

г. Москва

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение "Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского" (далее - Исполнитель) (Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц о юридическом лице, зарегистрированном до 1 июля 2002 года, серия 77 № 017326736, дата внесения записи 26 сентября 2002 года, выдано Межрайонной инспекцией МНС России № 46 по г. Москве, ОГРН 1027739267214, зарегистрировано Государственным учреждением московской регистрационной палатой 18.01.1983. №021.187, лицензии на осуществление медицинской деятельности № ФС-77-01-007312 от 20.09.2019 года, выданной Федеральной службой 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 организации и развития платных медицинских услуг Агишева Р.Р., действующего на основании доверенности. №01.1.-ИСХ/645 от 17.07.2020 года, и

(далее - "Пациент"), заключили настоящий Договор о предоставлении платных медицинских услуг.

(приобретающий) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу «Пациента», вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора:

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

2. Пациент обязуется:

2.1. Оплатить медицинские услуги лично в полном объеме в размере 100% от стоимости подлежащих оказанию медицинских услуг.

2.2. Выполнять все назначения и рекомендации врачей.

2.3. 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.

2.4. 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.

2.5. Выполнять личные санитарно-гигиенические процедуры, направленные на поддержание своего здоровья и санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя.

2.6. 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.

2.7. 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) _____

/Да/Нет/

4. Ответственность сторон.

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

5. Прочие условия.

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

5.2. Подписывая настоящий Договор, Пациент подтверждает:

5.2.1. Информацию 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.

5.2.2. 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.

5.2.3. 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.

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

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

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

5.6. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания его обеими сторонами и действует до _____. Договор автоматически пролонгируется на следующий год, если ни одна из сторон не заявила о желании его расторгнуть. Количество пролонгаций не ограничено. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

Пациент:

подпись

расшифровка

Исполнитель

ФГБНУ "РНЦХ ИМ. АКАД. Б.В. ПЕТРОВСКОГО"

Абрикосовский пер., дом 2, Москва 119991

Банковские реквизиты: ИНН 7704030124 КПП 770401001

Р/счет 40501810845252000079

ГУ Банка России по ЦФО г. Москва

БИК 044525000, л/с 20736Ц36950, ОКТМО 45383000

КБК 000000000000000000130, Тел.: +7(499)248-15-55, +7(499)766-47-04

М.П.

Агишев Р.Р.

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 20__ г. Я уведомлен(а) о том, что оплаченные денежные средства по настоящему договору не подлежат возмещению за счет средств бюджета.

Пациент _____ / _____ «__» _____ 20 г.
(подпись)

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

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 _____ / _____ «__» _____ 20 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)

«__» _____ 20 ____ г.
дата оформления