

УВЕДОМЛЕНИЕ

Настоящим гр. _____, зарегистрированный/ая по адресу: _____

(Ф. И. О.)

(адрес)

до заключения договора на оказание платных медицинских услуг, уведомлен/а 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 её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

(подпись)

(Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина)

Дата Договора

ДОГОВОР № _____ на оказание платных медицинских услуг

г. Рязань

« _____ » _____

Государственное бюджетное учреждение Рязанской области «Городская клиническая больница №11» (Свидетельство о постановке на учёт в налоговом органе серия 62 №002164323 от 21.12.2011; свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ серия 62 №002194758 от 21.12.2011 выданы Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №3 по Рязанской области), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице [ответственный], лицензии на осуществление медицинской деятельности №ЛО-62-01-001934 от 25.12.2018, с одной стороны, и _____,

(Ф. И. О.)

именуемый/ая в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. «Исполнитель» обязуется оказать «Потребителю», а «Потребитель» обязуется оплатить следующий перечень платных медицинских услуг (далее по тексту – «услуги», «платные медицинские услуги», «медицинские услуги»):

№ п/п	Наименование услуги по прейскуранту	Цена услуги	Цена услуги со скидкой	Кол-во услуг по наименованию	Стоимость услуги

Итого по договору:

--	--

1.2. Оказание «Исполнителем» платных медицинских услуг осуществляется на основании лицензии Лицензия №ЛО-62-01-001934 от 25.12.2018, выдана Министерством здравоохранения Рязанской области, предоставлена на срок: бессрочно. Адрес лицензирующего органа: 390006, г. Рязань, ул. Свободы, д. 32. Телефон: (4912) 27-08-06, факс: (4912) 28-19-47.

2. Стоимость и порядок расчётов

2.1. Стоимость оказания платных медицинских услуг по настоящему Договору, согласно Прейскуранта цен на платные медицинские услуги составляет:

(сумма Договора прописью)

2.2. Оплата услуг производится «Потребителем» путём внесения денежных средств в кассу «Исполнителя», либо перечислением на расчётный счёт «Исполнителя» в размере 100% стоимости услуг, до момента оказания услуг по расценкам Прейскуранта, с которыми «Потребитель» ознакомился перед заключением настоящего договора.

2.3. «Потребитель» проинформирован о правах по оказанию бесплатной медицинской помощи в соответствии с действующей Территориальной программой государственных гарантий оказания населению Рязанской области бесплатной медицинской помощи и со ст. 426 ГК РФ «Публичный договор».

2.4. Ф.И.О. пациента, которому будут оказаны медицинские услуги: _____

2.5. При возникновении необходимости выполнения дополнительных услуг, не предусмотренных лечением основного заболевания, дорогостоящих манипуляций (томография, УЗИ сосудов, иммунологические исследования и т.д.), они выполняются с согласия «Потребителя» за дополнительную плату по утверждённому Прейскуранту.

3. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг

3.1. «Потребитель» подтверждает, что ознакомлен с информацией, касающейся особенностей медицинских услуг и условий их предоставления «Исполнителем», и предупреждён о возможных неблагоприятных последствиях.

3.2. «Потребитель» даёт согласие на оказание платной медицинской услуги.

3.3. До заключения настоящего Договора «Исполнитель» уведомил «Потребителя» 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 её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья «Потребителя».

Госпитализация

4. Права и обязанности сторон

4.1. «Исполнитель» обязан:

- оказать «Потребителю» квалифицированную, качественную медицинскую услугу;
- предоставить «Потребителю» бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемой услуге и режиме работы ГБУ РО «ГКБ №11», размещённую на информационной доске объявлений;

4.2. «Потребитель» обязан:

- предварительно оплатить стоимость медицинской услуги в соответствии с разделом 2 настоящего договора;
- выполнять назначения и рекомендации лечащего врача при оказании медицинских услуг «Исполнителем»;
- соблюдать правила «Больничного режима» в учреждении «Исполнителя»;
- информировать до оказания медицинской услуги об известных ему противопоказаниях, аллергических реакциях и т.д.

4.3. «Потребитель» имеет право:

- отказаться по своему письменному заявлению от получения медицинской услуги до начала её оказания с полным возвратом средств, оплаченных по договору.
- отказаться по своему письменному заявлению от получения платной медицинской услуги в ходе её оказания, при этом «Потребитель» оплачивает «Исполнителю» фактически понесённые исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

4.4. «Исполнитель» имеет право:

- изменять по медицинским показаниям план, объём и стоимость лечения по письменному согласованию с «Потребителем»;
- отказаться от исполнения настоящего договора при нарушении «Потребителем» назначений и рекомендаций лечащего врача, оказывающего платную медицинскую услугу. При этом внесённая «Потребителем» сумма за оказанные платные медицинские услуги не возвращается.

