



**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 3 ГОРОДА НОВОРОССИЙСКА
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ**

ул. Сухумское шоссе, д. 84, г. Новороссийск, 353902
тел. / факс 8 (8617) 26-56-45, e-mail: polikl_3uz@mail.ru
ОКПО / ОГРН 43640299 / 1032309081551
ИНН / КПП 2315059812 / 231501001

ПРИКАЗ

«09» 01 2020 г.

№ 65

**Приказ об утверждении форм документов
по оказанию платных медицинских услуг**

Руководствуясь требованиями федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановления Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»

ПРИКАЗЫВАЮ:

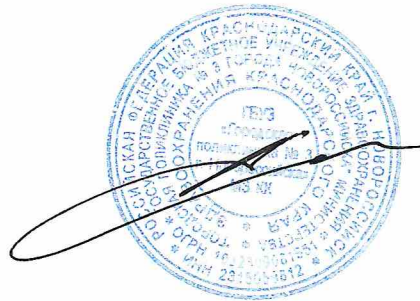
1. Утвердить с 09.01.2020 г. и ввести в действие следующие формы документов, используемых при оказании платных медицинских услуг в медицинской организации:
 - договор на предоставление платных медицинских услуг с гражданами (Приложение № 1 к настоящему приказу);
 - договор на предоставление платных медицинских услуг, заключаемый законным представителем в интересах несовершеннолетнего (Приложение № 2 к настоящему приказу);
 - договор на предоставление платных медицинских услуг при осуществлении оперативного вмешательства (Приложение № 3 к настоящему приказу);
 - договор оказания медицинских услуг по добровольному медицинскому страхованию (Приложение № 4 к настоящему приказу);

- договор возмездного оказания платных медицинских услуг, заключаемый с юридическими лицами (Приложение № 5 к настоящему приказу)
- соглашение об использовании медицинского изделия пациента при оказании медицинской услуги (Приложение № 6 к настоящему приказу)
- форма уведомления пациента о несоблюдении указаний (рекомендаций) (Приложение № 7 к настоящему приказу)
- форма информированного добровольного согласия пациента на получение платных медицинских услуг (Приложение № 8 к настоящему приказу)
- форма информированного добровольного отказа пациента от бесплатных медицинских изделий (Приложение № 9 к настоящему приказу)
- форма сметы на оказание платных медицинских услуг (Приложение № 10 к настоящему приказу)

2. Работникам ГБУЗ «Городская поликлиника № 3 г. Новороссийска» МЗ КК и всем задействованным в оказании платных медицинских услуг сотрудникам с 09.01.2020 г. при оказании платных медицинских услуг руководствоваться указанными формами документов.

3. Контроль исполнения настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач



Иванчишин Л.А.

Лист рассылки:

1 экз – в дело.

2 экз-

Лист ознакомления с приказом:

№	ФИО сотрудника	Отдел/должность	Подпись	Дата ознакомления (собственноручно)
---	----------------	-----------------	---------	---

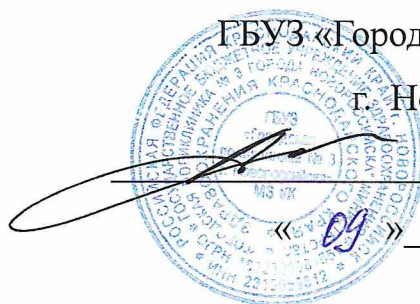
УТВЕРЖДАЮ

Главный врач

ГБУЗ «Городская поликлиника № 3

г. Новороссийска» МЗ КК

Иванчишин Л.А.



2020 год

Договор

на оказание платных медицинских услуг (заключаемый с гражданами)

г.

«__»_____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 3 города Новороссийска» министерства здравоохранения Краснодарского края, зарегистрированная ФНС (наименование налогового органа), свидетельство о государственной регистрации № _____ от _____, имеющая государственную лицензию на медицинскую деятельность № _____ от «__»_____ 200__ г., именуемая в дальнейшем Исполнитель, в лице главного врача _____, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин(ка) _____, паспорт серии _____ номер _____ выдан _____, проживающий(ая) по адресу: _____, именуемый(ая) в дальнейшем Пациент, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказывать Пациенту, медицинские услуги по перечню и в сроки, установленные в соответствии с приложением № 1 к настоящему договору (являющимся неотъемлемой частью настоящего договора), а также в соответствии лицензией № _____ от «__»_____ 20__ г., а Пациент обязуется оплатить медицинские услуги по цене, в сроки и на условиях, установленных настоящим договором.

1.2. При оказании медицинских услуг Исполнителем будут применяться следующие стандарты медицинской помощи и порядки оказания медицинской помощи _____.

1.3. Оказание медицинских услуг будет осуществляться специалистами, указанными в приложении №1 к настоящему договору. Информация о профессиональном образовании и квалификация данных специалистов доведена до сведения Пациента.

1.4. Подписывая настоящий договор Пациент подтверждает, что ему в доступной форме была разъяснена информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с

ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

2.1. Пациент оплачивает медицинские услуги в кассу Исполнителя по тарифам, действующим у Исполнителя на дату заключения договора. В случае, если срок оказания услуг переносится по сравнению со сроками, указанными в договоре, услуги оплачиваются по ценам, действующим на момент оказания медицинских услуг.

2.2. Оплата медицинских (ой) услуг (и) производится наличными денежными средствами в кассу Исполнителя на условиях предоплаты в размере 100% стоимости услуг. Срок оплаты: в любые сроки до непосредственного оказания медицинской услуги.

2.3. Датой оплаты считается дата поступления денежных средств в кассу Исполнителя.

2.4. Кассовый чек, выданный Исполнителем Пациенту является неотъемлемой частью настоящего договора. Сумма кассового чека (кассовых чеков) составляет сумму настоящего договора.

3. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

3.1. Исполнитель оказывает медицинские услуги в соответствии с утвержденным графиком работы и условиями, соответствующими установленным требованиям.

3.2. Медицинские услуги оказываются в сроки: с «___» _____ до «___» _____.

4. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН

4.1. Права и обязанности Исполнителя:

Исполнитель обязан

4.1.1. Обеспечить оказание качественной и безопасной медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.1.2. Обеспечить соблюдение порядков оказания медицинской помощи.

4.1.3. Выдать Пациенту направление для прохождения услуг(и) с указанием сроков оказания услуг, места их оказания (кабинет по месту нахождения Исполнителя) и необходимыми рекомендациями по подготовке Пациента.

