

Договор № \_\_\_\_\_  
на оказание платных медицинских услуг

г. Феодосия

\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_ г.

### СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым «Феодосийский медицинский центр», именуемое далее «Исполнитель», в лице главного врача Пянковский Эдуард Григорьевич, действующего на основании Устава, с одной стороны и \_\_\_\_\_ именуемый (-ая, -ое) далее «Заказчик»/«Потребитель», с другой стороны, в дальнейшем вместе именуемые Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

#### 1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1. "платные медицинские услуги" - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования (далее - договор);  
"заказчик" - физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;  
"потребитель" - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";  
"исполнитель" - медицинская организация независимо от организационно-правовой формы, а также индивидуальный предприниматель, выполняющие работы или оказывающие услуги потребителям по возмездному договору.

#### 2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. По настоящему Договору Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги:  
2.1.1. по своему профилю деятельности, согласно перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в Уведомлении на осуществление медицинской деятельности, выданной в установленном порядке (№ В-82 1580 от 18.05.2016г.), согласно Прейскуранту цен (тарифов) на платные медицинские услуги (далее - Прейскурант), утвержденному в установленном порядке, а Потребитель обязуется принять и оплатить оказанные услуги.  
2.1.2. в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации, утвержденными в установленном порядке.  
2.1.3. в полном объеме порядка и стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе Потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в большем или меньшем объеме, чем предусмотрено стандартом медицинской помощи.  
2.2. Оказание медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия на получение платных медицинских услуг Потребителя, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, которое является Приложением № 1 к настоящему Договору.  
2.3. В случае медицинского вмешательства оказание медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство Потребителя, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, которое является Приложением № 2 к настоящему Договору.  
2.4. Перечень платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю в соответствии с настоящим Договором, с указанием их стоимости определяется в Приложении №3, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.  
При последующих обращениях Потребителя к Исполнителю в период действия настоящего Договора по вопросу оказания новых услуг Сторонами оформляется и подписывается новое Приложение №3, в котором согласовывается новый перечень оказываемых платных медицинских услуг, их стоимость и сроки оказания.  
2.5. Потребитель подтверждает, что до подписания настоящего Договора Исполнитель:  
2.5.1. Уведомил Потребителя:  
- 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;  
- о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, в том числе на период временной нетрудоспособности могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя;  
2.5.2. Ознакомил Потребителя с размещенными на сайте (<http://feomc.ru>) Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" и на информационных стендах (стойках) в наглядной и доступной форме:

- с порядком и условиями предоставления медицинской помощи, а также предельные сроки ожидания оказания медицинской помощи в соответствии с программой и территориальной программой и стандартами медицинской помощи, применяемыми при предоставлении платных медицинских услуг;
    - с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736;
    - с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен (тарифов) Исполнителя на платные медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;
    - с содержанием Положения о предоставлении гарантий при оказании платных медицинских услуг;
  - с графиком работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;
  - с перечнем категорий потребителей, имеющих право на получение льгот, а также перечень льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг в соответствии с федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации;
  - стандартами медицинской помощи и сроками ожидания;
- 2.6. Подписывая настоящий Договор, получив в доступной форме информацию о состоянии здоровья, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, а также о результатах проведенного лечения, Потребитель дает свое согласие на оказание платных медицинских услуг, оговоренных в настоящем Договоре, в том числе и медицинских услуг, предусмотренных в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на обработку его персональных данных.
- 2.7. По требованию Потребителя Исполнитель должен предоставить план лечения на предоставление платных медицинских услуг.
- 2.8. Сроки предоставления медицинских услуг указываются в Приложении №3 к Договору.

### **3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с Приложением №3 к настоящему Договору.

3.1.2. Оказывать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме и в соответствии с настоящим Договором.

3.1.3. Осуществлять медицинскую деятельность и оказывать платные медицинские услуги по настоящему договору в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.2. Потребитель обязуется:

3.2.1. Оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги, перечень которых указан в Приложении №3, согласно Прейскуранту цен (тарифов), и в порядке, определенном разделом 4 настоящего Договора.

3.2.3. Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

3.2.4. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору, а так же с содержанием Положения о предоставлении гарантий при оказании платных медицинских услуг, размещенных на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" и на информационных стендах (стойках) в наглядной и доступной форме.

3.2.5. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги, по настоящему Договору.

3.2.6. При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) о любых изменениях самочувствия.

3.2.7. Отказаться на весь период предоставления медицинских услуг по настоящему Договору от употребления без предварительного согласования с лечащим врачом каких-либо лекарственных средств, в том числе наркосодержащих, их содержащих, психотропных препаратов, алкогольсодержащих напитков.