5. Ответственность сторон

5.1. За неисполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с действующим гражданским законодательством РФ.

6. Порядок изменения и расторжения договора

6.1. Договор может быть изменён и/или расторгнут по соглашению сторон.

6.2. Договор может быть изменён и/или расторгнут по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

6.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору должны быть оформлены в письменном виде и подписаны Сторонами.

7. Срок действия договора

7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до момента исполнения сторонами своих обязательств по настоящему Договору.

8. Прочие условия

8.1. Споры и разногласия, возникшие в результате исполнения настоящего договора, разрешаются Администрацией «Исполнителя». При недостижении согласия – в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

8.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах по одному для каждой из сторон.

8.3. Стороны дают своё согласие на обработку персональных данных в соответствии действующим законодательством РФ.

8.4. Во всём ином, что не предусмотрено условиями настоящего договора стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

9. Юридические адреса, банковские реквизиты и подписи сторон

«Исполнитель»:

Государственное бюджетное учреждение Рязанской области
«Городская клиническая больница №11» (ГБУ РО «ГКБ №11»)
390037, Российская Федерация, Рязанская область, г. Рязань, ул. Новосёлов, д. 26/17
тел. (4912) 27-99-27, (4912) 27-87-11, 8 (910) 630-01-71, 8 (910) 610-30-47
ИНН 6230001056, КПП 623001001; р/с 40601810000001000001
УФК по Рязанской области (ГБУ РО «ГКБ №11», л/с 20596У41770)
Отделение Рязань г. Рязань, БИК 046126001

_____/_____
(подпись) / (расшифровка)

М.П.

«Потребитель»:

Ф. И. О.: _____

Адрес места жительства: _____

Паспорт: _____

_____/_____
(подпись) / (расшифровка)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
пациента на выполнение медицинского вмешательства

Я _____, зарегистрированный/ая по адресу: _____,

в соответствии со ст. 20 Федерального закона №323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие на выполнение медицинских вмешательств, в т. ч. включённых в Перечень определённых видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утверждённый приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 №390н (далее – Перечень), для получения медицинской помощи в Государственном бюджетном учреждении Рязанской области «Городская клиническая больница №11». В доступной для меня форме информирован/а о состоянии моего здоровья, результатах обследования, наличии заболевания, его прогнозе, о порядках и стандартах оказания медицинской помощи, мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их объём, связанные с ними риски и последствия, в том числе вероятность развития осложнений, предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включённых в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Я согласен/на и доверяю медицинскому персоналу выполнять все необходимые медицинские вмешательства в соответствии с моим состоянием здоровья, информация о профессиональном образовании и квалификации медицинского работника была предоставлена.

Я понимаю, что в ходе выполнения медицинских действий может возникнуть необходимость выполнения другого вмешательства, исследования или операции. Я доверяю медицинскому персоналу (врачу его коллегам) принимать соответствующее решение в соответствии с их профессиональным суждением и выполнять любые медицинские действия, которые врач сочтёт необходимыми для улучшения моего состояния.

Я согласен/на на переливание крови и её компонентов, если возникнет такая необходимость.

Я разрешаю медицинскому персоналу (моему лечащему врачу или заведующему отделением), где я лечусь, давать сведения о моём состоянии здоровья и заболевании, методах необходимого лечения и прогнозе заболевания (сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь) _____

(указать кому, Ф. И. О. гражданина, контактный телефон)

Я уведомлен/а и согласен/на с тем, что медицинская помощь мне предоставляется в соответствии с Прейскурантом платных услуг, действующим в учреждении.

Согласен на обработку своих персональных данных в целях и порядке, предусмотренных действующим законодательством РФ. Уведомлен, что не должен давать денежные средства сотрудникам за медицинскую помощь без оформления бухгалтерских документов (квитанции, приходного кассового ордера). Дача денежных средств сотрудникам больницы без вышеуказанных документов согласно ст. 291 УК РФ расценивается как дача взятки и влечёт за собой привлечение к уголовной ответственности, наказывается штрафом в размере до пятисот тысяч рублей, или в размере заработной платы или иного дохода осуждённого за период до одного года, или в размере от пятикратной до тридцатикратной суммы взятки, либо исправительными работами на срок до двух лет с лишением права занимать определённые должности или заниматься определённой деятельностью на срок до трёх лет или без такового, либо принудительными работами на срок до трёх лет, либо лишением свободы на срок до двух лет со штрафом в размере от пятикратной до десятикратной суммы взятки или без такового. Извещен/а, что о случаях требования сотрудниками денежных средств сообщать администрации по телефонам: 8 (910) 630-01-71, 8 (910) 610-30-47, (4912) 27-99-27, (4912) 27-87-11, или устно обращаться в приёмную главного врача или заместителя главного врача.

_____/_____
(подпись) (Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина)

« _____ » _____
(дата)