

УВЕДОМЛЕНИЕ Потребителя (Заказчика)

До заключения договора в письменной форме я уведомлен Исполнителем о том, что невыполнение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, невыполнение рекомендаций по подготовке к медицинскому вмешательству и действиях во время проведения и после окончания медицинского вмешательства, предоставлению полных и достоверных сведений, связанных со здоровьем Потребителя, имеющих и перенесенных заболеваниях, травмах, отравлениях, аллергических состояниях, наследственности, употребления алкоголя, табака, наркотических и психотропных препаратах могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

Я уведомлен Исполнителем также о том, что обязан соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинской организации.

Подпись Потребителя или Представителя (Заказчика) _____ V «__» _____ 20__ г.

СОГЛАСИЕ Потребителя (Заказчика) на получение платных медицинских услуг

Я проинформирован о возможности и условиях предоставления Потребителю бесплатных медицинских услуг, т.е. получения 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 и подтверждаю свое согласие на получение желаемых медицинских услуг в КГБУЗ «Клинико-диагностический центр» и готов их оплатить. При этом мне разъяснено, что отказ от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых без взимания платы в рамках программы и территориальной программы. Я ознакомлен с порядком оказания платных медицинских услуг и действующим прейскурантом цен Исполнителя.

Подпись Потребителя или Представителя (Заказчика) _____ V «__» _____ 20__ г.

УВЕДОМЛЕНИЕ Потребителя (Заказчика)

о предоставлении информации о платных медицинских услугах

На основании пункта 19 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 г. № 736 мне при заключении договора на оказание платных медицинских услуг в доступной форме представлена следующая информация о платных медицинских услугах:

а) порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении ПМУ, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

б) информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей ПМУ (его профессиональном образовании и квалификации);

в) другие сведения, относящиеся к предмету договора.

Подпись Потребителя или Представителя (Заказчика) _____ V «__» _____ 20__ г.

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

«__» _____ 20__ г.

г. Хабаровск

КГБУЗ «Клинико-диагностический центр» на основании лицензии № Л041-01189-27/00318902, выданной 07.02.2018 г. министерством здравоохранения Хабаровского края, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Горелова Максима Вячеславовича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин (гражданка)

именуемый (-ая) в дальнейшем «Потребитель» с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему договору Исполнитель на основании добровольного согласия Потребителя или Представителя предоставляет платные медицинские услуги Потребителю при наличии медицинских показаний на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, надлежащего качества в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Потребитель или Представитель (Заказчик) обязуется принять и оплатить оказанные услуги, по стоимости, установленной Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, действующим в момент предоставления услуги.

№ п/п	Наименование услуги	Код мед. услуги	Кол-во	Цена	Сумма
1					
2					
3					
4					
	Итого:				

1.2. Настоящий Договор обеспечивает реализацию прав Пациента на получение платных медицинских услуг в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесенные изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006».

2. УСЛОВИЯ, СРОКИ И ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. Исполнитель оказывает за плату медицинские услуги в соответствии с перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности.

2.2. Платные медицинские услуги должны соответствовать номенклатуре медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Потребителя и (или) Представителя (Заказчика). В случае предоставления платных услуг в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, письменное согласие Потребителя или Представителя (Заказчика) оформляется дополнительным соглашением к договору. Дополнительные услуги оплачиваются Потребителем или Представителем (Заказчиком) дополнительно согласно прейскуранту.

2.3. Медицинские услуги оказываются Исполнителем по предварительной записи, запись по телефону, запись в регистратуре Исполнителя, в том числе непосредственно в момент обращения за предоставлением услуги Потребителя, по предъявлении паспорта (документа удостоверяющего личность Потребителя) в соответствии с законодательством Российской Федерации либо анонимно.

2.4. Потребитель или Представитель (Заказчик) проинформирован Исполнителем о возможном ожидании по времени приема у медицинского работника Исполнителя для получения медицинских услуг. Максимальный срок ожидания предоставления платных медицинских услуг составляет **30 календарных дней**.

Датой предоставления медицинской услуги считается:

При стационарном лечении – дата госпитализации;

При амбулаторном лечении – дата первичного осмотра;

При диагностическом исследовании – дата проведения;

При консультации – дата проведения.

Продолжительность оказания услуги отражается в медицинских документах.

2.5. Услуги оказываются в соответствии с графиком работы специалистов, установленным Исполнителем.

2.6. Потребитель или Представитель (Заказчик) подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель ознакомил его с перечнем предоставляемых Исполнителем услуг, стоимостью и условиями их предоставления. Информация о видах, стоимости, порядке и сроках оказания услуг дополнительно размещена на информационных стендах и на сайте: www.muzkdc.ru.

2.7. Исполнителем после исполнения договора выдаются Потребителю (законному представителю потребителя (Заказчику)) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья Потребителя 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, без взимания дополнительной платы.