4.1.4. Выдать Пациенту документ строгой отчетности (кассовый чек), подтверждающий прием денежных средств от Пациента.

4.1.5. Предоставить квалифицированную, качественную медицинскую услугу Пациенту, в соответствие с утвержденными требованиями медицинского технологического стандарта.

4.1.6. Выдать по окончании оказания медицинской услуги Пациенту документы, содержащие информацию о результатах оказанных услуг.

4.1.7. В случае возникновения неотложных состояний у Пациента, Исполнитель вправе осуществлять действия в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе принимать

решение о медицинском вмешательстве в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.

4.1.8. Предоставить Пациенту бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемых услугах.

4.1.9. Предоставить Пациенту в доступной форме полную информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

4.1.10. Предупредить Пациента в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором.

4.1.11. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

4.1.12. Права Исполнителя:

При оказании платных медицинских услуг Исполнитель пользуется правами в соответствии с действующим законодательством.

4.2. Права и обязанности Пациента:

Пациент обязан:

4.2.1. Предварительно в соответствии с настоящим договором оплатить стоимость медицинских услуг в кассу Исполнителя. В случае отсутствия оплаты после назначения услуг в регистратуре Исполнителя, Исполнитель вправе снять время оказания услуг в одностороннем порядке до момента повторного обращения Пациента и согласования новых сроков оказания услуг.

4.2.2. Выполнить требования, от которых зависит качественное предоставление медицинской помощи (подготовка в соответствии с требованиями и рекомендациями лечащего врача Исполнителя). В случае выявления Исполнителем ненадлежащей подготовки к оказанию услуг или ее отсутствия Исполнитель вправе отказаться от оказания услуг в одностороннем порядке. В ходе оказания услуг выполнять все медицинские указания, рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения, своевременно информировать лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья (самочувствии);

4.2.3. Информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания услуг. В противном случае весь риск связанных с этим последствий несет Пациент.

4.2.4. Письменно подтвердить, что ознакомлен с информацией, касающейся особенностей данной медицинской услуги и условиями ее предоставления, то есть подтвердить свое «Добровольное информированное согласие» на оказание услуги. Добровольное информированное согласие Пациента является неотъемлемой частью настоящего договора. В случае отказа Пациента от подтверждения добровольного информированного согласия на оказание услуги Исполнитель вправе отказаться от

оказания услуг в одностороннем порядке.

4.2.5. Соблюдать правила внутреннего распорядка и правила поведения пациента в медицинской организации в соответствии с лечебно-охранительным режимом.

Пациент имеет право:

4.2.6. На качественную и безопасную медицинскую помощь, а также соблюдение иных прав, предусмотренных действующим законодательством.

4.2.7. Пациент имеет право отказаться от оказания услуг до момента начала их оказания и потребовать возврата уплаченных денежных средств с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуг.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

5.1. За нарушение прав Пациента Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством, в том числе законодательством о защите прав потребителей.

5.2. В случае оказания Пациенту медицинской услуги ненадлежащего качества, подтвержденного результатами врачебной экспертизы, Пациент имеет право:

- по личному заявлению оформить возврат денежных средств в кассе Исполнителя;
- безвозмездно (за счет Исполнителя) устранить недостатки оказанной услуги (повторно осуществить повторное оказание услуги);
- привлечь Исполнителя к иным мерам ответственности в соответствии с действующим законодательством.

5.3. Пациент несет имущественную ответственность за причинение ущерба Исполнителю в размере действительной стоимости поврежденного (утраченного) имущества, если такое повреждение (утрата) явилось следствием действий пациента. В этом случае пациент также обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

5.4. За нарушение санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя, повлекшее за собой причинение ущерба Исполнителю, Пациент обязан возместить причиненные убытки.

5.5. За нарушение рекомендаций Исполнителя, отразившихся на ходе оказания услуги, либо делающее невозможным оказание услуги в установленные сторонами сроки, Пациент обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. При необходимости изменения в договор вносятся по соглашению сторон и оформляются отдельным соглашением.

6.2. В случае отказа Пациента после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается.

6.3. Исполнитель информирует Пациента о расторжении договора по инициативе Пациента, при этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7. ИНЫЕ УСЛОВИЯ, ОПРЕДЕЛЯЕМЫЕ ПО СОГЛАШЕНИЮ СТОРОН

7.1. Подписывая настоящий договор, Пациент подтверждает, что ему было разъяснено право на получение медицинских услуг Исполнителя, входящих в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской

Федерации медицинской помощи в _____ области (края, республики) в текущем году, на безвозмездной основе. Также был разъяснен порядок оказания таких услуг, условия получения услуг Пациентом. Подписывая настоящий договор, Пациент подтверждает свое согласие на отказ от получения медицинской услуги (если она включена в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в N-ской области (края, республики) в текущем году) на безвозмездной основе.

Подписывая настоящий договор, Пациент подтверждает, что перед оказанием услуг ему была предоставлена исчерпывающая информация о его заболевании (диагнозе), современных методах лечения, даны ответы на все интересующие вопросы.

7.2. Пациент дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

7.3. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств сторонами.

7.4. Споры и разногласия решаются в претензионном порядке, а в случае невозможности разрешения в - судебном порядке в суде общей юрисдикции в соответствии с действующим законодательством.

7.5. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу: по одному для каждой из сторон.

Исполнитель:
Медицинская организация



Пациент _____
(Ф.И.О.)

Паспортные данные: _____

Адрес: _____

Телефон: _____

Подпись _____

СМЕТА
на оказание платных медицинских услуг

№	Перечень медицинских услуг	Стоимость	Срок оказания	Специалист, кабинет	Примечание
1					
2					
3					
4					
5					
6					

**Перечень лекарственных препаратов и медицинских изделий, используемых для
оказания платных медицинских услуг**

№	Наименование лекарственного препарата или медицинского изделия	Стоимость
1		
2		
3		

**Сведения о специалистах, оказывающих
платные медицинские услуги**

Наименование услуги	ФИО, должность специалиста, оказывающего услугу	Сведения о квалификации и образовании специалиста

Исполнитель:
Медицинская организация

Пациент

(Ф.И.О)
Паспортные данные:

Адрес: _____

Телефон: _____

Подпись _____

Главный врач

ФИО

М.П.



