

**ДОГОВОР № _____ (трехсторонний)
на предоставление платных медицинских услуг**

г. Москва

« » _____ 201

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение "Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского" (далее – «Исполнитель»)(Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ, серия 77 № 017326736, от 26.09.2002 года, ОГРН 1027739267214, лицензии на осуществление медицинской деятельности № ФС-77-01-007259 от 05.06.2018 года, выданной Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (Адрес: 127206, г.Москва, улица Вучетича, дом 12, корп.1, телефон: 8 (495) 611-47-74), в лице начальника отдела платных медицинских услуг Мацаева А.Б., действующего на основании доверенности. №01.1.-ИСХ/29 от 16.01.2019 года, _____ именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, и _____, именуемый в дальнейшем «Заказчик», с третьей стороны, заказывающий (приобретающий) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу «Пациента», вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1. По настоящему договору Исполнитель обязуется оказать Пациенту платные медицинские услуги (далее по тексту – Медицинские услуги), а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги согласно выписанному счёту путем внесения денежных средств в кассу или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Учреждения в полном объеме.

2. Пациент обязуется:

- 2.1. Выполнять все назначения и рекомендации врачей.
- 2.2. До оказания медицинской услуги информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, точно выполнять назначения врача по лечению, а также указания, предписанные на период после оказания услуг.
- 2.3. Выполнять правила внутреннего распорядка, режим Исполнителя, требования, предписания, указания, рекомендации медицинского персонала как необходимые условия предоставления ему качественной медицинской помощи. 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 Пациента.
- 2.4. Выполнять личные санитарно-гигиенические процедуры, направленные на поддержание своего здоровья и санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя.
- 2.5. Бережно относиться к имуществу Исполнителя. В случае причинения ущерба Исполнителю вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действием или бездействием Пациента и/или лиц, его сопровождающих, Законный представитель Пациента/ Пациент обязуется в течение трех календарных дней возместить Исполнителю действительный нанесенный ущерб в полном объеме.
- 2.6. Пациент вправе уполномочить кого-либо получать у Исполнителя конфиденциальную информацию в отношении себя, ставшую известной Исполнителю в ходе оказания Пациенту медицинских услуг, в том числе сведения, составляющие врачебную тайну.

(Сведения о Представителе: Ф.И.О. полностью, реквизиты документа, удостоверяющего личность (паспорт): серия и номер, контактный телефон (при наличии))

2.4. Дает свое согласие на предоставление своих персональные данных дистанционно при указании кодового слова

и направление медицинской информации (результатов анализов/отчетов) по электронной почте: / ДА / НЕТ /.

3. Исполнитель обязуется:

- 3.1. оказать Пациенту высококвалифицированные лечебно-консультационные услуги, выполняемые в данном медицинском учреждении;
- 3.2. сделать необходимые записи в амбулаторную карту и назначить лечение;

4. Заказчик обязан:

- 4.1. Оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги Пациенту в полном объеме в размере 100% от стоимости подлежащих оказанию медицинских услуг.

5. Ответственность сторон.

5.3. За ненадлежащее исполнение своих обязательств Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством РФ.

6. Прочие условия.

6.1. Пациент надлежащим образом проинформирован о существующих противопоказаниях и возможных осложнениях.

6.2. Подписывая настоящий Договор, Пациент, Заказчик подтверждает:

6.2.1. Информация о порядке, условиях и правилах оказания платных медицинских услуг, перечень услуг, их стоимость и иная информация о платных медицинских услугах размещена на сайте med.ru, информационном стенде Учреждения и доведена до сведения Пациента.

6.2.2. Информирован об альтернативной возможности получения медицинской помощи за счет государственных средств в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи.

6.2.3. Отказывается от предоставления медицинской помощи за счет государственных средств на выбранные им медицинские услуги, которые указаны в счете на оплату и подтверждает свое желание на получение их за плату в Учреждении в соответствии с Договором на предоставление платных услуг.

- что он 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 здоровья Пациента.

6.3. Споры рассматриваются и разрешаются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

6.4. Стороны гарантируют соблюдение конфиденциальности в отношении информации и документации, полученных при исполнении настоящего Договора.

6.5. Изменение и расторжение настоящего Договора осуществляется на основании и в порядке, предусмотренным действующим законодательством и Договором.

6.6. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимильной подписи в договоре, на дополнительных соглашениях к настоящему договору, акте приемки-сдачи выполненных работ на предоставление платных медицинских услуг, имеющих значение для его исполнения, изменения или прекращения.

6.7. Настоящий Договор действует в течение 12 месяцев с момента заключения, составлен в трех экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

Пациент

Плательщик

Паспорт:

Паспорт:

Адрес:

Адрес:

Тел.:

Тел.:

подпись
расшифровка

расшифровка

подпись

Исполнитель

ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского»

119991, Москва, ГСП-1, пер. Абрикосовский, д. 2, тел. (495) 248-54-55

Банковские реквизиты: ИНН 7704030124 КПП 770401001,

Р/счет 4050 1810 8452 5200 0079,

Главное управление Банка России по Центральному федеральному

округу г. Москва, БИК 044 52 50 00, л/с 20736Ц36950 в УФК по г. Москве, ОКТМО 45383000

КБК 000000000000000000130

Тел.: +7(499)248-15-55, +7(499)766-47-04

Начальник отдела платных медицинских услуг (Мацаев А.Б.)

М.П

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я, **Ф.И.О**
(Фамилия, имя, отчество)

информирован(а) о возможности получения и условиях предоставления бесплатной медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи на 2019 г. Я уведомлен(а) о том, что оплаченные денежные средства по настоящему договору не подлежат возмещению за счет средств бюджета.

Мною добровольно, без какого-либо принуждения выбраны виды медицинских услуг, которые я хочу получить в Учреждении и согласен(на) их оплатить.

Пациент _____ / _____ «__» _____ 201 г.
(подпись)

Заказчик _____ / _____ «__» _____ 201 г.
(подпись)

Я, в соответствии со ст. 9 ФЗ «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое Согласие на обработку персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, дату рождения, адрес, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья в целях оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным хранить врачебную тайну. Я предоставляю право выполнять все действия с вышеуказанными данными, включая внесение их в электронную базу данных с соблюдением мер по их защите от несанкционированного доступа. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты). Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Пациент _____ / _____ «__» _____ 201 г.
(подпись)

Заказчик _____ / _____ «__» _____ 201 г.
(подпись)

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

Я, _____, _____ г. рождения,

(Ф.И.О. гражданина)

Зарегистрированный(ая) по адресу: _____

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 Федеральном государственном бюджетном научном учреждении "Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского".

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 2011г. 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 3 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)

«__» _____ 201 г.
дата оформления

Перечень и стоимость оказываемых услуг

-
-
-

ИТОГО: _____ (сумма прописью)

Подписи сторон

«Исполнитель»

ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского»
Начальник отдела платных медицинских услуг
Мацаев А.Б.
м.п.

«Пациент»
