

УВЕДОМЛЕНИЕ

Настоящим подтверждаю, что до заключения Договора на оказание платных медицинских услуг Я уведомлен(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (ответственного медицинского работника), в том числе назначенного режима лечения, отказ от лечения, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут снизить качество предоставляемых платных медицинских услуг (осложнить процесс лечения), повлечь за собой невозможность их завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

_____ (Фамилия Имя Отчество, подпись)

ДОГОВОР ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № _____

г. Тюмень

« _____ » _____ 202 _____ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Родильный дом №2», зарегистрировано 28 июня 2001 г. Регистрационной палатой г.Тюмени №1686 (ЕГРЮЛ серия 72 №000409020, выдано Инспекцией МНС России по г.Тюмени №3 10.01.2003г.) в лице главного врача Максюковой Елены Николаевны, действующего на основании Устава и Лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01107-72/00360569 от 10 августа 2020 года, выданной Департаментом здравоохранения Тюменской области, в соответствии, с которой организуются и выполняются следующие виды работ (услуг): при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной (в том числе высокотехнологичной) медико-санитарной помощи: в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях дневного стационара по: акушерскому делу, акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности), медицинской статистике, анестезиологии и реаниматологии, вакцинации, диетологии, лабораторной диагностике, неврологии, неонатологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, рентгенологии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, терапии, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, функциональной диагностике, физиотерапии; при проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз по: медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым), экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности.

именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и Гражданин(ка) _____

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

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему Договору Исполнитель, в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья обязуется оказать Заказчику (либо указанному им Пациенту по его поручению) следующие платные медицинские услуги (далее по тексту – «ПМУ»):

№ п/п	Наименование услуги	Цена (руб.)
1		
2		
	Итого:	

1.1.1. Пациентом по данному договору является: _____

1.2. ПМУ предоставляются Пациенту на возмездной основе по его добровольному желанию в связи (нужное подчеркнуть):

1.2.1. отсутствием у Пациента полиса обязательного медицинского страхования;

1.2.2. необходимостью оказания услуг сверх объемов, предусмотренных территориальной Программой государственной гарантии;

1.2.3. оказание плановой медицинской помощи вне общей очереди при недопущении ухудшений условий оказания медицинской помощи лицам имеющим право на бесплатную медицинскую помощь;

1.2.4. медицинские услуги, проводимые в порядке личной инициативы граждан при отсутствии соответствующего назначения врача;

1.2.5. услуги повышенного стандарта качества;

1.2.6. индивидуальный медицинский пост (без медицинских показаний);

1.2.7. медицинская услуга осуществляется анонимно;

1.2.8. пройти в день обращения;

1.2.9. _____ (указать иную причину).

1.3. Заказчик (пациент) обязуется оплатить оказанные услуги в соответствии с условиями данного Договора.

1.4. Срок предоставления медицинских услуг: с момента заключения настоящего договора по « _____ » _____ 202 _____ г.

1.5. В случае изменения срока оказания медицинских услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью данного договора.

2. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ ПМУ

2.1. Подписанием настоящего договора Заказчик в безусловном порядке подтверждает, что до Заказчика (Пациента) в понятной и доступной для них форме, до момента заключения Договора доведена следующая информация:

2.1.1. Исполнитель является участником Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной Постановлением Правительства РФ (далее ППГ), территориальной Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Тюменской области (далее ТППГ);

2.1.2. При оказании платных медицинских услуг Заказчик подтверждает, что ознакомился со следующей информацией, которая размещена в местах общего доступа на информационных стендах Исполнителя и на официальном сайте <https://roddom2tumen.ru/>:

- отдельные медицинские услуги, указанные в Прейскуранте Исполнителя, входящие в ППГ и ТППГ могут быть получены Пациентом бесплатно, в порядке и на условиях, предусмотренных ППГ и ТППГ, в том числе и в иных медицинских организациях, участвующих в реализации ППГ и ТППГ.

- сроки ожидания бесплатной медицинской помощи;

- сроки ожидания платной медицинской помощи;

- график работы и перечень врачей, оказывающих платные медицинские услуги;

- перечень льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг, а также перечень лиц, которые могут претендовать на льготы;

2.1.3. Заказчик по своему усмотрению сделал добровольный и осознанный выбор об оказании Пациенту платных медицинских услуг в соответствии с прейскурантом цен Исполнителя и отказался от получения соответствующей бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Тюменской области;

2.1.4. Подписанием настоящего Договора Заказчик выражает свою волю Исполнителю определить по результатам первичного приема и/или диагностики объем необходимой медицинской помощи и оказать ее в требуемом объеме;

2.2. Продолжительность оказания ПМУ, ее содержание, ход и объем отражаются в медицинской документации.

2.3. В связи с оказанием ПМУ существует вероятность наступления осложнений, о возможности которых Исполнитель информирует Пациента; Исполнитель не несет ответственности за наступление осложнений, если ПМУ оказана с соблюдением всех установленных требований.