3.2.8. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Исполнителем (медицинским работником, предоставляющим платные медицинские услуги по настоящему Договору) употребление любых медицинских препаратов, лекарственных средств, лекарственных трав и т. д.

3.2.9. Соблюдать график приема медицинскими работниками, предоставляющими медицинские услуги по настоящему Договору.

3.2.10. Соблюдать внутренний режим нахождения в медицинской организации, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

3.2.11. Бережно относиться к имуществу Исполнителя. В случае причинения ущерба Исполнителю вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действиями или бездействием Исполнителя и/или лиц его сопровождающих Потребитель обязуется в течение трех календарных дней возместить действительный нанесенный ущерб в полном объеме.

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. Оказывать платные медицинские услуги в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе Потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в большем или меньшем объеме, чем предусмотрено стандартом медицинской помощи.

3.3.2. Требовать от Потребителя предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему платных медицинских услуг, а так же бережного отношения к имуществу Исполнителя.

3.3.3. В одностороннем порядке изменить предварительно определенный объем оказываемых медицинских услуг в случае, если существует угроза жизни или здоровью Потребителя.

3.3.4. Отказать в оказании платных медицинских услуг при:

- выявлении противопоказаний у Потребителя;
- нарушении Потребителем условий настоящего Договора;
- выявлении у Потребителя алкогольного или наркотического опьянения;
- препятствования Потребителем оказанию услуг.

3.4. Потребитель имеет право:

3.4.1. Получить медицинские услуги в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям, в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по своей просьбе в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в большем или меньшем объеме, чем предусмотрено стандартом медицинской помощи.

3.4.2. Получать информацию о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, определить лиц, которым в интересах Потребителя может быть передана информация о состоянии его здоровья.

3.4.3. Отказаться от медицинского вмешательства.

3.4.4. После оплаты медицинских услуг требовать выдачи документа, подтверждающего произведенную оплату предоставляемых медицинских услуг, установленного образца.

3.4.5. Получить возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании медицинской помощи, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

3.4.6. Потребовать от Исполнителя предоставления для ознакомления:

- копии учредительных документов Исполнителя;
- копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией;
- иные документы, связанные с осуществлением медицинской деятельности.

#### 4. ЦЕНА И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ УСЛУГ

4.1. Общая стоимость Договора составляет ( ) рублей и складывается из всех Услуг, оказанных Исполнителем на протяжении срока действия и в рамках настоящего Договора, в соответствии со Спецификацией. НДС не облагается согласно п. 2 ст. 149 Налогового Кодекса Российской Федерации.

4.2. Перечень и стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю по настоящему Договору согласованы Сторонами и закреплены в Приложении № 3 к Договору.

4.3. Общая стоимость медицинских услуг по настоящему Договору определяется по Прейскуранту цен (тарифов) платных медицинских услуг, утвержденному Исполнителем и действующему на момент заключения настоящего Договора.

При этом Потребитель осознает, что в соответствии с действующим законодательством Исполнитель вправе определять цены (тарифы) на предоставляемые платные медицинские услуги самостоятельно, и подтверждает, что понимает содержащуюся в Прейскуранте информацию, согласен с действующими ценами на медицинские услуги, а также уведомлен о том, что оплаченные денежные средства по настоящему Договору не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования.

4.4. В случае заключения дополнительного соглашения, отдельного Договора или подписания нового Приложения 3 к Договору на предоставление дополнительных медицинских услуг, их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент их подписания.

4.5. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Потребителя с учетом уточненного диагноза путем подписания новой редакции или дополнения Приложения № 3 к Договору. Без согласия Потребителя Исполнитель не имеет права предоставлять дополнительные платные медицинские услуги по настоящему Договору.

4.6. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Потребителем непосредственно после оказания услуги путем внесения всей указанной в Приложении №3 суммы наличными денежными средствами в кассу Исполнителя, либо путем перечисления указанной суммы на расчетный счет Исполнителя.

В случае оказания услуг на основании предварительно составленного плана лечения, оплата осуществляется путем перечисления 100% авансового платежа до начала оказания указанных в плане лечения медицинских услуг на расчетный счет либо в кассу Исполнителя. По согласованию сторон может быть определен иной порядок оплаты.

4.7. После оплаты медицинских услуг Потребителю выдается документ установленного образца, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых медицинских услуг.

