

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг в пользу третьего лица (пациента)

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. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему Договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия пациента **ФИО** __. __. __ года рождения, Документ _____ серии _____ № _____ выдан __. __. __ адрес регистрации: индекс, г. ____, ул. _____, д. _____, тел.: моб.+7(____)____-____, обязуется оказать ему/ей медицинские услуги по организации и обеспечению медицинского обследования и лечения (далее по тексту – «медицинские услуги») в связи с наличием у него/неё следующего заболевания/травмы: « _____ », а Заказчик обязуется оплатить оказываемые Исполнителем медицинские услуги пациенту в полном объеме в соответствии с условиями настоящего Договора.

1.2. Перечень платных медицинских услуг (ориентировочный комплекс платных медицинских услуг), оказываемых по настоящему Договору, определяется в Приложении № 2, являющемся неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.3. Ориентировочный срок оказания услуг с __. __. 2024 по __. __. 2024 составляет _ дней. Сроки ожидания предоставления медицинских услуг, предусмотренных п. 1.1 настоящего Договора, не должны превышать сроков ожидания медицинской помощи, предусмотренных законодательством РФ в сфере здравоохранения.

1.4. Ориентировочная стоимость медицинских услуг, оказываемых Пациенту в рамках настоящего Договора, определяется на основании Приложения №2 по ценам 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.) . Окончательная стоимость оказанных медицинских услуг по настоящему Договору будет рассчитана за фактически оказанные услуги после завершения лечения Пациента. В стоимость медицинских услуг, подлежащих оплате Пациентом, включается стоимость пребывания Пациента в клинике Исполнителя (включая стоимость медикаментов, расходных материалов, питания и т.д. согласно расчетной цене на услуги в соответствии с Прейскурантом на платные медицинские услуги). В стоимость оказываемых медицинских услуг не входит стоимость медицинских имплантов.

1.5. В случае если при оказании платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, Исполнитель обязан предупредить об этом Пациента. Без согласия Пациента Исполнитель не вправе оказывать дополнительные медицинские услуги на возмездной основе. В случае согласия Пациента на оказание дополнительных медицинских услуг на возмездной основе, производится перерасчет стоимости услуг в соответствии с действующим Прейскурантом на платные медицинские услуги.

1.6. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента 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".

1.7. В случае, если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Пациенту услуг, предусмотренный настоящим Договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего Договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора, при этом Пациент обязан оплатить фактически оказанные ему услуги.

1.8. В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору, возникшей по вине Пациента, в том числе при нарушении им медицинских предписаний, оплата медицинских услуг осуществляется в полном объеме.

1.9. 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.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

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

2.1.1. На амбулаторном приеме и при госпитализации оказать Пациенту медицинские услуги в полном объеме в соответствии с настоящим Договором в порядке, определенном разделом 3 настоящего Договора, после внесения (перечисления) Пациентом денежных средств и предоставления документов, подтверждающих оплату.

2.1.2. Обеспечить надлежащий уровень медицинской помощи в соответствии порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения РФ, силами своего медицинского персонала.