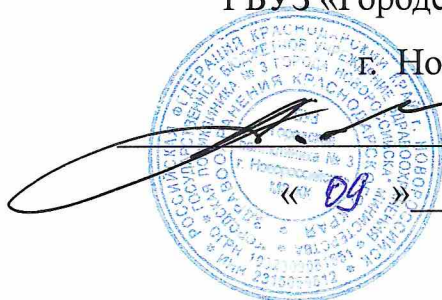
УТВЕРЖДАЮ

Главный врач

ГБУЗ «Городская поликлиника № 3

г. Новороссийска» МЗ КК

Иванчишин Л.А.



« 09 » 01 2020 год

Договор

№ _____ от « ____ » _____ 20__ года

на предоставление платных медицинских услуг несовершеннолетнему

г.

« ____ » _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 3 города Новороссийска» министерства здравоохранения Краснодарского края, зарегистрированная ФНС (наименование налогового органа), свидетельство о государственной регистрации № _____ от _____, имеющая государственную лицензию на медицинскую деятельность № _____ от « ____ » _____ 20__ г., именуемая в дальнейшем Исполнитель, в лице главного врача _____, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин(ка) _____ ФИО _____, паспорт серии _____ номер _____ выдан _____, проживающий(ая) по адресу: _____, именуемый (ая) далее Заказчик, действующий (ая) от имени и в интересах несовершеннолетнего ребенка _____ ФИО _____, дата рождения _____, реквизиты документа, удостоверяющего личность (паспорт, свидетельство о рождении) _____, именуемый(ая) в дальнейшем Пациент, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказывать Пациенту (_____ ФИО несовершеннолетнего) по перечню в соответствии с приложением № 1 к настоящему договору (являющимся неотъемлемой частью настоящего договора), а также в соответствии лицензией № _____ от « ____ » _____ 20__ г., а Заказчик обязуется оплатить медицинские услуги по цене, в сроки и на условиях, установленных настоящим договором.

1.2. При оказании медицинских услуг Исполнителем будут применяться следующие стандарты медицинской помощи и порядки оказания медицинской помощи _____.

1.3. Оказание медицинских услуг будет осуществляться специалистами, указанными в приложении № _____ к настоящему договору. Информация о профессиональном образовании и квалификация данных специалистов доведена до сведения Заказчика.

1.4. Подписывая настоящий договор, Заказчик подтверждает, что ему в доступной форме была разъяснена информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

2.1. Заказчик оплачивает медицинские услуги в кассу Исполнителя по тарифам, действующим у Исполнителя на дату заключения договора. В случае, если срок оказания услуг переносится по сравнению со сроками, указанными в договоре, услуги оплачиваются по ценам, действующим на момент оказания медицинских услуг.

2.2. Оплата медицинских (ой) услуг (и) производится наличными денежными средствами в кассу Исполнителя на условиях предоплаты в размере 100% стоимости услуг. Срок оплаты: в любые сроки до непосредственного оказания медицинской услуги.

2.3. Датой оплаты считается дата поступления денежных средств в кассу Исполнителя.

2.4. Кассовый чек, выданный Исполнителем Заказчику является неотъемлемой частью настоящего договора. Сумма кассового чека (кассовых чеков) составляет сумму настоящего договора.

3. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

3.1. Исполнитель оказывает медицинские услуги в соответствии с утвержденным графиком работы и условиями, соответствующими установленным требованиям.

3.2. Медицинские услуги оказываются в сроки: с «___» _____ до «___» _____.

4. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН

4.1. Права и обязанности Исполнителя

Исполнитель обязан:

4.1.1. Обеспечить оказание качественной и безопасной медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.1.2. Обеспечить соблюдение порядков оказания медицинской помощи.

4.1.3. Выдать Заказчику направление для прохождения услуг(и) с указанием сроков оказания услуг, места их оказания (кабинет по месту нахождения Исполнителя) и необходимыми рекомендациями по подготовке Пациента.

4.1.4. Выдать Заказчику документ строгой отчетности (кассовый чек), подтверждающий прием денежных средств.

4.1.5. Предоставить квалифицированную, качественную медицинскую услугу Пациенту, в соответствие с утвержденными требованиями медицинского технологического стандарта.

4.1.6. Выдать по окончании оказания медицинской услуги Заказчику или Пациенту документы, содержащие информацию о результатах оказанных услуг.

4.1.7. В случае возникновения неотложных состояний у Пациента, Исполнитель вправе осуществлять действия в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе принимать решение о медицинском вмешательстве в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.

4.1.8. Предоставить Пациенту бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемых услугах.

4.1.9. Предупредить Заказчика в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором.

4.1.10. 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".

4.1.11. Предоставить Заказчику (Пациенту, в случае, если возраст Пациента старше пятнадцати лет) в доступной форме полную информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

4.1.12. Права Исполнителя:

При оказании платных медицинских услуг Исполнитель пользуется правами в соответствии с действующим законодательством.

4.2. Права и обязанности Заказчика и Пациента:

Заказчик обязан:

4.2.1. Предварительно в соответствии с настоящим договором оплатить стоимость медицинских услуг в кассу Исполнителя. В случае отсутствия оплаты после назначения услуг в регистратуре Исполнителя, Исполнитель вправе снять время оказания услуг в одностороннем порядке до момента повторного обращения Пациента и согласования новых сроков оказания услуг.

4.2.2. Письменно подтвердить, что ознакомлен с информацией, касающейся особенностей данной медицинской услуги и условиями ее предоставления, то есть подтвердить свое «Добровольное информированное согласие» на оказание услуги. Добровольное информированное согласие является неотъемлемой частью настоящего договора. В случае отказа от подтверждения добровольного информированного согласия на оказание услуги Исполнитель вправе отказаться от оказания услуг в одностороннем порядке.

Заказчик имеет право:

4.2.3. Представлять интересы пациента при оказании платных медицинских услуг в соответствии с действующим законодательством.

4.2.4. Отказаться от оказания услуг до момента начала их оказания и потребовать возврата уплаченных денежных средств с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуг.

Пациент обязан:

4.2.5. Выполнить требования, от которых зависит качественное предоставление медицинской помощи (подготовка в соответствии с требованиями и рекомендациями лечащего врача Исполнителя). В случае выявления Исполнителем ненадлежащей

подготовки к оказанию услуг или ее отсутствия Исполнитель вправе отказаться от оказания услуг в одностороннем порядке. В ходе оказания услуг выполнять все медицинские указания, рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения, своевременно информировать лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья (самочувствии);

4.2.6. Информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания услуг. В противном случае весь риск связанных с этим последствий несет Пациент.

