

До заключения договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя (Заказчика) 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 Заказчика (Потребителя)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество Потребителя (Заказчика))

**Договор № _____
на оказание платных медицинских услуг**

г. Саранск

«___» _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Мордовия «Республиканская инфекционная клиническая больница» (ГБУЗ РМ «РИКБ»), зарегистрированное в ИФНС по Октябрьскому району г. Саранск (Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ от 28 марта 2013 г. серия 13 № 001500350 ОГРН 1021301116517), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Чванова Сергея Евгеньевича, действующего на основании Устава, Лицензии на осуществление медицинской деятельности от 29 декабря 2016 г. № ЛО-13-01-000786, выданной Министерством здравоохранения Республики Мордовия, расположенного по адресу: 430002, Республика Мордовия, г. Саранск, ул. Советская, д. 35, телефон 23-42-37 (перечень работ (услуг) составляющих медицинскую деятельность учреждения: при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: бактериологии, вакцинации (проведению профилактических прививок), гистологии, дезинфектологии, лабораторной диагностике, медицинской статистике, неотложной медицинской помощи, паразитологии, рентгенологии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, функциональной диагностике, эпидемиологии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), неотложной медицинской помощи, организации здравоохранения и общественному здоровью, педиатрии, терапии, управлению сестринской деятельностью; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: аллергологии и иммунологии, анестезиологии и реаниматологии, бактериологии, вирусологии, гастроэнтерологии, гистологии, дезинфектологии, инфекционным болезням, клинической лабораторной диагностике, клинической микологии, клинической фармакологии, лабораторной микологии, медицинской статистике, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), паразитологии, патологической анатомии, психиатрии, психиатрии-наркологии, психотерапии, пульмонологии, рентгенологии, санитарно-гигиеническим лабораторным исследованиям, ультразвуковой диагностике, управлению сестринской деятельностью, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, эпидемиологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: анестезиологии и реаниматологии, аллергологии и иммунологии, бактериологии, вирусологии, гастроэнтерологии, дезинфектологии, диетологии, инфекционным болезням, клинической лабораторной диагностике, клинической микологии, клинической фармакологии, лабораторной микологии, медицинской статистике, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), паразитологии, рентгенологии, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, управлению сестринской деятельностью, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, эпидемиологии. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: аллергологии и иммунологии, анестезиологии и реаниматологии, бактериологии, вирусологии, гастроэнтерологии, гистологии, дезинфектологии, диетологии, инфекционным болезням, клинической лабораторной диагностике, клинической микологии, клинической фармакологии, лабораторной диагностике, лабораторной микологии, медицинскому массажу, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, организации сестринского дела, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), паразитологии, патологической анатомии, педиатрии, психиатрии, психиатрии-наркологии, психотерапии, рентгенологии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, терапии, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, управлению сестринской деятельностью, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, эпидемиологии; при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: аллергологии и иммунологии, анестезиологии и реаниматологии, бактериологии, вакцинации (проведению профилактических прививок), вирусологии, гастроэнтерологии, гистологии, дезинфектологии, диетологии, инфекционным болезням, клинической лабораторной диагностике, клинической микологии, клинической фармакологии, лабораторной диагностике, лабораторной микологии, медицинской статистике, медицинскому массажу, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, организации сестринского дела, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), паразитологии, патологической анатомии, педиатрии, психиатрии, психиатрии-наркологии, психотерапии, рентгенологии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, терапии, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, управлению сестринской деятельностью, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, эпидемиологии. При оказании паллиативной медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях по: терапии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приемные родители; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности. При обращении донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях организуются и выполняются работы (услуги) по заготовке, хранению донорской крови и (или) ее компонентов и в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» с одной стороны, и

(фамилия, имя, отчество Заказчика)

именуемый в дальнейшем «Потребитель (Заказчик)», действующий в интересах Потребителя

(фамилия, имя, отчество Потребителя)

с другой стороны, совместно именуемые «Стороны» заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. По настоящему договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя (Заказчика), обязуется оказать ему медицинские и иные услуги (в соответствии с утвержденным Перечнем оказываемых пациенту платных медицинских услуг), указанные в п.2.1.1. настоящего договора, а Потребитель (Заказчик) обязуется оплатить данные услуги в сроки и порядке, которые определены настоящим договором.