- 2.1.3. Проводить консультации для определения объема медицинской помощи Пациенту.
- 2.1.4. Обеспечить приобретение необходимых медикаментов, препаратов, средств ухода за больными согласно расчетной цене на услуги в соответствии с Прейскурантом на платные медицинские услуги.
- 2.1.5. Предоставить Пациенту (законному представителю Пациента), а также с письменного согласия Пациента или его законного представителя лицам: (Мать) тел.+7() - - , (Отец) тел.+7() - - медицинские документы, связанные с выявленным заболеванием/травмой Пациента и проведенным стационарным/амбулаторным лечением, их копии и выписки (листок временной нетрудоспособности, выписной эпикриз, справки, рецепты, копии медицинских документов и др.) в соответствии с законодательством РФ.
- 2.1.6. Безвозмездно устранять по требованию Пациента выявленные в процессе оказания медицинских услуг недостатки.
- 2.1.7. Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления услуг по настоящему Договору.
- 2.1.8. Вести всю необходимую медицинскую документацию в установленном действующим законодательством порядке.
- 2.1.9. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных пациенту услуг, а также денежных средств, поступивших от Пациента.
- 2.1.10. Немедленно извещать Пациента о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению объема оказываемых медицинских услуг.
- 2.1.11. 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».
- 2.1.12. Исполнитель имеет исключительное право на выбор методов обследования, лечения, на решение вопроса о наличии или отсутствии противопоказаний к оказанию медицинской помощи, на определение необходимого объема лечения и сроков госпитализации Пациента.
- 2.1.13. 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 медицинскую услугу, невыполнения Пациентом условий настоящего Договора.
- 2.2. Пациент по настоящему Договору принимает на себя следующие обязательства:
- 2.2.1. Своевременно и в полном объеме оплатить услуги, оказываемые Исполнителем, в соответствии со счетом, выставленным Исполнителем, и настоящим Договором, путем внесения либо перечисления денежных средств на счет, указанный Исполнителем.
- 2.2.2. Своевременно предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.
- 2.2.3. Согласовать с Исполнителем дату прибытия в клинику Исполнителя.
- 2.2.4. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.
- 2.2.5. Пациент обязан выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения.
- 2.3. Пациент имеет право:
- 2.3.1. Получать в доступной форме информацию, содержащую следующие сведения:
- порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
 - информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
 - информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях и предполагаемых результатах оказания медицинской помощи;
 - о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;
 - 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;
 - другие сведения, относящиеся к предмету настоящего Договора.
- 2.3.2. Непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать на основании такой документации консультации у других специалистов.
- 2.3.3. На выбор врача, оказывающего необходимые медицинские услуги.
- 2.3.4. Отказаться от исполнения настоящего Договора при условии оплаты Исполнителю фактически оказанные Пациенту услуги и другие понесенные им расходы.

3. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

- 3.1. Медицинские услуги оказываются Пациенту в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы» (129090, г. Москва, ул. Сухаревская Б., д. 3) в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 3.2. Пациент информирован о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках государственных гарантий, установленных законодательством РФ, а также об альтернативных методах лечения (Приложение № 1.1 к настоящему Договору, являющееся его неотъемлемой частью).

3.3. В случае необходимости проведения медицинского вмешательства Исполнитель информирует Пациента о степени его необходимости, ожидаемых результатах и связанных с ним рисках. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства оформляется письменно и подписывается Пациентом (законным представителем Пациента).

3.4. Медицинское вмешательство может быть проведено без письменного согласия Пациента, если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствует законный представитель Пациента, а также в других случаях, перечисленных в статье 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

3.5. Исполнитель обязуется приступить к оказанию медицинских услуг Пациенту не позднее 5 (пяти) календарных дней с момента оплаты Пациентом суммы, указанной в п.1.4. настоящего Договора.

3.6. По окончании оказания Пациенту медицинских услуг Исполнитель направляет по почте или курьером Пациенту подписанный со своей стороны Акт приёма-передачи оказанных услуг. Пациент обязан в течение 5 (пяти) рабочих дней направить в адрес Исполнителя по почте, подписанный со своей стороны Акт приёма-передачи оказанных услуг или мотивированный отказ от его подписания.

3.7. В случае если в срок, указанный в п.3.6. настоящего Договора, в адрес Исполнителя Пациентом не направлен Акт приёма-передачи оказанных услуг или мотивированный отказ от его подписания, то предоставленные Исполнителем услуги считаются оказанными в полном объеме и принятыми без каких-либо замечаний, а Акт приёма-передачи оказанных услуг считается подписанным Сторонами в последний день указанного пятидневного срока и услуги подлежат оплате.

3.8. 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.

4. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

4.1. Пациент производит оплату в размере 100% от ориентировочной стоимости оказываемых в рамках настоящего Договора услуг, указанной в п.1.4. настоящего Договора, в течение 5 (пяти) банковских дней со дня подписания настоящего Договора. Днем оплаты считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

4.2. В случае увеличения объема медицинских услуг в соответствии с п.1.5. настоящего Договора Пациент обязуется оплатить дополнительные медицинские услуги, как в процессе лечения, так и по окончании лечения.

4.3. Оплата услуг в процессе лечения в соответствии с п.4.2. настоящего Договора производится Пациентом на основании счета, выставленного Исполнителем, в течение 5 (пяти) банковских дней со дня выставления счета.

4.4. После заключения Договора, в случае отказа Пациента 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.

4.5. При сокращении объема оказанных медицинских услуг (п.1.7. настоящего Договора) Исполнитель по окончании лечения может осуществить возврат неиспользованных денежных средств Пациенту банковским переводом по реквизитам, указанным в настоящем Договоре либо иными способами, не запрещенными действующим законодательством РФ. Пациент может поручить (доверить) получение неиспользованных денежных средств другому лицу; такие полномочия предоставляются Пациентом в Приложении № 1.1 к настоящему Договору.

4.6. Окончательная стоимость оказанных услуг по настоящему Договору рассчитывается за фактически оказанные ему услуги по окончании лечения Пациента и оплачивается в течение 5 (пяти) банковских дней с момента подписания Акта приёма-передачи оказанных услуг, подписанного в соответствии с п.3.6 настоящего Договора или, в случае принятия услуг без подписания Акта приёма-передачи оказанных услуг, в соответствии с п.3.7 настоящего Договора.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную настоящим Договором и законодательством Российской Федерации.

5.2. Исполнитель несет ответственность перед Пациентом за профессионализм и качество оказанной медицинской помощи в соответствии с законодательством РФ.

5.3. Пациент предупрежден о возможных последствиях и осложнениях при оказании медицинских услуг, предусмотренных настоящим Договором. В случае возникновения осложнений, а также в случае летального исхода по независящим от Исполнителя причинам, денежные средства, внесенные и использованные по Договору, не возвращаются.

5.4. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг, в том числе за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Пациентом неполной информации о своем здоровье (п. 2.2.2. настоящего Договора), а также в случаях, предусмотренных п. 2.2.5 и 1.7. настоящего Договора.

5.5. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему Договору.

6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. Досрочное изменение и расторжение настоящего Договора возможны по соглашению Сторон, либо на основаниях предусмотренных законодательством Российской Федерации.

6.2. Сторона, решившая расторгнуть настоящий Договор, должна направить другой Стороне письменное уведомление о намерении расторжения Договора не позднее 10 рабочих дней до предполагаемого дня расторжения.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

7.2. До заключения настоящего договора Исполнитель в письменной форме уведомил Пациента 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 Пациента.

7.3. Дополнительные соглашения к настоящему Договору, а также все Приложения к нему, являются его неотъемлемой частью.

7.4. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах по одному для каждой из Сторон, при этом все экземпляры имеют одинаковую юридическую силу.

7.5. Документы по настоящему Договору, а также извещения и сообщения, подписанные Сторонами (уполномоченными представителями Сторон) собственноручной подписью либо текстовым аналогом собственноручной подписи, и переданные при помощи средств факсимильной или электронной связи по адресам, указанным в разделе 8 настоящего Договора, одной из Сторон и принятые другой Стороной (уполномоченным представителем Стороны) в ходе исполнения настоящего Договора, имеют полную юридическую силу оригинальных экземпляров и могут быть использованы в качестве письменных доказательств (содержащаяся в них информация является обязательной для Сторон, считается достоверной и достаточной). Перечисленные в настоящем пункте документы считаются официально переданными соответствующей Стороне с момента направления электронного письма при отправке с помощью средств электронной связи либо с даты формирования рапорта факсимильного аппарата стороны-отправителя, содержащего сведения об отправке сообщения стороне-получателю, при отправке с помощью средств факсимильной связи.

