

ДОГОВОР №
на оказание платных медицинских услуг

д. Голубое

дата

Сведения об Исполнителе	
Исполнитель	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научно-клинический центр медицинской реабилитации и курортологии Федерального медико-биологического агентства» (ФГБУ ФНКЦ МРиК ФМБА России)
Наименование обособленного подразделения Исполнителя, непосредственно осуществляющего оказание услуг и адрес места оказания услуг	"Лечебно-реабилитационный центр в д. Голубое" Федерального государственного бюджетного учреждения "Федеральный научно-клинический центр медицинской реабилитации и курортологии Федерального медико-биологического агентства", 141551, Московская область, Солнечногорск, д. Голубое
Сведения об Исполнителе	Лицензия на осуществление медицинской деятельности: № ЛО41-00110-77/00574971 от 08.06.2016 г., выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения Адрес: 141551, Московская область, г. Солнечногорск, д. Голубое ОГРН 1035008852944; ИНН 5044013246; КПП 504401001 Тел.: 8(495)240-87-79 Эл. адрес: info@mrik-fmba.ru Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ № 2215001901717 от 24.08.2021 г. Регистрация осуществлена Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №23 по Московской области
Сведения о Потребителе	
Потребитель	ФИО: _____
Сведения о Потребителе	Адрес места жительства: _____ Телефон: _____ Реквизиты документа, удостоверяющего личность: _____
Представитель потребителя	ФИО: _____
Сведения о Представителе потребителя	Телефон: _____ Реквизиты _____ документа, _____ удостоверяющего _____ личность: _____

заключили настоящий договор на оказание платных медицинских услуг (далее - Договор) о следующем:

1. Предмет договора

1.1. По Договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя (законного представителя потребителя), обязуется оказать ему медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, а Потребитель обязуется оплатить указанные услуги.

1.2. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых по Договору, определяется в Счете (Приложение №1 к настоящему Договору), являющемся неотъемлемой частью Договора.

1.3. 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 от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1.4. Срок оказания медицинских услуг:

1.5. Исполнитель после исполнения Договора выдает Потребителю (законному представителю потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых пациенту платных медицинских услуг, качество которых должно соответствовать требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

2.1.2. Оказывать медицинские услуги в полном объеме с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.1.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных Договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя.

Без согласия Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.4. По требованию Потребителя предоставить ему в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

- порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;

- информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

- информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

- другие сведения, относящиеся к предмету Договора.

2.1.5. Исполнитель предоставляет Потребителю (законному представителю потребителя) 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;

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.1.6. Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления услуг по настоящему договору.

2.1.7. Вести всю необходимую медицинскую документацию в установленном действующим законодательством порядке.

2.1.8. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, а также денежных средств, поступивших от Потребителя.

2.1.9. Немедленно извещать Потребителя о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора. Дополнительные медицинские услуги при необходимости их оказания предоставляются в случае оказания Потребителю стационарной помощи – на основании дополнительного соглашения к настоящему договору, в иных случаях – на основании отдельно заключаемого договора.

2.1.10. Предоставить в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.2. Исполнитель вправе:

2.2.1. отказаться от исполнения Договора в случае невыполнения Потребителем рекомендаций медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу.

2.2.2. При выявлении противопоказаний к оказываемым услугам отказать Потребителю в проведении лечебно-диагностических процедур.

2.3. Потребитель обязуется:

2.3.1. Оплатить стоимость предоставленных Исполнителем медицинских услуг, указанных в п. 2.1.1 Договора в сроки и в порядке, которые определены Договором.

2.3.2. 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.

2.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по Договору.

2.3.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения.

2.4. Потребитель имеет право:

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

2.4.2. На выбор врача, оказывающего необходимые медицинские услуги.

2.4.3. Отказаться от исполнения Договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

2.5. Потребитель дает свободно, своей волей и в своем интересе согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения Договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.

3. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов

3.1. Стоимость услуг, оказываемых по Договору, определяется на основании Счета, который является неотъемлемой частью настоящего Договора, по ценам в соответствии с действующим Прейскурантом платных медицинских услуг, утвержденным Исполнителем.