1.2. Исполнителем после исполнения настоящего договора выдаются Потребителю (законному представителю) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов, результаты исследования), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

1.3. Потребитель (Заказчик) уведомлен о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий, при этом отказ Потребителя от заключения настоящего договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых ему без взимания платы в рамках Республиканской территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания населению Республики Мордовия медицинской помощи, но при этом Потребитель (Заказчик) сознательно и добровольно просит оказать ему платные медицинские услуги.

2. Права и обязанности сторон

2.2. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские и иные услуги:

Срок оказания медицинской услуги: _____

2.1.2. Оказывать медицинские услуги в полном объеме в соответствии с настоящим договором после внесения Потребителем (Заказчиком) денежных средств в порядке, определенном разделом 3 настоящего договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату.

2.1.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя (Заказчика). Без согласия Потребителя (Заказчика) Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.4. Извещать Потребителя (Заказчика) о невозможности оказания необходимой помощи по настоящему договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, либо о необходимости предоставления на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором.

2.1.5. Выдать результаты исследования: нарочно / по электронной почте (tkkb-ovd@mail.ru)
(выбрать необходимое)

по истечению 3 - 10 рабочих дней со времени доставки материалов в лабораторию.

2.1.6. Результаты исследований можно получить в соответствии с графиком работы администратора в ГБУЗ РМ «РИКБ» одним из представленных ниже вариантов:

- у администратора в ГБУЗ РМ «РИКБ» нарочно;
- по электронной почте (свой e-mail необходимо указать в разделе 9 настоящего договора).

2.1.7. Ознакомить Потребителя (Заказчика) при поступлении в стационар с правилами внутреннего распорядка Исполнителя, лечебно-охранительным режимом, правилами техники безопасности и пожарной безопасности.

2.1.8. Ознакомить Потребителя с информацией на стендах (стойках), на сайте Исполнителя, в сети Интернет, касающейся предоставления платных услуг Исполнителем.

2.2. Потребитель (Заказчик) обязуется:

2.2.1. Оплатить стоимость услуг, указанных в п. 2.1.1. настоящего договора в сроки и в порядке, которые определены разделом 3 настоящего договора.

2.2.2. Внимательно ознакомиться с информацией, касающейся проведения медицинских услуг (Приложение № 1,2,3 к договору).

2.2.3. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

2.2.4. Соблюдать правила внутреннего распорядка Исполнителя, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

2.2.5. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации Исполнителя, в том числе, назначенного режима лечения.

2.3. Потребитель (Заказчик) имеет право:

2.3.1. Получать информацию об Исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах.

2.3.2. Потребовать составления сметы на предоставление платных медицинских услуг, при этом она будет являться неотъемлемой частью настоящего договора.

2.4. Потребитель (Заказчик) в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» дает согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения настоящего договора.

3. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов

3.1. Стоимость услуг, оказываемых по настоящему договору, определяется на основании счета по ценам в соответствии с действующим Прейскурантом платных медицинских услуг, утвержденным приказом главного врача, действующим на момент заключения договора и составляет: _____

(сумма прописью)

НДС не облагается (ст. 149 НК РФ).

(сумма цифрами)

3.2. Потребитель (Заказчик) оплачивает 100 % от предварительной стоимости медицинских услуг.

3.3. Оплата за оказание услуг осуществляется путем внесения денежных средств на расчетный счет Исполнителя:

- в кассу учреждения;
- через терминал;
- либо любым другим способом, не запрещенным законодательством Российской Федерации.

3.4. Потребителю (Заказчику) в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг.

3.5. При отказе Потребителя (Заказчика) от медицинских услуг сумма, внесенная Потребителем за медицинские услуги, предусмотренные п. 3.1. настоящего договора, возвращается Потребителю (Заказчику) за вычетом фактически понесенных расходов Исполнителем в течении 10 (десяти) рабочих дней на указанный в заявлении счет, открытый в банке (кредитной организации), либо наличными денежными средствами из кассы Исполнителя.

4. Срок действия договора

4.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами.

4.2. Договор будет считаться прекращенным после выполнения всех взаимных обязательств и урегулирования расчетов между Сторонами.

5. Порядок изменения и расторжения договора

5.3. В случае отказа Потребителя (Заказчика) после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика) о расторжении договора по инициативе Потребителя (Заказчика), при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему договору.