4.2.7. Соблюдать правила внутреннего распорядка и правила поведения пациента в медицинской организации в соответствии с лечебно-охранительным режимом.

Пациент имеет право:

4.2.8. На качественную и безопасную медицинскую помощь, а также соблюдение иных прав, предусмотренных действующим законодательством.

4.2.9. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него (в случае, если возраст Пациента старше пятнадцати лет) в соответствии с Федеральным законом, от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

5.1. За нарушение прав Пациента Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством, в том числе законодательством о защите прав потребителей.

5.2. В случае оказания Пациенту медицинской услуги ненадлежащего качества, подтвержденного результатами врачебной экспертизы, Заказчик имеет право:

- по личному заявлению оформить возврат денежных средств в кассе Исполнителя;
- безвозмездно (за счет Исполнителя) устранить недостатки оказанной услуги (повторно осуществить повторное оказание услуги);
- привлечь Исполнителя к иным мерам ответственности в соответствии с действующим законодательством.

5.3. Заказчик несет имущественную ответственность за причинение ущерба Исполнителю в размере действительной стоимости поврежденного (утраченного) имущества, если такое повреждение (утрата) явилось следствием действий Пациента. В этом случае Заказчик также обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

5.4. За нарушение санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя, повлекшее за собой причинение ущерба Исполнителю, Заказчик обязан возместить причиненные убытки.

5.5. За нарушение Пациентом рекомендаций Исполнителя, отразившихся на ходе оказания услуги, либо делающее невозможным оказание услуги в установленные сторонами сроки, Заказчик обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. При необходимости изменения в договор вносятся по соглашению сторон и оформляются отдельным соглашением.

6.2. В случае отказа Пациента после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается.

6.3. Исполнитель информирует Заказчика о расторжении договора по инициативе потребителя, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7. ИНЫЕ УСЛОВИЯ, ОПРЕДЕЛЯЕМЫЕ ПО СОГЛАШЕНИЮ СТОРОН

7.1. Подписывая настоящий договор, Заказчик подтверждает, что ему было разъяснено право на получение медицинских услуг Исполнителя, входящих в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в _____ области (края, республики) в текущем году, на безвозмездной основе. Также был разъяснен порядок оказания таких услуг, условия получения услуг Пациентом. Подписывая настоящий договор, Заказчик подтверждает свое согласие на отказ от получения медицинской услуги (если она включена в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в N-ской области (края, республики) текущем году) на безвозмездной основе.

Подписывая настоящий договор, Заказчик подтверждает, что перед оказанием услуг ему была предоставлена исчерпывающая информация о заболевании (диагнозе) Пациента, современных методах лечения, даны ответы на все интересующие вопросы.

7.2. Заказчик дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

7.3. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств сторонами.

7.4. Споры и разногласия решаются в претензионном порядке, а в случае невозможности разрешения в - судебном порядке в суде общей юрисдикции в соответствии с действующим законодательством.

7.5. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу: по одному для каждой из сторон.

Исполнитель:
Медицинская
организация

Заказчик _____
(Ф.И.О законного представителя)

Паспортные данные: _____

Адрес: _____

Телефон _____

Подпись _____

Пациент (ставит подпись, если его возраст старше 15 лет) _____

(Ф.И.О)

Паспортные данные: _____

Адрес: _____

Телефон _____



Подпись _____

СМЕТА
На оказание платных медицинских услуг

№	Наименование медицинской услуги	Стоимость	Срок оказания	Специалист, кабинет	Примечание
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Перечень
лекарственных препаратов и медицинских изделий, используемых для оказания
медицинских услуг

№	Наименование лекарственного препарата или медицинского изделия	Стоимость
1		
2		
3		

**Сведения о специалистах,
оказывающих платные медицинские услуги**

Наименование медицинской услуги	ФИО, должность специалиста, оказывающего услугу	Сведения о квалификации и образовании специалиста

Исполнитель:
Медицинская организация

Заказчик _____ (Ф.И.О
_____ родителя)
Паспортные данные:

Телефон _____
Адрес: _____

Подпись

Пациент (ставит подпись, если его
возраст старше 15
лет) _____

Паспортные данные:

Телефон _____
Адрес: _____

Подпись _____



УТВЕРЖДАЮ

Главный врач

ГБУЗ «Городская поликлиника № 3

г. Новороссийска» МЗ КК

Иванчишин Л.А.



2020 год

ДОГОВОР

оказания медицинских услуг

по добровольному медицинскому страхованию

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 3 города Новороссийска» министерства здравоохранения Краснодарского края, зарегистрированная ФНС (наименование налогового органа), свидетельство о государственной регистрации № _____ от _____, имеющая государственную лицензию на медицинскую деятельность № _____ от «__» _____ 200__ г., именуемая в дальнейшем «Организация», в лице Главного врача _____, действующего на основании Устава, с одной стороны, и Страховая компания _____, имеющая государственную лицензию Министерства финансов РФ № _____ от _____ 200__ г. на право проведения страховой деятельности, именуемая в дальнейшем «Страховщик», в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Учреждение предоставляет медицинские услуги Застрахованным по перечню в соответствии с Приложением № 1 к настоящему договору (являющимся неотъемлемой частью настоящего договора), а также в соответствии лицензией № _____ от «__» _____ 20__ г., а Страховщик оплачивает оказанные услуги в соответствии с условиями настоящего договора и стандартами обследования пациентов.

Застрахованный - лицо, чьи медицинские расходы подлежат оплате в соответствии с условиями договора добровольного медицинского страхования, заключенного между Страхователем и Страховщиком.

Страхователь – юридическое или физическое лицо, заключившее со Страховщиком договор добровольного медицинского страхования, по которому Страховщик принимает на себя обязательства обеспечивать организацию и оплату медицинских услуг, предоставленных Застрахованным.

1.2. Медицинские услуги предоставляются Застрахованным независимо от их места проживания (в том числе и лицам - гражданам других государств и лицам без гражданства) в рамках программы добровольного медицинского страхования (ДМС).

1.3. Место исполнения договора – *указать место нахождения - Организации.*

2.ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН

2.1. Организация обязана:

2.1.1. Оказывать медицинские услуги Застрахованным в соответствии с прейскурантом цен (Приложение №1 к настоящему договору) и условиям настоящего договора при предъявлении Застрахованным полиса ДМС, документа, удостоверяющего личность Застрахованного, и (или) на основании списка Застрахованных лиц, предоставленного Страховщиком, подписанного им и скрепленного его печатью.

При оказании медицинских услуг применяются действующие на территории РФ порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи.

