

ДОГОВОР № _____ / _____ / ЦРХ
об оказании платных медицинских услуг

город Москва

___.___.2024

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы» (129090, г. Москва, ул. Сухаревская Б., д. 3, ОГРН 1027739252067, Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц серия 77 №011734425, выданное Межрайонной инспекцией ФНС №46 по городу Москве, Лицензия на осуществление медицинской деятельности №ЛО41-01137-77/00572265 от 30 октября 2020 года, выданная Департаментом здравоохранения города Москвы) в лице Администратора отдела организации внебюджетной деятельности - **ФИО**, действующей на основании Доверенности № _____, именуемый в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и **ФИО**, именуемый в дальнейшем **Заказчик**, с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. По настоящему Договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Пациента **ФИО** _____ г.р., обязуется оказать ему/ей медицинские услуги по организации и обеспечению медицинского лечения на аппарате Leksell Gamma Knife Perfexion* (далее по тексту – «медицинские услуги») в связи с наличием у него/неё следующего заболевания/травмы: _____, а Заказчик обязуется оплатить оказываемые Исполнителем медицинские услуги в полном объеме в соответствии с условиями настоящего Договора.

2. Перечень платных медицинских услуг сроки их оказания определяются в Приложении, являющемся неотъемлемой частью настоящего Договора

3. Ориентировочный срок оказания услуг составляет 1 день. Сроки ожидания предоставления медицинских услуг, предусмотренных п. 1.1. настоящего Договора, не должны превышать сроков ожидания медицинской помощи, предусмотренных законодательством РФ в сфере здравоохранения.

4. Ориентировочная стоимость медицинских услуг, оказываемых Пациенту в рамках настоящего Договора, определяется на основании Приложения №2 «Перечень платных медицинских услуг» в соответствии с действующим Прейскурантом на платные медицинские услуги, оказываемые населению в ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», утвержденным приказом Исполнителя (далее по тексту также - Прейскурант на платные медицинские услуги) и составляет _____ руб. 00 коп. (_____ руб. 00 коп.) .

5. Пациент производит предварительную оплату в размере 100% от стоимости оказываемых в рамках настоящего Договора услуг, указанных в Приложении №2 «Перечень платных медицинских услуг» к настоящему Договору. Факт оплаты подтверждается выданной Исполнителем Пациенту квитанцией об оплате.

6. Исполнитель по настоящему Договору принимает на себя следующие обязательства:

6.1. Оказать Пациенту медицинские услуги в полном объеме в соответствии с настоящим Договором, после внесения (перечисления) Пациентом денежных средств и предоставления документов, подтверждающих оплату;

6.2. Обеспечить надлежащий уровень оказания медицинской услуг в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения РФ.

6.3. Исполнитель обязуется не разглашать сведения, составляющие врачебную тайну (сведения о факте обращения Пациента за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении), за исключением случаев предоставления сведений, указанных в части 4 статьи 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

6.4. Исполнитель вправе без получения дополнительного согласия Пациента оказать медицинские услуги с привлечением третьих лиц.

6.5. Исполнитель вправе отказаться от оказания какого-либо вида медицинской помощи при выявлении у Пациента противопоказаний к оказываемым услугам, а также в случае невыполнения Пациентом требований медицинского работника, предоставляющего платную услугу, невыполнение Пациентом условий настоящего договора.

7. Пациент по настоящему Договору принимает на себя следующие обязательства:

7.1. Своевременно и в полном объеме оплатить услуги, оказываемые Исполнителем, в соответствии настоящим Договором;

7.2. Пациент обязан выполнять все требования Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), обеспечивающие качественное оказание услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений;

8. Пациент имеет право на получение информации, содержащей сведения, относящиеся к предмету настоящего Договора, в том числе:

- о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;

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

- о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях и предполагаемых результатах оказания медицинской помощи;

- 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;

9. Результаты исследований выдаются Пациенту при предъявлении Пациентом настоящего Договора либо при предъявлении паспорта Пациента. По завершении оказания медицинских услуг Пациенту выдаются медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, указанные медицинские документы выдаются бесплатно.

10. В случае отказа Пациента после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически оказанные ему услуги и другие понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему договору.

11. В случае возможности исполнения обязательств по настоящему Договору, возникшей по вине Пациента, услуги подлежат оплате исполнителю в полном объеме.

12. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Пациента. Без согласия Пациента Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

13. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством РФ.

