

## УВЕДОМЛЕНИЕ

(в соответствии с п.15. «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006)

Я, гражданин(ка) \_\_\_\_\_ настоящим уведомлен(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) «Исполнителя» (медицинского работника, предоставившего платную медицинскую услугу), 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 моего здоровья.

Подтверждаю, что уведомлен(а) до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

Подпись «Пациента» \_\_\_\_\_

Подпись «Законного представителя» \_\_\_\_\_

### ДОГОВОР № 012159@ на оказание платных медицинских услуг (с физическим лицом)

г. Уфа

от \_\_\_\_\_ 2018 г.

ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова, расположенное по адресу: 450005, РФ, РБ, г. Уфа, ул. Достоевского, д.132, зарегистрированное в качестве юридического лица в соответствии с Единым государственным реестром за номером 1030203899329 серия 02 № 004230193 от 17.02.2003 г., выданным Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 39, в лице работника \_\_\_\_\_, действующего на основании Приказа № 7-к от 12.01.2016 г., Лицензии №ЛО-02-01-005199 от 06.10.2016 г. на осуществление медицинской деятельности, выданной Министерством здравоохранения Республики Башкортостан, (адрес: Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Тукаева, 23, т. (347) 218-00-81), именуемый в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны и гражданин, именуемый в дальнейшем

«Пациент»

Дата рождения (месяц/число/год) 04.04.2018 паспорт номер \_\_\_\_\_

Зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

Телефон, Гражданин (ка), именуемый в дальнейшем «Законный представитель Пациента» /«Плательщик»:

Дата рождения (месяц/число/год) паспорт номер \_\_\_\_\_

Зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

Телефон, заключили настоящий договор о следующем:

#### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. От лица «Исполнителя» \_\_\_\_\_ специалист, оказывающий платные услуги (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_

принимает на себя обязательства на оказание медицинской услуги надлежащего качества в соответствии с действующим на момент заключения договора Перечнем медицинских и иных услуг в ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова.

1.2. Оказание медицинских услуг производится по месту нахождения «Исполнителя».

1.3. Ответственный представитель «Исполнителя» для решения общих вопросов и обеспечения контроля за выполнением условий договора – Милкова Л.Н., вн.тел.26-77, тел.248-16-87

#### 2. ОБЪЕМ УСЛУГ, СТОИМОСТЬ ДОГОВОРА

2.1. «Исполнитель» берет на себя обязательство оказать платные медицинские услуги отвечающее требованиям, предъявляемым к современным методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенных на территории Российской Федерации в следующем объеме:

Код услуги	Наименование услуги	Кол-во	Сроки исполнения	Амбулаторные условия	Стационарные условия	Цена по прейскуранту, руб.	Сумма к оплате, руб.

2.2. Стоимость договора **0.00 руб.**

2.3. Стоимость услуг определяется утвержденным Перечнем (Прейскурантом), действующим на момент заключения договора.

2.4. «Исполнитель» оказывает услуги по настоящему договору в своих структурных подразделениях стационара и поликлиники, согласно режиму работы.

#### 3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. «Пациент» обязан оплатить оказанные ему услуги в порядке и в сроки, которые установлены договором с «Исполнителем».

3.2. «Пациент» обязан оплатить выполненную «Исполнителем» в полном объеме работу после ее принятия потребителем. С согласия «Пациента» работа может быть оплачена им при заключении договора в полном размере или путем выдачи аванса.

3.3. Оплата оказанных услуг производится посредством наличных или безналичных расчетов в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3.4. Цена медицинских услуг может быть увеличена в связи с продлением срока лечения, увеличения фактических затрат на лечение, проведения дополнительных диагностических, лечебных мероприятий и в силу других обстоятельств. В этом случае оформляется дополнительное соглашение к настоящему договору, и «Пациент» производит дополнительную оплату. При невыполнении или уменьшении оказанных медицинских услуг «Исполнитель» по требованию «Пациента» возвращает соответственно оплаченную сумму или разницу между оплаченной суммой и стоимостью оказанных услуг в указанные потребителем сроки.