Информация о профессиональном образовании и квалификация данных специалистов доводится до сведения Застрахованного специалистом, оказывающим услугу в кабинете, где оказывается услуга. Специалист также в доступной форме разъясняет Застрахованному информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

2.1.2. Вести учет Застрахованных, получивших медицинские услуги, оформлять медицинскую документацию с указанием вида, объема, даты оказания, стоимости, услуг, оказанных по настоящему договору.

2.1.3. Предоставлять Застрахованным медицинские услуги на сумму, не превышающую размер страховой суммы, указанной в индивидуальной страховой медицинской карточке или страховом полисе.

2.1.4. Оказывать Застрахованным медицинские услуги на сумму, превышающую размер страховой суммы, только после письменного согласования со Страховщиком.

2.1.5. Назначить ответственное лицо по организации обследования (ФИО, должность, телефон, адрес электронной почты). Данному лицу предоставляется также право подписи реестров оказанных медицинских услуг.

2.1.6. Выставлять Страховщику счет - фактуру за фактически оказанные медицинские услуги до ____ числа каждого месяца, следующего за отчетным, с приложением реестра оказанных медицинских услуг по установленной форме и акта приемки выполненных работ.

2.1.7. Уведомлять в письменном виде Страховщика об изменении цен на медицинские услуги и сроке их изменений не менее чем за ____ недели до их введения.

2.1.8. При невозможности предоставления каких-либо медицинских услуг Застрахованному не привлекать другие медицинские учреждения для компенсации недостающих видов медицинской помощи, включенных в программу ДМС.

2.1.9. Отказывать Застрахованным в предоставлении медицинских услуг, оговоренных настоящим Договором, в случае получения соответствующего уведомления от Страховщика.

2.1.10. Обеспечивать официальному представителю Страховщика, в случае проведения им проверок, свободное ознакомление с документацией и деятельностью, связанной с исполнением настоящего Договора в пределах, установленных законодательством о персональных данных, а также нормами законодательства о неразглашении врачебной, личной, семейной и иной охраняемой законом тайны и информации пациента...

2.1.11. Компенсировать Страховщику расходы по возмещению ущерба здоровью Застрахованного, причиненного некачественным (т.е. несоответствующим стандартам) предоставлением медицинских услуг Организацией, выявленным в результате проверки на основе выставленной рекламации и прямого письменного признания обоснованности данной рекламации Организацией.

2.1.12. Осуществлять своевременное материально-техническое обеспечение своего Организации, необходимое для оказания лечебно-профилактической помощи застрахованным при их обращении в рамках программы ДМС.

2.1.13. В случае возникновения неотложных состояний у Застрахованного, Организация вправе осуществлять действия в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе принимать решение о медицинском вмешательстве в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.

2.1.14. Предоставить Застрахованному в доступной форме полную информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

2.1.15. Обеспечить соблюдение порядков оказания медицинской помощи.

2.2. Страховщик обязан:

2.2.1. Оплачивать медицинские услуги в порядке и на условиях, установленных настоящим договором.

2.2.2. Обеспечить Застрахованным выдачу страховых полисов ДМС и индивидуальных страховых медицинских карточек.

2.2.3. Обеспечить Организацию списком Застрахованных лиц и систематически уведомлять в письменном виде обо всех изменениях, в списочном составе Застрахованных при наличии таковых.

2.2.4. Информировать Застрахованных по вопросам порядка и условий получения медицинских услуг в Организации. Письменно ознакомить Застрахованных с их правами и обязанностями в рамках оказания услуг по настоящему договору в соответствии с Приложением № 2 к настоящему договору и направить в Организацию при направлении Застрахованного для получения медицинских услуг.

2.2.5. Совместно с Организацией выполнять действия, направленные на защиту прав Застрахованных по получению надлежащего качества медицинских услуг, в рамках программы ДМС

2.2.6. Официально в письменном виде информировать Организацию о нарушении им условий настоящего Договора.

2.2.7. Уведомлять Организацию о приостановлении (возобновлении) права Застрахованного на получение медицинских услуг в течение 1 (одного) рабочего дня с момента приостановления (возобновления) указанного права.

2.2.8. В течение ____ (____) календарных дней с момента получения документов, указанных в п. 2.1.6. настоящего договора, произвести приемку оказанных услуг и вернуть Учреждению подписанный Акт об оказанных услугах, либо мотивированные возражения в отношении подписания акта. В случае неподписания акта в течение указанного в настоящем пункте срока, либо непредоставления мотивированных возражений относительно подписания акта услуги считаются принятыми Страховщиком и подлежат оплате в полном объеме.

2.2.9. Назначить ответственное лицо для предоставления медицинских услуг Застрахованным. Таким лицом является ФИО _____

должность _____, адрес электронной почты _____, телефон _____. В рамках указанного договора данное лицо имеет право подписи писем, направлений Застрахованным для оказания медицинских услуг, списков Застрахованных лиц, а также гарантийных писем, исходящих от Страховщика.

3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Оплата медицинских услуг осуществляется Страховщиком в течение ____ (____) календарных дней со дня получения счета-фактуры, реестра медицинских услуг, акта об оказанных услугах, выставленных за отчетный период, если сторонами не оговорено иное. Счет-фактура вручается Страховщику нарочным, либо направляется почтовым отправлением. Датой получения счета-фактуры считается дата, проставленная Страховщиком при получении счета-фактуры, а при направлении почтой – дата, проставленная на оттиске почтового штемпеля.

3.2. Датой оплаты медицинских услуг является дата поступления денежных средств на расчетный счет Организации .

3.3. Излишне перечисленные Страховщиком денежные средства в случае авансирования Организации засчитываются в счет предстоящих платежей или возвращаются Страховщику в течение ____ (_____) банковских дней после получения Организацией соответствующего письма с просьбой о возврате от Страховщика.

3.4. В случае наличия претензий Страховщик в течение 5-ти дней направляет Организации акт о спорной сумме, который должен быть рассмотрен Организацией в течение 30 календарных дней со дня его получения. В случае подтверждения выявленной ошибки и прямого письменного признания Организацией, спорная сумма вычитается из суммы, подлежащей оплате.

3.5. При перечислении денежных средств Организации Страховщик в обязательном порядке указывает в платежном поручении в качестве основания для оплаты дату и номер выставленного счета, дату и номер заключенного договора, а также указывает период (календарный месяц, год) оказания услуг, оплачиваемый Страховщиком. В случае оплаты аванса Страховщиком в адрес Организации – обязательно указание о том, что перечисляемые денежные средства являются авансовым платежом.

