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

г. Выкса                                       «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023г.

﻿ Общество с ограниченной ответственностью «ЗДОРОВЬЕ» (ООО «ЗДОРОВЬЕ»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Ильиной Анастасии Родионовны, действующей на основании доверенности №8 от 18.10.2023г., лицензия на оказание медицинских услуг № Л041-01164-52/00351055 от 24.12.2020, с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,(при наличии законного представителя указать ФИО Пациента в интересах которого заключается договор), дата рождения Пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_именуемого в дальнейшем «Заказчик», паспорт серии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего от своего имени, с другой стороны, именуемые вместе и по отдельности «Стороны», заклю­чили договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

﻿ 1.1. Исполнитель обязуется оказать Заказчику (законному представителю) следующие платные медицинские услуги: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, а Заказчик обязуется уплатить Исполнителю стоимость оказанных медицинских услуг в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

1.2. Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу: Нижегородская обл., г.Выкса ул.Ленина д.85.

1.3. Медицинские услуги должны быть предоставлены в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, нормативными документами Министерства здравоохранения Российской Федерации, а также в соответствии с Положением об оказании платных услуг гражданам и юридическим ООО «ЗДОРОВЬЕ».

1.4. Предоставление платных медицинских услуг осуществляется в соответствии с расписанием медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, и режимом работы организации. Срок предоставления платных медицинских услуг определяется в зависимости от индивидуального объема оказываемых медицинских услуг и составляет не более десяти календарных дней с момента заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

**2. Обязанности сторон ﻿**

**2.1. Исполнитель обязан:**

2.1.1. Своевременно и надлежащим образом оказывать медицинские услуги, предусмотренные в п. 1.1. настоящего Договора. Дополнительные услуги оказываются только с предварительного письменного согласия Заказчика (законного представителя)

2.1.2 Организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе положениями об организации оказания медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, а также с учетом стандартов медицинской помощи.

2.1.3. Не передавать и не показывать третьим лицам находящуюся у Исполнителя документацию о Потребителе. Предоставлять медицинские услуги качественно, в полном объеме, в соответствии со стандартами медицинской помощи, либо, по просьбе Заказчика (законного представителя), в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающим объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.1.4. Предоставить дополнительные медицинские услуги по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Заказчика (законного представителя) при внезапных острых заболеваниях и осложнениях без взимания платы, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.1.5. Предоставить Заказчику (законному представителю) доступную и достоверную информацию о предоставляемой медицинской услуге, а также сведения о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

2.1.6. Предоставлять медицинские услуги только при наличии информированного добровольного согласия Заказчика (законного представителя).

2.1.7. До заключения настоящего Договора в письменной форме уведомить Заказчика (законного представителя) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (работающего у него медицинского работника), 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 Заказчика

2.1.8. Выдать Заказчику (законному представителю) документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных платных медицинских услуг (кассовый чек, квитанция (документы установленного образца). Представить Заказчику (законному представителю) по окончанию оказания услуг Акт об оказании услуг по настоящему Договору.

2.1.9. После исполнения настоящего договора выдать Заказчику (законному представителю) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения им платных медицинских услуг.

2.1.10Исполнитель оказывает услуги в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности:

**– статус:** действующий

**– регистрационный номер:** № Л041-01164-52/00351055

**– дата предоставления:** 24.12.2020

**– лицензирующий орган**: Федеральная служба по надзору в сфере

Здравоохранения

**– перечень предоставляемых работ (услуги),** составляющих медицинскую деятельность в рамках договора:

**607060, Нижегородская область, г. Выкса, ул. Ленина, д. 85:**

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; лечебному делу; рентгенологии; сестринскому делу; физиотерапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; терапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: кардиологии; медицинской реабилитации; неврологии; онкологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; профпатологии; психиатрии; психиатрии-наркологии; рентгенологии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: кардиологии; медицинской реабилитации; неврологии; онкологии; офтальмологии; рентгенологии; хирургии; При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: онкологии; терапии; при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: онкологии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе профессиональной пригодности; При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым); медицинским осмотрам профилактическим; При проведении медицинских освидетельствований организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинскому освидетельствованию кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приемные родители; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством; медицинскому освидетельствованию на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического).

2.1.11 После исполнения Договора выдать Пациенту (законному представителю) 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.

**2.2. Заказчик (законный представитель) обязан:**

2.2.1. Подписать следующие документы:

- Информированное согласие на предоставление платных медицинских услуг;

- Согласие на получение дополнительных платных медицинских услуг (в случае необходимости).

2.2.2. Оплатить получаемые платные медицинские услуги в сроки и в порядке предусмотренным настоящим Договором.

2.2.3. Подписывать своевременно Акты об оказании платных медицинских услуг (Приложение №2) Исполнителем или предоставить мотивированный отказ. В случае не подписания акта, либо непредоставления мотивированного отказа в течение 5 (пяти) рабочих дней, оказанные услуги будут считаться выполненными Исполнителем надлежащим образом и принятым Заказчиком.