#### 4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. «Пациент» обязан:

- оплатить стоимость предоставляемой услуги в размере и порядке установленном настоящим договором;

- до назначения курса лечения сообщить лечащему врачу полную информацию и предоставить при наличии документы (копии документов, данные предварительных исследований и консультации специалистов проведенных вне учреждения «Исполнителя» (при их наличии) о состоянии своего здоровья, наличии других заболеваний, противопоказаний, к применению каких-либо лекарств или процедур и аллергических реакций на препараты, также другую информацию, влияющую на ход лечения заболевания.- ознакомиться с условиями договора и правилами оказания платных медицинских услуг и исполнять их;

- выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги, соблюдать правила внутреннего распорядка «Исполнителя», лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

- выполнять все требования, обеспечивающие качественное предоставление платной медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений;

- в соответствии со ст.9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» «Пациент» дает согласие на обработку своих персональных данных - Фамилия, Имя, Отчество, пол; число, месяц, год рождения; вид и реквизиты документа, удостоверяющего личность, реквизиты полиса ДМС; адрес регистрации по месту жительства; номер контактного телефона или сведения о других способах связи; сведения о состоянии здоровья, а также состоянии здоровья ближайших родственников; факты предыдущих обращений за медицинской помощью и их результаты - в документальной и электронной форме, с возможностью осуществления сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), извлечения, использования, передачи (распространение, предоставление, доступа), обезличивания, блокирования, удаления, уничтожения персональных данных, автоматизированным и неавтоматизированным способом.

Персональные данные обрабатываются в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг в течение срока, необходимого для достижения цели. Обработки персональных данных, регламентированных нормативными актами, регулирующими сроки хранения медицинской документации. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

Подпись \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

4.2 «Исполнитель» обязан:

4.2.1. Обеспечить «Пациента» бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения о:

- порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;
- данных о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- данных о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- других сведениях, относящихся к предмету настоящего договора.

4.3. «Исполнитель» имеет право:

4.3.1. Отказать в приеме «Потребителю» в случаях:

- состояние алкогольного опьянения, наркотического или токсического опьянения;
- действий «Пациента», угрожающих жизни и здоровью персонала «Исполнителя».

4.3.2. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования, оказания услуг, в том числе предусмотренных договором.

## 5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

5.1. Настоящий договор вступает в силу с даты подписания и действует до полного выполнения сторонами своих обязательств. Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке при нарушении условий одной из сторон.

5.2. Изменение и расторжение договора возможны по соглашению сторон, если иное не предусмотрено настоящим Договором.

5.3. В случае отказа «Пациента», после заключения договора, от получения медицинских услуг, договор расторгается, при этом «Пациент» оплачивает «Исполнителю» фактически понесенные «Исполнителем» расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

## 6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. «Исполнитель» несет ответственность перед «Пациентом» за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации и Республики Башкортостан, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни «Пациента».

6.2. При неудовлетворенности оказанной медицинской услугой «Пациент» вправе обратиться к лицу, ответственному за лечебную работу в данном учреждении.

6.3. «Пациент» при обнаружении недостатков оказанной услуги вправе по своему выбору потребовать: безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги; соответствующего уменьшения цены оказанной услуги; безвозмездного исполнения данных услуг повторно. Возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги своими силами или третьими лицами, возмещения убытков, понесенных в связи ненадлежащим исполнением условий договора; отказаться от исполнения договора, если им обнаружены существенные недостатки оказанной услуги или иные существенные отступления от условий договора. Цена оказанной услуги, возвращаемая «Пациенту» при отказе от исполнения договора о оказании услуги, а также учитываемая при уменьшении цены оказанной услуги, определяется в соответствии с пунктами 3, 4 и 5 статьи 24 Закона «О защите прав потребителей».

6.4. Сторона, считающая, что ее права по настоящему договору нарушены, вправе предъявить другой стороне претензию устно или письменно. Сторона, получившая претензию, обязана ответить на нее в сроки, установленные законодательством.

6.5. «Исполнитель» не несет ответственность за ненадлежащее оказание медицинских услуг, осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие: а) биологических особенностей организма «Пациента», вероятность наступления которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить; в) невыполнения или ненадлежащего выполнения «Пациентом» принятых на себя обязательств, а также прекращение лечения по собственной инициативе до его завершения.

## 7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. Настоящий договор составлен в двух экземплярах по одному для каждой стороны. Оба экземпляра имеют одинаковую юридическую силу.