4. КОНТРОЛЬ ОБЪЕМОВ И КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

4.1. Страховщик осуществляет контроль объемов и качества медицинских услуг путем экспертной оценки медицинской документации, достоверности формирования счетов. Страховщик, в период оказания Застрахованному медицинских услуг, может провести очную экспертизу качества и объёмов медицинских услуг, т.е. не только по медицинским документам, но и с непосредственным осмотром Застрахованного. Страховщик обеспечивает контроль за соблюдением условий оказания медицинской помощи Проверки осуществляются по инициативе Страховщика, либо по письменной жалобе Застрахованного. Результаты проверок письменно доводятся до сведения руководителя Организации.

4.2. В случае несогласия Организации с результатами экспертной проверки, эти факты рассматриваются комиссией состоящей из уполномоченных представителей Сторон. По согласованию Сторон для работы в комиссии может привлекаться независимый эксперт. Расходы по оплате работы независимого эксперта несет сторона, чьи выводы или утверждения относительно качества услуг или иных условий исполнения сторонами настоящего договора (относительно предмета спора) не будут подтверждены независимым экспертом.

4.3. В случае выявления недостатков в предоставлении застрахованным медицинских услуг, Страховщик в письменном виде направляет Организации соответствующую рекламацию, которая должна быть рассмотрена Организацией в течение ____ (_____) календарных дней со дня ее

получения. В случае прямого письменного признания Организацией обоснованности данной рекламации Организации не оплачивается стоимость услуг, при оказании которых были допущены несоответствия порядкам и стандартам медицинской помощи.

5. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

5.1. Организация оказывает медицинские услуги в соответствии с утвержденным графиком работы и условиями, соответствующими установленным требованиям.

5.2. Медицинские услуги оказываются в сроки: с «___»_____ до «___»_____.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

6.1. За просрочку платежей, предусмотренных настоящим Договором, Страховщик уплачивает Организации пени в размере 0,5% от суммы задолженности за каждый день просрочки. Уплата пени не освобождает Страховщика от перечисления текущих платежей. Помимо уплаты пени, Организация оставляет за собой приостанавливать оказание услуг застрахованным в случае, если просрочка в оплате превышает ___(_____) календарных дней (в том числе и просрочка в перечислении авансовых платежей, если уплата таковых предусмотрена настоящим договором или иным соглашением сторон). Приостановление оказания услуг осуществляется Организацией без уведомления Страховщика.

6.2. Страховщик имеет право при прямом письменном согласии Организации не оплачивать медицинские услуги, оказанные на сумму, превышающую размер страховой суммы, если предоставление этих услуг не было согласовано со Страховщиком. О причинах такого отказа Страховщик обязан письменно уведомить Организацию и получить письменное подтверждение Организации.

6.3. Несвоевременное предоставление реестра к выставленному Страховщику счету-фактуре за оказанные медицинские услуги влечет за собой возможность задержки оплаты Страховщиком данного счета на срок задержки в предоставлении реестра.

6.4. Обоснованная жалоба Застрахованного на качество оказания медицинской услуги или недостатки при оказании медицинской помощи, подтвержденные заключением независимой медицинской экспертизы, влекут безвозмездное (за счет Организации) устранение недостатков оказанной услуги (повторно оказание услуги), либо возврат уплаченных денежных средств в полном объеме;

7. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА, ОСВОБОЖДАЮЩИЕ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

7.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения настоящего Договора (пожар, наводнение, землетрясение и иные явления природы, а также военные действия, постановления правительства и государственных органов, аварийные ситуации в энергетическом, тепловом и водоснабжении, аварийного выхода из строя медицинского оборудования и другие обстоятельства, находящиеся вне разумного контроля сторон).

7.2. При наступлении указанных в п.7.1. обстоятельств, сторона, для которой наступили эти обстоятельства, должна без промедления известить о них другую сторону. Извещение должно содержать данные о характере обстоятельств, а также оценку их влияния на возможности исполнения сторонами своих обязательств по настоящему Договору.

7.3. В случае, если в результате действий третьих лиц, способных оказывать влияние на исполнение договора Организацией, настоящий договор не может быть ей исполнен, срок выполнения обязательств Организации отодвигается на срок, необходимый для решения возникших проблем.

8.УВЕДОМЛЕНИЯ И СООБЩЕНИЯ

8.1. Все уведомления и сообщения, направленные Сторонами в связи с исполнением настоящего Договора, должны быть сделаны в письменной форме.

9.ИЗМЕНЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА

9.1. Условия настоящего Договора могут быть изменены при наличии объективных причин по письменному соглашению сторон.

9.2. Каждая из сторон вправе расторгнуть настоящий Договор в одностороннем порядке при невыполнении другой стороной условий Договора, о чем сторона - инициатор расторжения письменно уведомляет другую сторону не менее чем за ____ (_____) календарных дней до прекращения договорных отношений.

9.3. В случае окончания срока действия или расторжения настоящего Договора стороны производятся окончательные взаиморасчеты не позднее ____ (_____) календарных дней после прекращения договорных отношений.

10.ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

10.1. Все неурегулированные Сторонами споры в рамках выполнения настоящего Договора разрешаются путем переговоров и в претензионном порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации. В случае отсутствия согласия по спорным вопросам спор подлежит рассмотрению в суде в соответствии с действующим законодательством.

11.СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

11.1 Настоящий Договор вступает в силу с «__»_____20_г. и действует до «__»_____20_г. При этом истечение срока действия настоящего Договора не влечет прекращение обязательств по Договору, неисполненных Сторонами к этому сроку, а также не освобождает Стороны от ответственности за нарушение настоящего Договора.

1.2. Если ни одна из сторон не заявит о прекращении настоящего Договора не менее чем за 30 календарных дней до окончания срока действия, его действие автоматически продлевается каждый раз на один календарный год.

11.3. Настоящий Договор составлен в трех экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один экземпляр находится у Организации, второй и третий – у Страховщика. Страховщик обязуется обеспечить Застрахованных надлежащим образом заверенными копиями настоящего договора.

12.ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

12.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению конфиденциальности по всем вопросам, касающимся исполнения настоящего договора (форма и содержание договора, полисов Страховщика, программ и тарифов Организации, заболевания Застрахованных и услуги, полученные ими). Ни одна из сторон не вправе передавать третьим лицам данную информацию.