14. Стороны пришли к согласию о допустимости использования Исполнителем факсимильного воспроизведения подписи при подписании настоящего Договора и приложений к нему.

15. Настоящий договор составлен в двух экземплярах по одному каждой из сторон.

16. Все вопросы, не урегулированные настоящим Договором, решаются в соответствии с законодательством РФ.

17. Стороны соглашаются с тем, что Пациент информирован о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

Исполнитель

ГБУЗ "НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ"
129090, г. Москва, ул. Сухаревская Б., д. 3
Тел: +7 (495) 680-41-54
Эл. почта: pmu@sklif.mos.ru Сайт: <https://sklif.mos.ru/>
ИНН 7702036321 КПП 770201001
Корр. счет юридического лица 40102810545370000003
Р/сч 03224643450000007300
ГУ Банка России по ЦФО// УФК по г. Москвы
БИК 004525988 ОГРН 1027739252067
ОКПО 01967081 ОКАТО

Администратор отдела организации
внебюджетной деятельности

_____ ФИО

Заказчик

ФИО
Дата рожд.:
Документ:
№ выдан
Адрес регистрации:
Тел.: моб.+7(____)____-__-__
Эл. почта:

_____ ФИО

Информированное добровольное согласие пациента на оказание платных медицинских услуг

город Москва

__._.2024

Я, **ФИО**, получил/получила от сотрудников Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы» полную 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, а также об альтернативных методах лечения.

1. Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого).

2. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 20.12.2012 г. N1177н я добровольно даю свое согласие на проведение: опроса, в том числе выявление жалоб, сбора анамнеза; осмотра, в том числе пальпации, перкуссии, аускультации, риноскопии, фарингоскопии, не прямой ларингоскопии, вагинального исследования (для женщин), ректального исследования; антропометрического исследования; термометрии; тонометрии; не инвазивных исследований органов зрения и зрительных функций; не инвазивных исследований органов слуха и слуховых функций; исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторных методов обследования, в том числе клинических, биохимических, бактериологических, вирусологических, иммунологических; функциональных методов обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиоотография (для беременных); рентгенологических методов обследования, в том числе флюорографии (для лиц старше 15 лет) и рентгенографии, ультразвукового исследования, доплерографических исследований; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно; медицинского массажа; лечебной физкультуры; инвазивные методы исследования: цистоскопия, фибротрехеобронхоскопия, эзофагогастроуденоскопия, фиброколоноскопия, ректороманоскопия; инстилляций внутривагинальные.

Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

3. Я информирован/информирована о целях и методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска медицинского вмешательства и врач дал мне понятные, исчерпывающие ответы. Я информирован/информирована о характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения.

4. Я извещен/(извещена о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств.

5. Я предупрежден /предупреждена и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

6. Я уведомлен/уведомлена о необходимости поставить в известность врача обо всех проблемах связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я уведомлен (уведомлена) о необходимости сообщить правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

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

8. Мне разъяснено и я осознаю, что проводимое мне лечение не гарантирует 100% результата и, что при проведении операции и после нее, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.

9. Я согласен/согласна с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятности возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы» не несет ответственности за их возникновение.

10. До заключения Договора я был/была уведомлен/уведомлена 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 моём состоянии здоровья.

11. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды медицинских услуг, которые я хочу получить в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы»: комплекс медицинских услуг по лечению в связи с диагнозом: Я ознакомлен/ознакомлена с действующим Прейскурантом на платные медицинские услуги, оказываемые населению в ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», утвержденным приказом Исполнителя.

12. Я проинформирован/проинформирована, что ориентировочная стоимость услуг, предусмотренных Договором составляет _____ руб. 00 коп. (_____ руб. 00 коп.) , и согласен/согласна на предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг.

13. Я проинформирован/проинформирована, что оплата медицинских услуг по Договору производится .

14. Я проинформирован/проинформирована, что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы».

15. Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных». Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие (*выбрать ненужное и подчеркнуть*):

- фамилия, имя, отчество;
- дата и место рождения;
- адрес места жительства;
- социальное положение;
- имущественное положение;
- образование;
- профессия;
- семейное положение;
- расовая принадлежность;
- национальная принадлежность;
- политические взгляды;
- религиозные убеждения;
- реквизиты полиса ОМС (ДМС), паспорта гражданина РФ;
- страховой номер Индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС);
- состояние интимной жизни;
- дактилоскопическая информация **и другое**.