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

7.7. Все вопросы, не урегулированные настоящим Договором, решаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

8. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

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

Исполнитель

Администратор отдела организации
внебюджетной деятельности

_____ ФИО

Заказчик

ФИО
Дата рожд.: _____
Документ:
№ _____ выдан

Адрес регистрации:

Тел.: моб.+7(____)____-____-____
Эл. почта:

Заказчик

√ _____ ФИО

Информированное добровольное согласие пациента на оказание платных медицинских услуг

город Москва

__ . __. 2024

Я, **ФИО** в рамках Договора об оказании платных медицинских услуг № _____ (далее по тексту Договор), заключенного между Государственным бюджетным учреждением здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы» и , желаю получить платные медицинские услуги в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я 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.

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

3. 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, кардиотокография (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, внутрикожно; медицинского массажа; лечебной физкультуры; инвазивные методы исследования: цистоскопия, фибротреахеобронхоскопия, эзофагогастродуоденоскопия, фиброколоноскопия, ректороманоскопия; инстиляции внутрипузырные.

Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

4. 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.

5. 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.

6. 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.

7. 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.

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

9. 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.

10. 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.

11. 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.

12. 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.

13. 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.

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

15. Я согласен/согласна на предоставление информации о состоянии моего здоровья и оказанных мне в рамках Договора платных медицинских услуг, составляющих врачебную тайну, лицам: _____ (Мать) тел.+7() - - , _____ (Отец) тел.+7() - - в течение срока действия Договора и в течение одного года после его окончания.

16. 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».

17. 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.

19. Я доверяю лицу (при наличии указываются фамилия, имя, отчество, паспортные данные другого лица) получить неиспользованные денежные средства в соответствии с пунктом 4.5. Договора № _____ от _____.2024.

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

ФИО √ _____

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 № _____ 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:

√ _____ **ФИО**
__ . __ .2024

Информированное согласие Заказчика

1. Я ознакомлен/ознакомлена с действующим Прейскурантом на платные медицинские услуги, оказываемые населению в ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», утвержденным приказом Исполнителя.

2. Я проинформирован/проинформирована, что ориентировочная стоимость медицинских услуг, предусмотренных Договором составляет (_____) рублей и согласен/согласна, в случае необходимости увеличения объема медицинских услуг на предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных Договором № _____.

3. Я 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 и условиях предоставления пациенту бесплатных медицинских услуг (в том числе в других медицинских учреждениях) в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, а также об альтернативных методах лечения, даю свое согласие на оказание пациенту платных медицинских услуг.

4. Я предупрежден/предупреждена о возможных риске, последствиях и осложнениях при оказании медицинских услуг по Договору.

5. Я доверяю пациенту (либо законному представителю пациента, другому лицу) получить неиспользованные денежные средства в соответствии с пунктом 4.5. Договора № _____

√ _____ **ФИО**
__ . __ .2024

город Москва

Перечень платных медицинских услуг

__._.2024

Пациент ФИО

№	Код	Наименование	Цена	Кол-во	Сумма
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

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

v _____ ФИО

**Согласие пациента (законного представителя пациента)
на обработку персональных данных**

Я, **ФИО** _____ дата рожд. ____ . ____ . ____ Документ _____ № _____ выдан _____ , Адрес регистрации: _____ Тел.: моб.+7(____)____-____-____ Эл. почта: _____ , являюсь законным представителем пациента (ребенка или гражданина, признанного недееспособным): ФИО, Дата рожд. ____ . ____ . ____ Документ _____ № _____ выдан _____ . Адрес регистрации: _____ на основании документа: _____