12.1. Все изменения и дополнения к настоящему Договору действительны лишь в том, случае, если они оформлены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами

12.2. Стороны обязуются не позднее, чем за 30 календарных дней извещать друг друга обо всех изменениях своих адресов и реквизитов.

Юридические адреса и реквизиты сторон:

ОРГАНИЗАЦИЯ:

СТРАХОВЩИК

Главный врач

Руководитель



Прейскурант цен на медицинские услуги

Организация:

СТРАХОВЩИК

Руководитель



Приложение № 2 к договору оказания медицинских услуг по добровольному медицинскому страхованию

Права и обязанности Застрахованного:

Застрахованный обязан:

1. Выполнить требования, от которых зависит качественное предоставление медицинской помощи (подготовка к медицинскому вмешательству в соответствии с требованиями и рекомендациями лечащего врача Организации). В случае выявления Организацией ненадлежащей подготовки к оказанию услуг или ее отсутствия по вине Застрахованного Организация вправе отказаться от оказания услуг в одностороннем порядке.
2. В ходе оказания услуг выполнять все медицинские указания, рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения, своевременно информировать лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья (самочувствии);
3. Информировать лечащего врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания услуг. В противном случае весь риск связанных с этим последствий несет Застрахованный.
4. Письменно подтвердить, что ознакомлен с информацией, касающейся особенностей данной медицинской услуги и условиями ее предоставления, то есть подтвердить свое «Добровольное информированное согласие» на оказание услуги. Добровольное информированное согласие Пациента является неотъемлемой частью настоящего договора. В случае отказа Застрахованного от подтверждения добровольного информированного согласия на оказание услуги Организация вправе отказаться от оказания услуг в одностороннем порядке.
5. Соблюдать правила внутреннего распорядка и правила поведения пациента в Организации в соответствии с лечебно-охранительным режимом.

Застрахованный имеет право:

1. На качественную и безопасную медицинскую помощь, а также соблюдение иных прав, предусмотренных действующим законодательством.
2. Отказаться от оказания услуг до момента начала их оказания.

Ответственность Застрахованного:

1. Застрахованный несет имущественную ответственность за причинение ущерба Организации в размере действительной стоимости поврежденного (утраченного) имущества, если такое повреждение (утрата) явилось следствием действий Застрахованного. В этом случае Застрахованный также обязан возместить Организации возникшие вследствие этого убытки.

2. За нарушение санитарно-эпидемиологического режима Организации, повлекшее за собой причинение ущерба Организации, Застрахованный обязан возместить причиненные убытки.

Застрахованный

Ознакомлен

ФИО _____

дата _____

телефон пациента _____

Адрес места жительства _____

Подпись _____

Организация:

Главный врач



СТРАХОВЩИК

Руководитель

_____ / _____

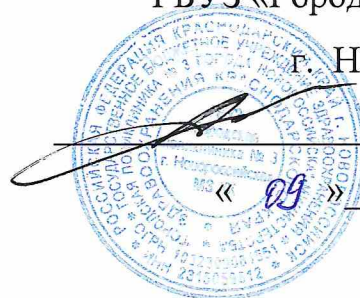
УТВЕРЖДАЮ

Главный врач

ГБУЗ «Городская поликлиника № 3

г. Новороссийска» МЗ КК

Иванчишин Л.А.



2020 год

СОГЛАШЕНИЕ

об использовании медицинского изделия пациента
при оказании медицинской услуги

«__»_____ 20...г.

Медицинская организация (название), именуемая в дальнейшем МО, в лице главного врача _____, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин(ка) _____, паспорт серии _____ номер _____, выдан _____, проживающий(ая) по адресу: _____, именуемый(ая) в дальнейшем Пациент, с другой стороны, заключили настоящее соглашение о нижеследующем:

1. МО оказывает Пациенту следующие медицинские услуги _____.
2. Медицинские услуги оказываются за счет средств _____.
3. Для оказания медицинских услуг Пациент предоставляет медицинские изделия, приобретенные им самостоятельно за свой счет, а именно:

Наименование медицинского изделия	Стоимость медицинского изделия	Остаточный срок годности	Дата получения изделия МО

3. МО обязано использовать медицинские изделия с соблюдением всех правил эксплуатации данного медицинского изделия, а также всех санитарных норм.

4. Пациент обязан передать лечащему врачу МО медицинское изделие в целостной, не нарушенной упаковке в соответствии с актом приёма-передачи (Приложение № 1 к настоящему Соглашению).

5. С момента приемки медицинских изделий от пациента МО отвечает за сохранность этого медицинского изделия и правильное его использование.
6. Пациент обязан заполнить перед оказанием медицинской услуги бланк Предупреждения (Приложение № 2 к настоящему Соглашению) об особых свойствах медицинского изделия, которые могут повлечь за собой его полную или частичную утрату (повреждение) и возможных последствиях для здоровья Пациента.
7. МО обязано предупредить пациента о непригодности или недоброкачественности переданного Пациентом медицинского изделия и либо (на выбор пациента – *нужное пациент должен отметить при подписании настоящего соглашения*)
- отменить выполнение медицинской услуги,
 - использовать при оказании медицинской услуги другое медицинское изделие с последующей (после оказания услуги в течение 1 рабочего дня) компенсацией стоимости данного изделия Пациентом МО
8. В случае полной или частичной утраты (повреждения) медицинского изделия по вине МО, МО обязано компенсировать Пациенту убытки в соответствии с действующим законодательством.
9. МО освобождается от ответственности за полную или частичную утрату (повреждение) медицинского изделия, принятого им от Пациента, если Пациент предупрежден об особых свойствах медицинского изделия, которые могут повлечь за собой его полную или частичную утрату (повреждение) либо если указанные свойства материала (вещи) не могли быть обнаружены при надлежащей приемке медицинского изделия от пациента.
10. МО освобождается от ответственности перед Пациентом за некачественное оказание медицинской услуги в случае, если это явилось следствием недостатков медицинского изделия, которые не могли быть обнаружены при приемке медицинского изделия от Пациента, либо в случае, если Пациент был предупрежден об особых свойствах медицинского изделия, которые могут повлечь за собой его полную или частичную утрату (повреждение), однако принял решение об оказании медицинской услуги.

