

УВЕДОМЛЕНИЕ

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

Я, _____
(Ф.И.О.)

настоящим уведомлен(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника ГБУЗ РКПТД, 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 «Заказчика» («Пациента») _____

«__» _____ 20__ г.

Договор на оказание платных медицинских услуг № _____

г. Уфа _____ «__» _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республиканский клинический противотуберкулезный диспансер, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Шарипова Рауля Ахнафовича, действующего на основании Устава, с одной стороны и _____

(Ф.И.О.)

именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель» (Заказчик), с другой стороны, а вместе, именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. По настоящему Договору Исполнитель предоставляет Потребителю **медицинские услуги** _____

(код услуги _____) по своему профилю деятельности в соответствии с выданной лицензией на осуществление медицинской деятельности, согласно Прейскуранту цен (тарифов) на медицинские услуги (далее – Прейскурант), утвержденным приказом ГБУЗ РКПТД, в количестве _____, а Потребитель (Заказчик) обязуется оплатить оказанную услугу.

1.1.1. Медицинские услуги предоставляются в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации, утвержденными в установленном порядке.

1.1.2. Медицинские услуги предоставляются:

- в полном объеме медицинской помощи.

1.1.3. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, которое является Приложением №1 к настоящему Договору.

1.2. Перечень медицинских услуг, оказываемых Потребителю в соответствии с настоящим Договором, определяется в пункте 1.1. Договора.

1.3. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006);

- ознакомил его с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;

- уведомил его 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;

- уведомил его (Заказчика) 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.

1.4. Подписав настоящий Договор, Потребитель (Заказчик) подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

1.5. По требованию Потребителя (Заказчика) Исполнитель должен предоставить смету на предоставление платных медицинских услуг.

1.6. Срок предоставления медицинских услуг с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.

1.6.1. В случае изменения срока оказания медицинских услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.

2. Права и обязанности Сторон**2.1. Исполнитель обязуется:**

2.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги, указанные в пункте 1.1. настоящего Договора.

2.1.2. Оказывать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором, после внесения Потребителем денежных средств, в порядке, определенном разделом 3 настоящего Договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату.

2.1.3. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.

2.1.4. Исполнитель обязан предоставить дополнительные медицинские услуги по экстренным показаниям, для устранения угрозы жизни Потребителя, при внезапных острых заболеваниях и осложнениях, без взимания платы.

2.1.5. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством РФ порядке.

2.1.6. 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 дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.1.7. Исполнитель обязан предупредить Потребителя, в случае, если требуются дополнительно оплачиваемые медицинские услуги, которые Исполнитель не вправе оказывать без согласия Заказчика, в противном случае Исполнитель обязан возместить Потребителю стоимость данных услуг.

2.1.8. Исполнитель обязан соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся здоровья Потребителя.

2.2. Потребитель (Заказчик) обязуется:

2.2.1. Оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги, перечень которых указан в пункте 1.1. Договора, до начала их оказания, согласно Прейскуранту цен (тарифов), и в порядке, определенном разделом 3 настоящего Договора.

2.2.2. 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.

2.2.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору.

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

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

2.2.6. Отказаться на весь период предоставления медицинских услуг по настоящему Договору, от употребления наркотиков и лекарств, их содержащих, психотропных препаратов, алкогольсодержащих напитков.

2.2.7. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Исполнителем (медицинским работником, предоставляющим платные медицинские услуги) употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав и т.д.

2.2.8. Соблюдать график приема медицинских работников, предоставляющих медицинские услуги по настоящему Договору.

2.2.9. Соблюдать внутренний режим нахождения в медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

3. Цена и порядок оплаты услуг

3.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Пациенту согласно пункта 1.1. настоящего Договора, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом цен (тарифов) платных медицинских услуг, и составляет _____ рублей

(прописью)

3.2. Стоимость медицинских услуг по настоящему Договору определяется по Прейскуранту цен (тарифов) платных медицинских услуг, действующему на момент заключения настоящего Договора, и остается неизменной в течение всего срока действия настоящего Договора.

3.2.1. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора на предоставление дополнительных медицинских услуг, их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора.