подтверждающего право представлять интересы гражданина в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», действуя свободно, своей волей, в своих интересах (лица, законным представителем которого я являюсь), понимая значение своих действий, даю свое согласие медицинской организации: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы», расположенной по адресу: 129090, город Москва, Большая Сухаревская площадь, дом №3 (далее – Оператор), на обработку моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество (последнее – при наличии), пол, дату рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, номера телефонов для связи, адрес электронной почты (при наличии), место жительства, место регистрации, дату регистрации, страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования (СНИЛС), номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица (при наличии), место работы (учебы) (наименование организации (учебного учреждения), адрес, занимаемая должность, и т.д.), идентификационный номер налогоплательщика, номер полиса добровольного медицинского страхования (наименование страховой компании), в том числе даю согласие на обработку специальной категории персональных данных: данных об оказании медицинских услуг, о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иных сведений, полученных в результате медицинских исследований.

Указанные персональные данные предоставляю для обработки в следующих целях:

- в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну;

- обеспечения соблюдения в отношении меня (лица, законным представителем которого я являюсь) законодательства Российской Федерации и города Москвы, в сфере отношений, связанных с получением мной (лицом, законным представителем которого я являюсь) медицинских услуг в рамках обязательного медицинского страхования, социальных гарантий и компенсаций по нетрудоспособности;

- осуществления передачи результатов медицинских исследований (лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований) на адрес электронной почты (e-mail), указанный мной в соответствующем запросе, при его подаче и наличии технической возможности;

- реализации Оператором своих полномочий и выполнения своих обязанностей, обязательств и компетенций, определенных Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также иными законами и нормативными правовыми актами Российской Федерации и города Москвы.

Предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными (лица, законным представителем которого я являюсь), в том числе в электронном виде, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

В процессе оказания Оператором мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои (лица, законным представителем которого я являюсь) персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего (лица, законным представителем которого я являюсь) обследования и лечения.

Я информирован(а) о том, что:

- персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы Оператором в страховую медицинскую организацию, в Московский городской фонд обязательного медицинского страхования (МГФОМС), в органы Фонда социального страхования, в Департамент здравоохранения города Москвы и в другие органы власти Российской Федерации, субъектов Российской Федерации. Оператор вправе поручить обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну органам, службам, предприятиям и учреждениям, в том числе, Департаменту информационных технологий города Москвы, а также уполномоченному учреждению Департамента информационных технологий города Москвы – Государственному казенному учреждению города Москвы «Информационно-аналитический центр в сфере здравоохранения» (в случае, если обработка будет поручена данному лицу), если это не противоречит законодательству Российской Федерации и целям медицинской организации, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять конфиденциальность;

- Оператор вправе обрабатывать мои (лица, законным представителем которого я являюсь) персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну неавтоматизированным и автоматизированным способами, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные нормативными

правовыми актами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Настоящий документ вступает в силу с даты его подписания и действует в течение неопределенного срока.

Настоящий документ может быть мною отозван посредством составления соответствующего письменного заявления, которое должно быть направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под подпись уполномоченному представителю Оператора.

В случае отзыва настоящего документа Оператор вправе продолжить обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, хранятся у Оператора в течение срока хранения первичных медицинских документов, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, предоставляемые в отношении третьих лиц, будут обрабатываться Оператором только в рамках осуществления возложенных на него полномочий и обязанностей.

Я удостоверяю, что:

- права как субъекта персональных данных мне разъяснены и мне понятны;
- на все мои вопросы я получил(а) понятные мне ответы;
- текст настоящего документа мною прочитан, мне понятно назначение настоящего документа, полученные разъяснения мне понятны.

Дата начала обработки персональных данных: __. __.2024

Представитель Пациента ✓ _____ /ФИО

К счету

Период оказания услуг __.__.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 №ЛО41-01137-77/00572265 от 30 октября 2020 года, выданная Департаментом здравоохранения города Москвы) в лице Администратора отдела организации внебюджетной деятельности - _____, 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					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

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

4. 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