортопедии, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, ультразвуковой диагностике, экспертизе временной нетрудоспособности, эндоскопии, эндокринологии;

в) специализированная медицинская помощь по: анестезиологии и реаниматологии, бактериологии, клинической лабораторной диагностике, контролю качества медицинской помощи, лечебной физкультуре и спортивной медицине, нейрохирургии, нефрологии, психиатрии, психотерапии, пульмонологии, ревматологии, рентгенологии, токсикологии, травматологии и ортопедии, трансфузиологии, урологии, физиотерапии, экспертизе временной нетрудоспособности, эндокринологии, эндоскопии.

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся *Иванов Иван Иванович*, проживающий по адресу _____ паспорт: серия ____, номер _____, выдан _____ в соответствии с требованиями статья 9 Федерального закона от 27.07.06 «О персональных данных» № 152-ФЗ подтверждаю свое согласие на обработку ОГБУЗ «Городская больница г. Костромы», адрес: г. Кострома, ул. Советская, д. 77 (далее Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные паспорта (или иного документа, Удостоверяющего личность), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

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

Я, предоставляю право Оператору передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну при взаимодействии Оператора со страховыми медицинскими организациями, Костромским областным фондом обязательного медицинского страхования, при осуществлении ОМС (оплата медицинской помощи, контроль качества медицинской помощи и др.).

Срок хранения моих, персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.

Передача моих персональных данных, иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной ЧЧ.ММ.ГГГГ

Подпись субъекта персональных данных

V

Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница г.Костромы»
156005, Костромская область, г.Кострома, ул. Советская, д. 77

**Акт № 0000-00000XXXXX от чч.мм.2023
приема предоставления платных медицинских услуг**

Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница г.Костромы» (ОГБУЗ ГБ г.Костромы), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице заведующей Фроловой Марины Владимировны, действующей на основании доверенности, устава и лицензии на осуществление медицинской деятельности /00363906 от 08.12.2020 года со сроком действия: , с одной стороны и

Иванов Иван Иванович

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», подписали настоящий акт о нижеследующем:

| № | Наименование работы (услуги) | Количество | Цена | Сумма |
|---|------------------------------|------------|------|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | | | | |

Итого:00,00

Без налога (НДС):

Всего (с учетом НДС):

Всего оказано услуг на сумму: 00 рублей 00 копеек, в т.ч.: НДС - _____ руб. _____ коп.

Во исполнение договора № _____ на предоставление платных медицинских услуг, заключенного сторонами чч.мм.гггг. Исполнитель предоставил, а Потребитель оплатил медицинские услуги согласно пункту 3.1. Договора. Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Претензий по объему, качеству оказанных услуг и срокам выполнения Потребитель не имеет.

Исполнитель:

/ _____ /

Администратор
(Должность, Ф.И.О.)

Фролова М.В.

М.П. (Подпись)

Зав. поликлиникой

Потребитель

V

(подпись)

Дата:чч.мм.гггг

Дата:чч.мм.гггг