7.2. Ни одна из сторон не имеет право передавать свои права и обязанности по настоящему договору третьим лицам без письменного согласия другой стороны.

7.3. Претензии и споры, возникшие между «Пациентом» и «Исполнителем», разрешаются по соглашению сторон или в судебном порядке в соответствии с Законодательством Российской Федерации.

7.4. В случаях, не предусмотренных условиями настоящего договора, стороны руководствуются действующим законодательством РФ и РБ, Федеральным законом от 07.02.1992 года № 2300-1 «О защите прав потребителей», Федеральным законом от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 года № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

«Исполнитель»

ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова  
Почтовый адрес: 450005, РБ, г. Уфа, ул. Достоевского, 132  
Юридический адрес: 450005, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Достоевского, 132  
Тел. 279-03-97, факс 273-03-10, e-mail: UFA.RKBKUV@doctorrub.ru  
ИНН 0274019476, КПП 027401001  
р/с 40601810400003000001 в ГРКЦ НБ РБ Банка России г. Уфа БИК 048073001  
Л/с 22112040120 Минфин РБ – ГБУЗ РКБ им. Куватова,

«Пациент» (законный представитель/плательщик)

Ф.И.О.  
Документ, удостоверяющий личность:  
Паспорт гражданина Российской Федерации  
серия номер  
Выдан  
Дата выдачи 04.04.2018  
Адрес  
Телефон:

Исполнитель \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

М.П.

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

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

Я, зарегистрированный по адресу:  
г. рождения 04.04.2018  
в рамках договора на оказание платных медицинских услуг, желаю получить услуги в ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова, расположенное по адресу: РФ, РБ, г.Уфа, ул.Достоевского,д.132, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я могу получить соответствующие виды медицинской помощи бесплатно в рамках Программы госгарантии бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
2. Я ознакомлен с действующим Перечнем и прейскурантом медицинских услуг и согласен оплатить стоимость указанной медицинской услуги и прочие платные услуги в соответствии с ним.
3. Я даю согласие на оказание платных медицинских услуг и прочих платных услуг.
4. Даю согласие на обработку моих персональных данных.

5. Даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которое граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача в медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.04.2012 г. № 39011.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемы 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 4.9 ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ (собрание законодательства РФ, 2011, № 48, ст. 6724, 2012, № 26 ст. 3442, 3446.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п.5 4.3 ст.19 Федерального закона от 21.11.11 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица», законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

6. Настоящее согласие мною прочитано, я даю согласие на применение выбранных мною видов медицинских услуг (вмешательств).

(ФИО гражданина, контактный телефон) (подпись)

(ФИО законного представителя гражданина) (подпись)

(подпись) (ФИО медицинского работника)

04.04.2018

**АКТ  
оказания платных медицинских услуг № 012159@**

г. Уфа 04.04.2018  
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республиканская клиническая больница имени Г.Г. Куватова (свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических за номером 1030203899329 серия 02 №004230193 от 17.02.2003 г., выданным Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 39 по Республике Башкортостан), в лице работника \_\_\_\_\_, действующего на основании Приказа № 7-к от 12.01.2016 г., Лицензии №ЛЮ-02-01-005199 от 06.10.2016 г. на осуществление медицинской деятельности, выданной Министерством здравоохранения Республики Башкортостан, (адрес: Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Тукаева, 23, т. (347) 218-00-81), именуемый в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и граждан (ка), именуемая в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, далее совместно именуемые Стороны, составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. В соответствии с условиями Договора об оказании платных медицинских услуг № 012159@ от 04.04.2018 «Исполнителем» оказаны услуги, в следующем объеме:

Код услуги	Наименование услуги	Кол-во	Сроки исполнения	Амбулаторные условия	Стационарные условия	Цена по прейскуранту, руб.	Сумма к оплате, руб.

2. Указанные в п. 1 настоящего Акта услуги согласно Договору об оказании платных медицинских услуг № 012159@ от 04.04.2018 оказаны в полном объеме.
3. Замечаний к услугам и предоставленным Исполнителем лекарственным средствам, материалам не имеется.
4. Стоимость оказанных услуг, согласно Договору об оказании платных медицинских услуг № 012159@ от 04.04.2018 составила **0.00 руб.**

«Исполнитель»:  
ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
М.П.

«Пациент»:  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_