МО:



Пациент

_____ (Ф.И.О.)

Паспортные данные:

Адрес: _____

Подпись _____

**Приложение № 1 к соглашению
Об использовании медицинского изделия Пациента
при оказании медицинской услуги**

АКТ ПРИЕМА-ПЕРЕДАЧИ

г. _____ «__» _____ 20 г.
Лечащий врач _____ ФИО должность _____ МО, с
одной стороны, и гражданин(ка) _____, паспорт
серии _____ номер _____ выдан _____,
проживающий(ая) по адресу: _____, именуемый(ая) в
дальнейшем Пациент, с другой стороны, во исполнение соглашения об
использовании медицинского изделия Пациента при оказании медицинской
услуги составили настоящий акт о нижеследующем:

1. Лечащий врач принял от Пациента для оказания медицинских услуг
_____ следующие медицинские изделия:

Наименование медицинского изделия	Стоимость медицинского изделия	Остаточный срок годности	Дата получения изделия МО

2. Медицинские изделия переданы в следующем состоянии:

№	Параметр (свойство)	Отметка о наличии или отсутствии
1	Целостность упаковки	
2	Допустимость срока годности	
3	Целостность самого мед. изделия	
4	Видимые дефекты мед. изделия	
5		
6		
7		

Пациент _____ (Ф.И.О.)

Подпись _____

Дата _____ время _____

Лечащий врач _____ ФИО

Подпись _____

Дата _____, время _____

**Приложение № 2 к соглашению
Об использовании медицинского изделия Пациента
при оказании медицинской услуги**

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ

Настоящим я, _____ ФИО пациента _____
подтверждаю, что лечащим врачом _____ мне
разъяснены особые свойства медицинского изделия
_____, которые могут повлечь за собой его полную или
частичную утрату (повреждение), а именно:

№	Особые свойства изделия, которые могут повлечь за собой его полную или частичную утрату (повреждение)	Возможные риски и последствия для здоровья Пациента в результате использования изделия:
1		
2		
3		

Настоящим я подтверждаю свое согласие на получение медицинской услуги
_____ с использованием медицинского изделия
_____ с учетом возможных рисков и последствий
для моего здоровья.

Пациент _____ (Ф.И.О.)

Подпись _____

Дата _____

Об особых свойствах и рисках медицинского изделия предупредил:

Лечащий врач _____ ФИО

Подпись _____

УТВЕРЖДАЮ

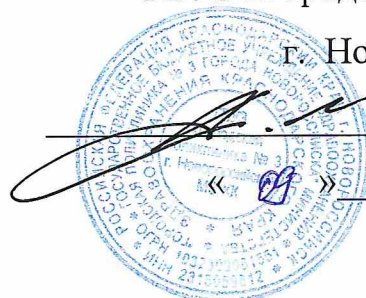
Главный врач

ГБУЗ «Городская поликлиника № 3

г. Новороссийска» МЗ КК

Иванчишин Л.А.

2020 год



Кому: ФИО пациента

Дата рождения

Паспортные данные

Адрес места жительства пациента

**УВЕДОМЛЕНИЕ
О НЕСОБЛЮДЕНИИ НАЗНАЧЕНИЙ (РЕКОМЕНДАЦИЙ) ВРАЧА
ПРИ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Настоящим Медицинская организация (наименование) _____ уведомляет пациента (ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес места жительства) _____ о том, что при оказании платной медицинской услуги _____ (наименование услуги), несоблюдение назначений (рекомендаций) исполнителя, врача (медицинского работника) (указать ФИО, должность специалиста) _____, оказывающего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, кратности, дозировок, сроков приема лекарственных препаратов, иное (указать, что именно) _____ могут снизить качество оказываемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента.

Должность, ФИО, подпись ответственного лица
Медицинской организации _____

Дата получения _____

Подпись пациента _____ / _____

ФИО полностью собственноручно

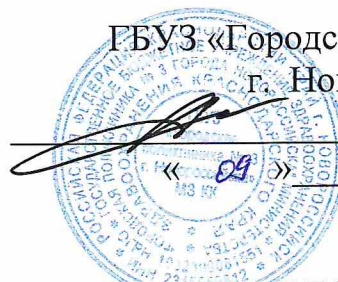
УТВЕРЖДАЮ

Главный врач

ГБУЗ «Городская поликлиника № 3

г. Новороссийска» МЗ КК

Иванчишин Л.А.



«09» 01 2020 год

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я, гражданин(ка)

ознакомился (ась) с «Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи в _____ области (крае, республике)», об условиях и сроках получения бесплатной медицинской помощи информирован(а).

Мне разъяснен порядок оказания бесплатной медицинской помощи.

Я ознакомлен с тем, что могу получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях на других условиях.

Своей подписью я подтверждаю свое желание на получение платных медицинских услуг в данной медицинской организации _____.

Дата _____ 20__ г.

Подпись _____

УТВЕРЖДАЮ

Главный врач

ГБУЗ «Городская поликлиника № 3

г. Новороссийска» МЗ КК

Иванчишин Л.А.



2020 год

ИНФОРМИРОВАННЫЙ ДОБРОВОЛЬНЫЙ ОТКАЗ ПАЦИЕНТА ОТ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БЕСПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ

Я, гражданин(ка)

Отказываюсь от возможности применения бесплатных для меня медицинских изделий (*при необходимости указать каких именно*) за счет государственных внебюджетных и бюджетных средств в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в _____ области (крае, республике) и Генеральным соглашением о тарифах на медицинские услуги, оказываемые учреждениями здравоохранения в системе обязательного медицинского страхования _____ области (крае, республики).

Я ознакомлен с информацией о возможности и порядке получения медицинских услуг в медицинской организации _____ (*указать какой*) на бесплатной основе.

Я ознакомлен с тем, что могу получить аналогичную медицинскую помощь в других медицинских учреждениях на других условиях.

Своей подписью я подтверждаю свое желание на использование медицинских изделий (*при необходимости указать каких именно*) _____ на платной основе при предоставлении мне медицинских услуг.

Дата _____ 20 г.

Подпись _____

Приложение № 1 к договору
на оказание платных медицинских услуг № _____ от _____

CMETA

На оказание платных медицинских услуг

№	Наименование медицинской услуги	Стоимость	Срок оказания	Специалист, кабинет	Примечание
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Перечень лекарственных препаратов и медицинских изделий, используемых для оказания медицинских услуг

№	Наименование лекарственного препарата или медицинского изделия	Стоимость
1		
2		
3		

Сведения о специалистах, оказывающих платные медицинские услуги

Наименование медицинской услуги	ФИО, должность специалиста, оказывающего услугу	Сведения о квалификации и образовании специалиста

Исполнитель:
Медицинская организация

Пациент

(Ф.И.О) _____

Паспортные данные:

Адрес: _____

Подпись _____