2.8. Исполнитель по требованию Потребителя обязан выдать «Справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации» установленной формы.

2.9. При предоставлении платных медицинских услуг применяются стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии), с учетом и на основании которых оказываются медицинские услуги, размещенные на Официальном интернет-портале правовой информации (www.pravo.gov.ru) и официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации (<https://minzdrav.gov.ru/>).

2.10. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется 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. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

3.1. Общая стоимость услуг по данному Договору составляет сумму всех платежей за конкретные медицинские услуги в соответствии с действующим прейскурантом Исполнителя (п. 1.1 Итого табл. части), а также указанными в дополнительных соглашениях к настоящему договору (при наличии).

3.2. Потребитель производит предварительную оплату в размере 100% стоимости медицинских услуг в день предоставления услуги одним из следующих способов: наличными денежными средствами в кассу Исполнителя, безналичным перечислением денежных средств на расчетный счет Исполнителя, оплата с использованием платежного терминала Исполнителя и банковских карт. Потребителю или Представителю (Заказчику) на руки выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек или бланк строгой отчетности).

3.3. При нарушении Потребителем срока оплаты Исполнитель имеет право задержать выдачу результатов произведенных медицинских вмешательств и исследований, а также медицинской документации до момента полной оплаты Потребителем или Представителем (Заказчиком) стоимости уже оказанной ему медицинской услуги.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Исполнитель обязуется:

4.1.1. Своевременно и качественно оказать Потребителю платные медицинские услуги с соблюдением утвержденных порядков и стандартов оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с применением медицинских технологий, разрешенных законодательством Российской Федерации.

4.1.2. Обеспечить Потребителя в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях и сроках предоставления этих услуг, графике работы специалистов.

4.1.3. Информировать Потребителя о том, что несоблюдение рекомендаций врача может снизить качество медицинской услуги.

4.1.4. Выполнить медицинские услуги в согласованном с Потребителем объеме, сроках, стоимости, в порядке и на условиях, определенных настоящим Договором и соответствующими приложениями.

4.1.5. Предоставить Потребителю необходимую информацию в форме, объеме и на условиях, установленных требованиями действующего законодательства (о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах оказания медицинской помощи, их эффективности и связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи; об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению).

4.1.6. Обеспечить Потребителю непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию Потребителя или его представителя (Заказчика) копии этих медицинских документов. Исполнитель, при оказании медицинских услуг, соблюдает установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

4.1.7. Хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

4.1.8. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить Потребителя или представителя (Заказчика) и оформить с ним дополнительное соглашение к договору. Без согласия Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

4.2. Исполнитель имеет право:

4.2.1. Получать от Потребителя информацию, необходимую для оказания Услуг по настоящему Договору. В случае непредоставления либо неполного или неверного предоставления Потребителем информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

4.2.2. Определять Объем и характер лабораторных, диагностических и других видов исследования и лечения. Изменить объем, сроки, стоимость, порядки и условия предоставления медицинских услуг при выявлении медицинских противопоказаний с письменного согласия Потребителя.

4.2.3. Отказать Потребителю в оказании ему услуг по объективным причинам, не зависящим от администрации Исполнителя: санитарно-гигиенические мероприятия, вызванные прекращением приема пациентов Исполнителем; существенное для исполнения настоящего договора изменение эпидемиологической ситуации в городе и крае; отсутствие необходимого специалиста; неисправность аппаратуры; иным, не зависящим от администрации причинам.

4.2.4. Отказать в оказании медицинской услуги при наличии противопоказаний, невыполнения предписаний и рекомендаций лечащего врача, при невозможности соблюдения всех этапов технологического процесса лечения, в случае несогласия Потребителя с планом лечения, предлагаемым Исполнителем, а также в случаях алкогольного и/или наркотического опьянения Потребителя, агрессивном его поведении, угрожающем жизни и здоровью окружающих.

4.2.5. Привлекать для исполнения обязательств по настоящему договору третьих лиц. При привлечении третьих лиц Исполнитель обязан до сведения Потребителя всю необходимую информацию о третьем лице в объеме информации, предоставляемой об Исполнителе, а также информацию о времени и месте оказания Потребителю данных медицинских услуг, за исключением медицинского вмешательства по экстренным показаниям при невозможности выразить Потребителем свою волю.

4.2.6. Не приступать либо приостановить оказание Услуг в случае, если Потребитель нарушает условия настоящего Договора и потребовать от Потребителя уплату фактически понесенных расходов.

4.3. Потребитель обязуется:

4.3.1. Информировать лечащего врача о состоянии своего здоровья, перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, медицинских противопоказаниях, обо всех изменениях в состоянии здоровья, приеме медикаментов и посещениях других медицинских организаций, а также предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных в другой медицинской организации (при наличии).