**3. Стоимость услуг и порядок расчетов**

3.1. Оплата медицинских услуг осуществляется Заказчиком в наличной либо безналичной форме в кассу Исполнителя, не позднее момента исполнения своих обязательств Исполнителем. Подтверждением оплаты является кассовый чек.

3.2. Расчет суммы оплаты за оказание медицинских услуг производится на основании Перечня платных медицинских услуг и цен ООО «ЗДОРОВЬЕ».

3.3. Стоимость медицинских услуг составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) руб. \_\_\_\_\_ коп., НДС не облагается в соответствии с п. 2 ст. 149 Налогового кодекса Российской Федерации.

3.4. Датой оплаты денежных средств считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3.5. В случае возникновения необходимости оказания дополнительных медицинских услуг стоимость может быть изменена Исполнителем с согласия Заказчика (законного представителя), что оформляется Дополнительным соглашением к настоящему Договору.

3.6. В случае, когда невозможность предоставления платы возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не несет ответственность, Заказчик возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы.

3.7. В случае если по каким-либо причинам, объем предоставляемых Потребителю платных медицинских услуг, предусмотренных настоящим Договором, сократится либо предоставление платных медицинских услуг в рамках настоящего Договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Исполнитель осуществляет возврат денежных средств Заказчику (законному представителю) за не оказанные медицинские услуги.

3.8. Заказчик имеет право контролировать соответствие оказывае­мых медицинской организацией услуг условиям настоящего договора.   
Контроль осуществляется представителями Заказчика (законного представителя) путем прове­рок счетов после их оплаты, историй болезней и т. п., проводимых по мере необходимости, а результаты проверок оформляются актом и пред­ставляются для рассмотрения согласительной комиссии.

По истечении срока действия настоящего Договора контроль выстав­ленных в его рамках счетов производится Заказчиком в течение одно­го календарного месяца со дня получения последнего счета представи­телем Заказчика (законного представителя).

Претензии по оказанным услугам, предъявленные вне сроков кон­троля, МО не принимаются.

 3.9. Согласительная комиссия создается из представителей МО и Заказчика (законного представителя), при необходимости с привлечением независимого экспер­та. В течение 5 дней Согласительная комиссия рассматривает спорный вопрос на своем заседании и принимает решение, которое оформляет­ся протоколом.

**4. Порядок исполнения Договора**

1. Исполнитель представляет Заказчику (законному представителю) Перечень оказываемых платных медицинских услуг по настоящему Договору
2. Подписываемые Сторонами Акт об оказании платных медицинских услуг является подтверждением оказания услуг Исполнителем Заказчику (законному представителю) в интересах Потребителя.
3. При оказании платных медицинских услуг, не указанных в перечне, в соответствии с предусмотренным п. 1.1 настоящего Договора дополнительным соглашением Исполнитель представляет Заказчику (законному представителю) дополнительный Акт, который после подписания Сторонами является подтверждением оказания дополнительных платных медицинских услуг Исполнителем Заказчику (законному представителю) в интересах Потребителя.
4. В случае отказа Заказчика (законного представителя) после заключения Договора от получения платных медицинских услуг Договор расторгается. При этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.
5. **Ответственность сторон**
6. Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Заказчика (законного представителя).
7. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.
8. Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.
9. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Заказчиком условий настоящего Договора.
10. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору, Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.
11. **Прочие условия**
12. Настоящий Договор вступает в силу с момента заключения и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по нему.
13. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.
14. При неурегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
15. Договор расторгается в случае отказа Пациента (законного представителя) после заключения договора от получения   медицинских услуг. При этом Пациент (законный представитель) оплачивает  Исполнителю фактически  понесенные  им расходы,  связанные с исполнением обязательств по Договору.
16. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями Сторон.
17. Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.
18. Настоящий Договор составлен в трех экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.
19. Приложения, составляющие неотъемлемую часть настоящего Договора:

* Перечень и стоимость предоставляемых медицинских услуг – Приложение № 1;
* Акт об оказании платных медицинских услуг – Приложение № 2;
* Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг -Приложение №3.

1. **Адреса, реквизиты и подписи сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель** | **Заказчик** |
| ООО «ЗДОРОВЬЕ»  ОГРН 1075247000773  ИНН/КПП  5247046800/ 524701001  Юридический адрес: 607067, Нижегородская обл., г. Выкса, ул. Ленина, д.259  р/с 40702810300000010178  к/с 30101810145250000411  Филиал «Центральный» Банка ВТБ (ПАО)  БИК 044525411 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(Ф.И.О)*  Паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Ильина А.Р.**  **/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** |

Приложение № 1

к Договору

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. № \_\_\_

**Перечень**

**оказываемых платных медицинских услуг**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код | Код услуги | Наименование услуги | Цена услуги | Скидка | Кол-во  услуг | НДС ставка | Сумма НДС | ВСЕГО с НДС, руб. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Общая стоимость составляет: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, НДС не облагается.

*(заполняется в соответствии с действующим Перечнем платных медицинских услуг и цен, утвержденным в Центре, а в случае оказания стационарной помощи отражается в Плане лечения и (или) обследования, составляемом индивидуально для* Потребителя*)*.