5.4. Вносимые дополнения и изменения в договор, рассматриваются Сторонами и оформляются дополнительным соглашением в письменной форме, являющимся неотъемлемой частью договора.

6. Ответственность сторон

6.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Сторонами своих обязанностей по настоящему договору, Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение, либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

7. Конфиденциальность

7.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении любой информации, полученной при исполнении настоящего договора.

8. Заключительные положения

8.1. Настоящий договор составлен в 3 (трех) экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для Исполнителя, Заказчика и Потребителя (в случае, если Заказчик и Потребитель одно и то же лицо - в 2 (двух) экземплярах).

8.2. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

8.3. Споры и разногласия, которые могут возникнуть при исполнении настоящего договора, будут решаться, по возможности, путем переговоров. В случае не достижения согласия, споры решаются в судебном порядке.

9. Реквизиты и подписи

Исполнитель:

**ГБУЗ РМ «Республиканская
инфекционная клиническая больница»**
Юридический адрес: 430024, Республика
Мордовия, г. Саранск, ул. Косарева, 118
Тел/факс: (8342) 55-37-37 - администрация;
Консультативно-диагностическое
отделение: 36-01-08
E-mail: rikbrm@mail.ru Сайт: http://rikb.ru
ИНН: 1328048037 КПП: 132801001
БИК: 048952001
р/с 40601810452893000002 в Отделении –
НБ Республики Мордовия г. Саранск
л/с 20805805361 Минфин Республики
Мордовия (ГБУЗ РМ «РИКБ»)

Главный врач ГБУЗ РМ «РИКБ»

С.Е. Чванов
М.П.

Потребитель:

Ф.И.О. _____

Адрес места жительства:

Телефон: _____
E-mail: _____

(подпись)

(инициалы, фамилия)

Заказчик:

(законный представитель Потребителя):

Ф.И.О. _____

Адрес места жительства:

Телефон: _____
E-mail: _____

(подпись)
фамилия)

(инициалы,
фамилия)

Приложение № 1
к договору № _____
от «__» _____ 20__ г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на предоставление платных медицинских услуг

г. Саранск

«__» _____ 20__ г.

Я, _____
(фамилия, имя, отчество Потребителя (законного представителя))

в рамках договора на оказании платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в ГБУЗ РМ «РИКБ», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников ГБУЗ РМ «РИКБ» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в ГБУЗ РМ «РИКБ», в рамках программы получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов (а) их оплатить.

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

3. Я согласен (на) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ГБУЗ РМ «РИКБ» не несет ответственности за их возникновение.

4. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения (исследования) я должен (на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ГБУЗ РМ «РИКБ».

5. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды медицинских услуг, которые я хочу получить в ГБУЗ РМ «РИКБ» и согласен (на) оплатить:

_____ (наименование медицинской услуги)

6. Я ознакомлен (на) с действующим прейскурантом платных медицинских услуг и согласен (на) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.

7. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом, и я даю свое согласие на их оплату за оказание услуг путем внесения средств на расчетный счет ГБУЗ РМ «РИКБ» или иным способом, не запрещенным действующим законодательством Российской Федерации в сумме:

_____ (сумма цифрами и прописью)

8. Я согласен (а) с тем, что Исполнитель вправе вернуть:

- неправильно забранный биологический материал;
- биологический материал, хранившийся с нарушением срока;
- биологический материал, хранившийся с нарушением температурного режима.

9. Настоящее добровольное Соглашение об объеме и условиях, оказываемых платных медицинских услуг мною прочитано, даю согласие на заключение договора на оказание платных медицинских и иных услуг с ГБУЗ РМ «РИКБ» и на проведение лечения (исследования).

Исполнитель:

Главный врач ГБУЗ РМ «РИКБ»

С.Е. Чванов
М.П.

Потребитель

(законный представитель Потребителя):

_____ (подпись) _____ (инициалы, фамилия)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных
видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное
добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для
получения первичной медико-санитарной помощи**

г. Саранск

«__» _____ 20__ г.

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

"__" _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые 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 частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

Приложение №3

к договору № _____

от «__» _____ 20__ г.

ОТКАЗ

**от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень
определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают
информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской
организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

г. Саранск

«__» _____ 20__ г.

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

"__" _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в _____

(полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - виды медицинских вмешательств):

(наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)