4.3.2. Выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений и предписаний; соблюдать назначенный режим лечения, правила внутреннего распорядка подразделений Исполнителя. Выполнять рекомендации лечащего врача, незамедлительно сообщать ему о побочных явлениях, осложнениях, возникших в процессе диагностики и лечения.

4.3.3. Подписывать Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства, План лечения, Акт об оказании услуг, Согласие на обработку своих персональных данных.

4.3.4. Своевременно оплачивать медицинские Услуги в порядке, сроки и на условиях, установленных настоящим Договором и соответствующими приложениями.

4.3.5. Соблюдать правила поведения пациента в медицинских организациях

4.3.6. В случае расторжения договора по инициативе Потребителя, оплатить фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему договору.

4.4. Потребитель имеет право:

4.4.1. На выбор лечащего врача

4.4.2. На предоставление информации об Исполнителе, предоставляемых платных медицинских услугах, о возможном предоставлении ему альтернативных бесплатных услуг, о состоянии здоровья, о результатах оказания Услуг, о действии лекарственных препаратов и их побочных проявлениях, а также иных сведений согласно действующему законодательству.

4.4.3. Согласиться или не согласиться с предложенными врачами Исполнителя методами диагностики и лечения. На любом этапе действия договора отказаться от дальнейшего исполнения договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

4.4.4. Получать качественные Услуги, соответствующие медицинским стандартам и требованиям к методам диагностики, профилактики и лечения, установленным нормативными правовыми актами Российской Федерации.

4.4.5. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. В случаях, когда состояние Потребителя не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах Потребителя решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач.

Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается Потребителем или его представителем, а также медицинским работником.

4.4.6. Иные права, установленные законом о защите прав потребителей и законодательством об охране здоровья граждан Российской Федерации

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

5.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до исполнения Сторонами принятых обязательств.

5.2. Настоящий договор может быть изменен по обоюдному согласию сторон путем подписания дополнительного соглашения.

Территориальный орган Росздравнадзора по Хабаровскому краю и Еврейской автономной области, Адрес: 680000, г. Хабаровск, ул. Петра Комарова, д. 6, телефон (4212) 75-22-30. Электронная почта: info@reg27.roszdravnadzor.ru. Сайт: 27reg.roszdravnadzor.ru.

- 8.3. Настоящий договор составлен в 2 экземплярах, которые имеют одинаковую юридическую силу.
- 8.4. Все приложения, дополнения и изменения к настоящему Договору являются действительными, если они составлены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами.
- 8.5. В соответствии со ст.160 ГК РФ стороны согласились, что при заключении и исполнении Договора может использоваться факсимильное воспроизведение подписи представителя Исполнителя. По требованию Потребителя (Заказчика) документ, заверенный факсимильной подписью, может быть заменен на документ, подписанный собственноручно уполномоченным представителем Исполнителя.
- 8.6. Порядок и условия выдачи медицинской документации (копий, выписок) производится в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них».

РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель

КГБУЗ «Клинико-диагностический центр»
г. Хабаровск, ул. Карла Маркса, 109
ОГРН – 1062724053732, ИНН / КПП: 2724902600 / 272401001
тел. (4212) 75-86-60, +7-924-100-85-88
Банк: ОТДЕЛЕНИЕ ХАБАРОВСК БАНКА РОССИИ// УФК
по Хабаровскому краю г. Хабаровск
Счѐт: 03224643080000002200
Корр. счѐт: 40102810845370000014
БИК: 010813050
Получатель: УФК по Хабаровскому краю

Потребитель

Фамилия, имя и отчество (при наличии):

Данные документа, удостоверяющего личность:

Адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения:

Телефон:

E-mail:

Представитель потребителя или лицо, заключающее договор от имени потребителя:

Фамилия, имя и отчество (при наличии):

Адрес места жительства:

Телефон:

Данные документа, удостоверяющего личность:

Главный врач

_____/М.В. Горелов/
М.П.

_____/_____/

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____ «__» _____ года рождения,
проживающий по адресу _____,
документ удостоверяющий личность _____ выдан: «__» _____ г. _____
(наименование выдавшего органа), код подразделения: _____, В

соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку КГБУЗ «Клинико-диагностический центр» (680031, г. Хабаровск, ул. Карла Маркса, 109; ОГРН – 1062724053732, ИНН / КПП: 2724902600 / 272401001) (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, паспортные данные, адрес проживания, контактный телефон.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара), пять лет (для поликлиники).

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, за исключением случаев, прямо предусмотренным законом.

Настоящее согласие дано мной «__» _____ 20__ г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон(ы): _____

Подпись субъекта персональных данных _____

«__» _____ 20__ г.