3.2. Потребителю в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца).

Оплата услуг по Договору осуществляется по выбору Потребителя наличными денежными средствами, с использованием платежных банковских карт или безналичным перечислением на расчётный счёт Исполнителя. Оплата Услуг осуществляется на основании Счета, являющегося неотъемлемой частью Договора и подлежащего оплате в следующем порядке:

1) При получении Услуг в стационарных условиях:

- первый платеж – предоплата (аванс) в размере _____ руб. ____ коп., в день подписания Договора Потребителем;

- второй и последующий платежи – не менее чем за сутки до окончания предоплаченного срока лечения и/или согласованного и фактически оказанного объёма обследования и лечения (перечня Услуг), в размере необходимом для его продолжения;

- окончательный расчет осуществляется не менее чем за сутки до выписки Потребителя из стационара.

2) При получении Услуг в амбулаторных условиях: оплата полной стоимости оказанных Услуг в день оказания Услуг.

3.3. К каждому Счету, по окончании оказания Услуг по нему, Стороны подписывают Акт сдачи-приемки оказанных услуг (далее - Акт).

3.4. Акт, подписанный Потребителем, свидетельствует о том, что указанные в нем Услуги были оказаны в полном объёме, а указанные даты подтверждают соблюдение сроков их выполнения, предусмотренных Договором.

3.5. Потребитель в течение 3 (Трех) дней со дня окончания оказания Услуг обязан принять их посредством подписания Акта сдачи-приемки оказанных услуг и направить один экземпляр Исполнителю, либо, при наличии недостатков, представить Исполнителю письменный мотивированный отказ от его подписания.

3.6. Услуги считаются оказанными с момента подписания Сторонами Акта. В случае не подписания Потребителем Акта, указанного в п.3.4. Договора, и не направления в адрес Исполнителя мотивированного отказа от его подписания, Услуги считаются оказанными в полном объеме, с надлежащим качеством и принятыми Заказчиком без замечаний со дня истечения срока, указанного в п.3.4. Договора.

3.7. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю услуг, предусмотренный Договором, сократится, либо оказание услуг в рамках Договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, либо Потребителем оплачена сумма превышающая стоимость оказанных Услуг и необходимо осуществление возврата денежных средств Потребителю, Стороны подписывают Акт с указанием размера денежных средств, подлежащих возврату Потребителю. Денежные средства за оплаченные, но не оказанные Услуги возвращаются Потребителю в течение 30 (тридцати) календарных дней после подписания Сторонами Акта.

4. Ответственность сторон

4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

4.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье в соответствии с п. 2.3.2 Договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п. 2.3.4 Договора.

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

5. Конфиденциальность

5.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении Договора.

5.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна), если Потребителем не дано письменное указание об ином.

6. Заключительные положения

6.1. До заключения Договора Исполнитель в письменной форме 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.

6.2. Договор разработан в соответствии с положениями Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006. Договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения Сторонами обязательств.

6.3. В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг - Договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении Договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

6.4. Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

6.5. Во всем, что не предусмотрено Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

Подписи Сторон.

От Исполнителя:

Должность:

ФИО:

Реквизиты доверенности:

_____ / _____

М.П.

От Потребителя:

ФИО:

(подпись)

Свой экземпляр Договора получил(а):

_____ / _____

(подпись)

(ФИО)

**Информированное добровольное согласие
на оказание платных медицинских услуг и отказ от получения
соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы
в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам
медицинской помощи и территориальной программы
государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской
помощи**

Я, _____,
(ФИО)

на основании статьи 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» желаю получить платные медицинские услуги в ФГБУ ФНКЦ МРИК ФМБА России.

Я проинформирован(а) о том, что:

- есть возможность получения аналогичной медицинской помощи (соответствующих видов и объемов медицинской помощи) бесплатно в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги именно в ФГБУ ФНКЦ МРИК ФМБА России;

- несоблюдение назначений или рекомендаций исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платные медицинские услуги), в том числе несоблюдение назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемых медицинских услуг, повлечь за собой невозможность их завершения в срок, привести к увеличению продолжительности лечения и невозможности достижения желаемого результата, а также может привести к негативным последствиям и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (на состоянии здоровья лица, интересы которого я представляю);

- платные медицинские услуги не гарантируют внеочередного получения услуги.