## **5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

- 5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.
- 5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 5.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье и имеющихся у него противопоказаний.
- 5.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Потребителем условий настоящего Договора, в случаях осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Потребителя, а также в случае, если Потребитель не проинформировал Исполнителя о перенесенных Потребителем заболеваниях, известных аллергических реакциях, противопоказаниях, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.
- 5.5. Ни одна из сторон настоящего договора не несет ответственности перед другой стороной за невыполнение обязательств, обусловленное обстоятельствами, возникшими помимо воли и желания сторон, которые нельзя предвидеть или предотвратить (непреодолимая сила), включая объявленную или фактическую войну, гражданские волнения, эпидемии, блокаду, землетрясения, наводнения, пожары и другие стихийные бедствия, а также запретительные действия властей и акты государственных органов. Документ, выданный соответствующим компетентным органом, является достаточным подтверждением наличия и продолжительности действия обстоятельств непреодолимой силы.
- 5.6. Все споры и разногласия, возникшие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем устных переговоров и/или направлением письменных претензий, а в случае не достижения согласия - в судебном порядке в соответствии с действующим процессуальным законодательством. Срок ответа на претензию - 30 календарных дней с момента ее получения Стороной.

## **6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

- 6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и действует весь срок, определенный временем проведения платных медицинских услуг, но не позднее **31.12.2023 г.**, а в части исполнения обязательств по Договору Сторонами – до полного их исполнения Сторонами. Прекращение срока действия Договора влечет прекращение всех обязательств Сторон Договора.
- 6.2. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимильной подписи в настоящем договоре, на дополнительных соглашениях к настоящему договору, а также на иных документах, имеющих значение для его исполнения, изменения или прекращения.
- 6.3. Настоящий Договор может быть изменен либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленному дополнительным письменным соглашением.
- 6.4. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору либо подписанием нового Приложения 3 к Договору на предоставление дополнительных медицинских услуг. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.
- 6.5. Настоящий Договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по настоящему Договору.
- 6.6. В случае отказа Потребителя от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется дополнительное соглашение о расторжении в письменной форме. При этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически оказанные услуги и иные понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

## **7. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

- 7.1. Исполнитель обязуется обеспечить сохранность информации о факте обращения Потребителя за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).
- 7.2. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, допускается в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации и настоящим Договором.

## **8. ГАРАНТИИ**

- 8.1. Требования, связанные с недостатками оказанной услуги по Договору, могут быть предъявлены при принятии оказанной услуги или в ходе оказания услуги либо, если невозможно обнаружить недостатки при принятии оказанной услуги, в течение сроков, установленных настоящим Договором.

## **9. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

- 9.1. Настоящий Договор заключён в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному

экземпляру для каждой Стороны.

9.2. Отношения Сторон, не урегулированные этим Договором, регулируются законодательством Российской Федерации и Республики Крым.

9.3. Все уведомления, запросы, извещения, требования и иные сообщения по вопросам, связанным и вытекающим из настоящего Договора, должны быть совершены в письменной форме и могут быть доставлены посредством личного вручения под роспись Стороне Договора или его уполномоченному представителю, а также заказной корреспонденцией с описью вложения.

9.4. Подписывая данный договор, Заказчик/Потребитель в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» дает свое согласие на обработку Исполнителем и его работниками своих персональных данных Потребителя, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны и адреса электронной почты (при наличии), данные о состоянии здоровья и иные персональные данные в медико-профилактических целях, для установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, в целях уведомления об услугах и назначенной даты следующего приема. Также Потребитель дает право Исполнителю и его работникам передавать персональные данные, фотографии и сведения, составляющие врачебную тайну, третьим лицам в интересах его обследования и лечения. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Настоящее согласие действует бессрочно и может быть отозвано Потребителем в письменном виде - заказным письмом.

9.5. Неотъемлемыми приложениями к Договору являются:

Приложение №1 - Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг;

Приложение №2 - Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;

Приложение №3 - Стоимость и перечень платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю;

## 10. Реквизиты сторон

<p>Исполнитель:</p> <p>Министерство финансов Республики Крым (ГБУЗ РК «Феодосийский МЦ»</p> <p>л/с 20756Щ98970)</p> <p>Казн/счет: 03224643350000007500</p> <p>ЕКС:40102810645370000035</p> <p>ОТДЕЛЕНИЕ РЕСПУБЛИКА КРЫМ БАНКА РОССИЯ//УФК по Республике Крым г.Симферополь</p> <p>ИНН:9108104386</p> <p>КПП:910801001</p> <p>ОКТМО:35726000</p> <p>БИК:013510002</p> <p>КБК:00000000000000000130(указывать обязательно)</p> <p>Главный врач</p>	<p style="text-align: center;"><b>Заказчик/Потребитель:</b></p> <p>Ф.И.О.: _____</p> <p>_____</p> <p>Дата рождения: __. __. ____ г.</p> <p>Данные документа:</p> <p>Серия №: _____</p> <p>Выдан: _____</p> <p>Адрес регистрации: _____</p> <p>_____</p> <p>Адрес проживания: _____</p> <p>_____</p> <p>Моб. тел. +7 _____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(подпись) <span style="float: right;">Ф.И.О.</span></p>
---	---

\_\_\_\_\_ Э.Г. ПЯНКОВСКИЙ

М.П.

**Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг**

Я, \_\_\_\_\_

г. рождения: \_\_\_\_\_.

зарегистрированный \_\_\_\_\_ (-ая) \_\_\_\_\_ по  
адресу: \_\_\_\_\_

проживающий \_\_\_\_\_ (-ая) \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ адресу:  
\_\_\_\_\_

настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республики Крым «Феодосийский медицинский центр».

Мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи, в том числе схожих медицинских услуг, в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками и условиями оказания, и порядком оплаты медицинских услуг, предоставляемых Государственным бюджетным учреждением здравоохранения Республики Крым «Феодосийский медицинский центр».

Я изъявляю желание заключить договор на оказание платных медицинских и иных услуг с Государственным бюджетным учреждением здравоохранения Республики Крым «Феодосийский медицинский центр».

Информацию до пациента довел: \_\_\_\_\_

**ФИО**

Должность

**подпись**

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.20\_\_\_ г.

Потребитель:

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.20\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_   
подпись

\_\_\_\_\_   
ФИО

### Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_

г. рождения: \_\_\_\_\_.

зарегистрированный (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_

проживающий (-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 23.04.2012 № 390н, для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (**ненужное зачеркнуть**) в ГБУЗ РК «Феодосийский МЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

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 так же предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

До получения платных медицинских услуг и до заключения настоящего договора, в доступной для меня форме, проинформирован(а) о нижеследующем:

— о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы, в рамках реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, как в ГБУЗ РК «Феодосийский МЦ», так и в других медицинских организациях Республики Крым.

- о перечне и ценах на платные медицинские услуги в ГБУЗ РК «Феодосийский МЦ», условиях, форме и порядке их предоставления и оплаты;

- о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, уровне их профессионального образования и квалификации;

- мне предоставлена вся необходимая информация об учреждении, в том числе, о режиме работы учреждения, графике работы медицинских работников;

— о контролирующих органах, как по надзору в сфере здравоохранения, так и в сфере защиты прав потребителей (их адреса и телефоны), иная информация, предусмотренная правилами предоставления платных медицинских услуг, все необходимые сведения размещены на сайте ГБУЗ РК «Феодосийский МЦ» в сети «Интернет», а также на информационных стендах;

— я предупрежден(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), указанных так же в Положении о предоставлении гарантий при оказании платных медицинских услуг, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

— я информирован (а), что отказ потребителя от заключения договора оказания платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы ОМС.



— мною добровольно, своей волей и в своем интересе, без какого-либо принуждения, осознавая возможность и условиях оказания пациенту бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС, выбраны виды платных медицинских услуг, которые я хочу получить в ГБУЗ РК «Феодосийский МЦ», ознакомлен (-а) с действующим прейскурантом на платные медицинские и иные платные услуги и согласен(-на) их оплатить в соответствии с ним.

Настоящим я подтверждаю, что получил детальные объяснения в устной форме о необходимости стоматологического лечения, план которого изложен в медицинской карте, а так же ознакомлен (-а) с содержанием Положения о предоставлении гарантий при оказании платных медицинских услуг.

Сведения о выбранном мною лице, которому в соответствии с п. 5 ч.5 ст. 19 323-ФЗ может быть передана информация о состоянии моего здоровья или лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_

Потребитель

\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_ г.

\_\_\_\_\_   
 подпись

\_\_\_\_\_   
 ФИО

Приложение №3  
к Договору № \_\_\_\_\_  
на оказание платных  
медицинских услуг  
от \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_ г.

**Перечень**  
платных медицинских услуг оказываемых Потребителю

с \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_ г. по \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_ г.

№ п/п	Код медицинской услуги	Наименование	Стоимость в руб.	Кол-во	Сумма в руб.
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

				<b>Итого:</b>	
--	--	--	--	---------------	--

Исполнитель

Заказчик/Потребитель

Главный врач

\_\_\_\_\_ Э.Г. Пянковский

\_\_\_\_\_

М.П.

(подпись)

Ф.И.О.