Кассовый чек направить:

- на электронную почту\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ или

- на номер мобильного телефона\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Исполнитель: Заказчик:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /

М.П.

Приложение № 2

к Договору

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. № \_\_\_

**Акт оказанных услуг №\_\_\_**

г. Выкса «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023г.

Общество с ограниченной ответственностью «ЗДОРОВЬЕ» (ООО «ЗДОРОВЬЕ»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Ильиной Анастасии Родионовны, действующей на основании доверенности №8 от 18.10.2023г., лицензия на оказание медицинских услуг № Л041-01164-52/00351055 от 24.12.2020, с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (при наличии законного представителя указать ФИО Пациента в интересах которого заключается договор), дата рождения Пациента, именуемый в дальнейшем «Заказчик», паспорт серии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего от своего имени, с другой стороны, именуемые вместе и по отдельности «Стороны», заклю­чили договор о нижеследующем:

1. В соответствии с условиями [Договора](consultantplus://offline/ref=E08081283AC5ECDBE09CAC6B75CF453706C45628B1D3154D4942C910C4BDD1A451785A69722134F4D21C3929O2F1M) об оказании платных медицинских услуг от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г № \_\_\_\_ (далее - Договор), Исполнителем оказаны услуги, включающие:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код | Код услуги | Наименование услуги | Цена услуги | Скидка | Кол-во  услуг | НДС ставка | Сумма НДС | ВСЕГО с НДС, руб. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Указанные в [п. 1](#P28) настоящего Акта услуги согласно Договору от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ г № \_\_\_\_оказаны в полном объеме.
2. Замечаний к услугам и предоставленным Исполнителем лекарственным средствам, материалам не имеется.
3. Стоимость оказанных услуг, согласно Договору составила \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей.
4. Настоящий Акт об оказании платных медицинских услугах составлен в 3 (трех) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.
5. **Адреса, реквизиты и подписи сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель** | **Заказчик** |
| ООО «ЗДОРОВЬЕ»  ОГРН 1075247000773  ИНН/КПП  5247046800/ 524701001  Юридический адрес: 607067, Нижегородская обл., г. Выкса, ул. Ленина, д.259  р/с 40702810300000010178  к/с 30101810145250000411  Филиал «Центральный» Банка ВТБ (ПАО)  БИК 044525411 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(Ф.И.О)*  Паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Ильина А.Р.**  **/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** |

Приложение №3

К договору №\_\_\_\_\_от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г.

Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Фамилия Имя Отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_ (дата рождения гражданина или законного представителя, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя), проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

даю согласие на получение платных медицинских услуг в Обществе с ограниченной ответственностью «ЗДОРОВЬЕ».

Я ознакомлен с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. №736 и действующим прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги в Общество с ограниченной ответственностью «ЗДОРОВЬЕ».

Я уведомлен 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 оказания медицинской помощи.

Я проинформирован о:

* перечне платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, с указанием цен в рублях;
* сроках ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, в случае участия исполнителя в реализации территориальной программы;
* сроках ожидания предоставления платных медицинских услуг;
* стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги;
* уровне профессионального образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
* графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
* образцами договоров;
* перечне льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг;
* адресах и телефонах учредителя, исполнительного органа субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Я получил информацию об альтернативных методах лечения (указать), а также об их примерной стоимости.

Я понимаю, что обязан соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения в медицинских организациях.

Я согласен, что несоблюдение указаний (рекомендаций), 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 моего здоровья.

Настоящее соглашение мною прочитано и подписано после проведения разъяснительной беседы и ознакомления с информацией по порядку представления платных медицинских услуг и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

Фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Пациент (его законный представитель) |  |  |  |
|  | Подпись |  | Фамилия Имя Отчество |
| Медицинский специалист |  |  |  |
|  | Подпись |  | Фамилия Имя Отчество |

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.

\* Информированное добровольное согласие является приложением (неотъемлемой частью) к договору на оказание платных медицинских услуг.

Приложение №4

К договору №\_\_\_\_\_от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г.

# Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Я, |  | | |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя) | | | |
| « | » | г. рождения, зарегистрированный по адресу: | |
| (дата рождения гражданина либо законного представителя) | | | |
| (адрес регистрации гражданина либо законного представителя) | | | |
| проживающий по адресу: | | | |
|  | (указывается в случае проживания не по месту регистрации) | | |
| в отношении | | | |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем) | | | |
| « | » | г. рождения, зарегистрированный по адресу: | |
| (дата рождения пациента при подписании законным представителем) | | | |
| (в случае проживания не по месту жительства законного представителя) | | | |
| 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 апреля 2012 г. № 390н1 (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Общество с ограниченной ответственностью «Здоровье»**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
| (полное наименование медицинской организации) | | |
| Медицинским работником | | |
| (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) | | |

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 также предполагаемые 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 частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон) |

|  |
| --- |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| (подпись) | (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) | |  | |
|  | « | » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | г. | |
|  |  | (дата оформления) | |  | |