16. Настоящее согласие мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Уведомление пациента

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы» (Исполнитель) до заключения Договора № _____ / _____ / ЦРХ уведомляет пациента о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, 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.

Уведомление получил/получила: V _____ ФИО

___.__.2024

Перечень платных медицинских услуг

город Москва
Пациент ФИО

№	Код	Наименование	Цена	Кол-во	Сумма
1			20850 0	1	208500

Ориентировочная итоговая сумма (все медицинские услуги): _____ руб. **00 коп.** (_____ руб 00 коп.).

Заказчик √ _____ ФИО

К счету № _____ от _____

Период оказания услуг с __.__.2024 по __.__.2024

Акт об оказанных услугах

ФИО, именуемый в дальнейшем Заказчик, с одной стороны и Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы» (129090, г. Москва, ул. Сухаревская Б., д. 3, ОГРН 1027739252067, Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц серия 77 №011734425, выданное Межрайонной инспекцией ФНС №46 по городу Москве, Лицензия на осуществление медицинской деятельности №Л041-01137-77/00572265 от 30 октября 2020 года, выданная Департаментом здравоохранения города Москвы) в лице Администратора отдела организации внебюджетной деятельности - ФИО, действующей на основании Доверенности № _____, именуемый в дальнейшем «Исполнитель», с другой стороны, в дальнейшем именуемые Стороны, составили настоящий акт о том, что Исполнитель по договору оказал Пациенту следующие услуги на сумму в соответствии с таблицей:

Пациент ФИО

№	Код	Наименование	Цена	Кол-во	Сумма
1					

1.Стоимость услуг Исполнителя фактически оказанных по договору согласно Прейскуранту на платные медицинские услуги Исполнителя составляет: _____ **руб. 00 коп.** (_____ руб. 00 коп.)

2.Объем и качество оказанных услуг соответствует требованиям договора выполнены в срок и полностью приняты Заказчиком. Заказчик не имеет претензий к Исполнителю относительно качества и объема оказанных услуг.

3.Оплата по договору составила _____ **руб. 00 коп.** (_____ руб. 00 коп.)

4.Настоящий акт является основанием для расчета Сторон в соответствии с договором № _____/_____/ЦРХ

5.Настоящий акт составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для Исполнителя и Заказчика.

Подписи Сторон:

Исполнитель
Администратор отдела организации
внебюджетной деятельности
_____ ФИО

Заказчик

v _____ ФИО

Дополнительное соглашение № 1
к Договору об оказании платных медицинских услуг № _____/_____/ЦРХ

город Москва

_____ 2024 г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы» (129090, г. Москва, ул. Сухаревская Б., д. 3, ОГРН 1027739252067, Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц серия 77 №011734425, выданное Межрайонной инспекцией ФНС №46 по городу Москве, Лицензия на осуществление медицинской деятельности №ЛО41-01137-77/005722265 от 30 октября 2020 года, выданная Департаментом здравоохранения города Москвы) в лице Администратора отдела организации внебюджетной деятельности - **ФИО**, действующей на основании Доверенности № _____, именуемый в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и **ФИО**, именуемый в дальнейшем **Заказчик**, с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящее Дополнительное соглашение к Договору № _____/_____/ЦРХ (далее по тексту – Договор) о нижеследующем:

Стороны пришли к соглашению, что в ходе оказания медицинских услуг, возникла необходимость в увеличении объема оказываемых медицинских услуг на сумму **руб. 00 коп.** (_____), НДС не облагается. Из них согласно перечню услуг в соответствии с Прейскурантом на платные медицинские услуги, оказываемые населению в ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», утвержденным приказом Исполнителя № 415 от 20 июля 2015 г:

В связи с изменением объема медицинских услуг (**дополнительные медицинские услуги**), Стороны согласились, что общая стоимость услуг, оказываемых в рамках Договора, составляет **руб. 00 коп.**, НДС не облагается.

Пациент обязуется согласно п.4.2. Договора произвести оплату дополнительных медицинских услуг в размере **руб. 00 коп.** (_____)

в течение 5 (пяти) банковских дней со дня выставления счета Исполнителем.

Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Дополнительным соглашением, остаются в силе и действуют условия Договора.

Настоящее Дополнительное соглашение вступает в силу с момента подписания и является неотъемлемой частью Договора.

Настоящее Дополнительное соглашение составлено в двух экземплярах имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

Подписи Сторон:

Исполнитель
Администратор отдела организации
внебюджетной деятельности
_____ ФИО

Заказчик

v _____ ФИО