Я изъявляю желание заключить с ФГБУ ФНКЦ МРИК ФМБА России договор на оказание платных медицинских услуг и прошу оказывать мне (лицу, интересы которого я представляю) медицинскую помощь (медицинские услуги) на платной основе.

Я согласен(на) со всеми условиями и порядками предоставления платных медицинских услуг, а также не имею и не буду иметь претензий по компенсации затраченных мною финансовых средств на оплату медицинских услуг в ФГБУ ФНКЦ МРИК ФМБА России.

Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками и условиями предоставления платных медицинских услуг, а также с порядком оплаты медицинских услуг в соответствии с договором, и согласен(на) со всеми пунктами данного информированного добровольного согласия, положения которого мне разъяснены, мною прочитаны и мне абсолютно понятны.

Мне разъяснено, что полная информация о ФГБУ ФНКЦ МРИК ФМБА России, а также его структурных подразделениях, предоставляемых им медицинских услугах, о лицензии на осуществление медицинской деятельности, медицинских работниках и другие сведения,

обязательные для предоставления «потребителю» размещены на официальном сайте по адресу www.ckbvl.net, а также представлены на информационных стендах (стойках) ФГБУ ФНКЦ МРиК ФМБА России.

_____/ _____ (дата)
(подпись) (ФИО Потребителя)

_____/ _____ (дата)
(подпись) (ФИО работника Исполнителя)

Согласие на обработку персональных данных

д. Голубое

дата

Я ФИО, Паспорт гражданина РФ, серия: _____, № _____, выдан: _____ № подр.: _____ сведения о регистрации _____, принимаю решение о предоставлении своих персональных данных и свободно, своей волей и в своём интересе даю согласие уполномоченным лицам Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр медицинской реабилитации и курортологии Федерального медико-биологического агентства», зарегистрированного по адресу 141551, Московская область, г. Солнечногорск, д. Голубое, на обработку (любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество; пол; число, месяц, год рождения; серия, номер документа, удостоверяющего личность, наименование органа, выдавшего его, дата выдачи; реквизиты страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования; реквизиты полиса обязательного медицинского страхования; место жительства (адрес регистрации, фактического проживания); семейное положение; страховая программа; период прикрепления; сведения о наличии льгот (категория льгот, документ подтверждающий наличие льгот); социальная группа; место работы, должность; место учёбы; номер телефона (домашний, рабочий или мобильный); контингент; сведения об инвалидности, причине инвалидности; сведения о наличии профзаболеваний; сведения о получении льготных лекарственных средствах; номер амбулаторной карты; территориальный участок; анамнез жизни; сигнальная информация (список вредных факторов на производстве, аллергологический паспорт, аллергологический анамнез, учет дозы рентгеновского облучения); сведения об осмотрах; документы врачебных комиссий; сведения о госпитализации; сведения о диспансерных наблюдениях; направления на лабораторные и диагностические исследования; результаты лабораторных и диагностических исследований; лечебные назначения; сведения о санаторно-курортном лечении; сведения о профилактических осмотрах; листки нетрудоспособности; сведения о прививках; заключительные диагнозы; стоимость предоставленных медицинских услуг за определённый период; иные персональные данные, необходимые для достижения целей их обработки.

Вышеуказанные персональные данные предоставляю для обработки в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Я ознакомлен с тем, что согласие на обработку персональных данных действует с 16.12.2022 по 16.12.2023, в течение всего срока осуществления и выполнения в Федеральном государственном бюджетном учреждении "Федеральный научно-клинический центр медицинской реабилитации и курортологии Федерального медико-биологического агентства" функций, полномочий и обязанностей в установленной форме деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Данные об операторе персональных данных:

**Уведомление пациента
о несоблюдении назначений (рекомендаций) врача при оказании платных
медицинских услуг**

Уважаемый пациент!

Настоящим уведомляем Вас о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

_____/ (подпись) / _____ (ФИО Потребителя) (дата)

_____/ (подпись) / _____ (ФИО работника Исполнителя) (дата)