3.3. 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 (Заказчика). Без согласия Потребителя (Заказчика) Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются 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 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

3.4. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Потребителем (Заказчиком) до начала их оказания (наличными денежными средствами) в кассе медицинской организации, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. Потребителю (Заказчику), либо через многофункциональное терминальное устройство (банкомат), после оплаты медицинских услуг выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых медицинских услуг, установленного образца.

4. Ответственность Сторон

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

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 медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье.

4.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Потребителем (Заказчиком) условий настоящего Договора.

4.5. Стороны освобождаются от ответственности за исполнение обязательств в случае форс-мажорных обстоятельств.

5. Порядок изменения и расторжения Договора

5.1. 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. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.

5.2. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Потребителя после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Отказ Потребителя от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю. Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика) о расторжении настоящего Договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

6. Заключительные положения

6.1. Договор на оказание медицинских услуг заключён в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

6.1.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора стороны будут решать по возможности путем переговоров. При невозможности достижения согласий, спор подлежит передаче на рассмотрение суда, в соответствии с законодательством РФ.

6.2 Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами.

6.2.1 После исполнения настоящего Договора Исполнителем выдаются Потребителю (законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг.

7. Сведения об Исполнителе

Фирменное наименование: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республиканский клинический противотуберкулезный диспансер;

Адрес места нахождения: РФ, 450080, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Сагита Агиша, 4;

ОГРН 1030204613999, Свидетельство о государственной регистрации юридического лица от 15.01.2013 г. серия 02 № 006892430, наименование регистрирующего органа – Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы № 39 по Республике Башкортостан;

Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-02-01-006723 от 17.12.2018, выдана Министерством здравоохранения Республики Башкортостан, г. Уфа, ул. Тукаева, 23, тел. (347)218-00-81.

Перечень работ, составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией:

При оказании первичной, доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, гистологии, медицинской статистике, медицинскому массажу, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, стоматологии, физиотерапии, функциональной диагностике.

При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: клинической лабораторной диагностике, клинической фармакологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, рентгенологии, урологии, физиотерапии, фтизиатрии, функциональной диагностике;

При оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, гистологии, диетологии, клинической фармакологии, медицинскому массажу, медицинской статистике, организации здравоохранения и общественному здоровью, организации сестринского дела, патологической анатомии, рентгенологии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, физиотерапии, фтизиатрии, функциональной диагностике, эндоскопии.

При проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым);

При проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности.

8. Юридические адреса и банковские реквизиты Сторон

Исполнитель

Наименование: ГБУЗ РКПТД
Адрес, указанный в ЕГРЮЛ:
Почтовый адрес: 450080, РБ, г. Уфа, ул. Сагита Агиша,4
Телефон/факс: (347) 228-45-14/(347) 228-38-11
Электронная почта: ufa.rkpd@doctorrb.ru
ИНН 0274036104
КПП 027801001
Р/с 40601810400003000001
л/с 20112040210
БИК 048073001 Банк: Отделение – НБ Республика Башкортостан

Исполнитель (главный врач)

М.П.

_____ Шарипов Р.А.
« ____ » _____ 20__ г.

Потребитель (Заказчик)

ФИО _____

Год и место рождения _____

Адрес места жительства: _____

Документ, удостоверяющий личность _____

Телефон _____
E-mail: _____

Потребитель (Заказчик)

_____ (ФИО)
« ____ » _____ 20__ г.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Республиканский клинический противотуберкулезный диспансер**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ
МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Я, нижеподписавшийся(-аяся), _____

(Ф.И.О., дата рождения, адрес)

настоящим подтверждаю, что руководствуясь законодательством об охране здоровья граждан, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме, проинформирован(а) 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 в том числе:

- 1) первичной медико-санитарной помощи, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной;
- 2) специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной.

Добровольно в соответствии с ФЗ от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", **даю свое согласие на оказание платных медицинских услуг.**

Настоящим также подтверждаю, что я уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) лечащего врача, 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 вплоть до его ухудшения и необратимым последствиям, включая летальный исход.

«__» _____ 20__ г.

_____/_____ /

расшифровка подписи подпись пациента