2.4. ПМУ предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Пациента (Заказчика), согласия на обработку персональных данных, согласия на медицинское вмешательство.

2.5. Форма и способы направления обращений (жалоб) при возникновении вопросов при оказании платных медицинских услуг:

2.5.1. Письменно: через приемную Главного врача, на электронную почту по адресу rd2@med-to.ru, а также путем направления обращения по почте по адресу: 625027, г. Тюмень, ул. Холодильная, 58.

2.5.2. Лично: на приеме у руководителей организации (график приема размещен в местах общего доступа и на сайте <https://roddom2tumen.ru/>);

2.5.3. На горячую линию Департамента здравоохранения Тюменской области по телефону (3452) 68-45-65 либо путем подачи обращения на сайте <https://dz.admtumen.ru/>

3. ЦЕНА, ПОРЯДОК РА СЧЕТОВ

3.1. Стоимость ПМУ определяется на основании Прейскуранта цен платных медицинских услуг, действующего на момент оказания ПМУ, утвержденных Исполнителем и размещенным в местах общего доступа на информационных стендах, а также в сети интернет на официальном сайте Исполнителя <https://roddom2tumen.ru/> и составляет: _____ (_____) руб. 00 копеек.

3.2. Заказчик обязан оплатить оказанные по договору услуги в полном объеме. Оплата ПМУ по настоящему Договору осуществляется по факту оказания услуги при подписании Акта выполненных работ.

3.3. С согласия Заказчика оплата ПМУ может также производиться при заключении договора в полном размере в порядке 100% предоплаты _____ (ФИО, подпись).

3.4. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Пациенту услуг, предусмотренный настоящим Договором, сократится, либо оказание услуг в рамках настоящего Договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают

соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора, при этом Пациент оплачивает сумму за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, в случае предоплаты, возвращается Пациенту не позднее десяти дней с момента окончательных расчетов.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Исполнитель обязуется:

- 4.1.1. Оказать Пациенту ПМУ в соответствии с перечнем оказываемых Пациенту платных медицинских услуг, согласно п. 1.1. настоящего Договора.
- 4.1.2. Оказывать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором, после внесения Заказчиком денежных средств, в порядке, определенном разделом 3 настоящего Договора.
- 4.1.3. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.
- 4.1.4. Исполнитель обязан предоставить дополнительные медицинские услуги по экстренным показаниям, для устранения угрозы жизни Пациента, при внезапных острых заболеваниях и осложнениях, без взимания платы.
- 4.1.5. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством РФ порядке.
- 4.1.6. Немедленно извещать Пациента о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.
- 4.1.7. В случае, если требуются дополнительно оплачиваемые медицинские услуги, стороны заключают дополнительное соглашение к настоящему Договору либо новый Договор на оказание ПМУ.
- 4.1.8. Исполнитель обязан соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся здоровья Пациента.

4.2. Исполнитель вправе:

- 4.2.1. По согласованию с Заказчиком назначить конкретных исполнителей по оказанию ПМУ _____.
- 4.2.2. Указать время, условия оказания ПМУ в соответствии с режимом работы Исполнителя.
- 4.2.3. При выявлении противопоказаний к оказываемым услугам отказать Пациенту в проведении лечебно-диагностических процедур.

4.3. Заказчик обязуется:

- 4.3.1. Оплатить ПМУ в порядке, определенном разделом 3 настоящего Договора.
- 4.3.2. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, предоставляющих платные медицинские услуги по настоящему Договору.
- 4.3.3. При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) о любых изменениях самочувствия.
- 4.3.4. Отказаться на весь период предоставления медицинских услуг по настоящему Договору, от употребления наркотиков и лекарств, их содержащих, психотропных препаратов, алкогольсодержащих напитков.
- 4.3.5. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Исполнителем (медицинским работником, предоставляющим платные медицинские услуги) употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав и т. Д.
- 4.3.6. Соблюдать график приема медицинских работников, предоставляющих медицинские услуги по настоящему Договору.
- 4.3.7. Соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в медицинской организации.

4.4. Заказчик (Пациент) вправе:

- 4.4.1. На получение качественной медицинской помощи в соответствии с действующим законодательством и настоящим Договором.
- 4.4.2. Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.
- 5.2. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам оказания услуг Заказчик вправе по своему выбору: 1) назначить новый срок оказания ПМУ; 2) потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги; 3) потребовать исполнения услуги другим специалистом; 4) расторгнуть настоящий договор и потребовать возмещения убытков.
- 5.3. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, а также защиты прав потребителей.
- 5.4. Стороны освобождаются от ответственности за исполнение обязательств, в случае форс-мажорных обстоятельств.

6. ЗМЕНИЕ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

- 6.1. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, требующие взаимного согласия Сторон, совершаются в письменной форме и подписываются уполномоченными на то представителями.
- 6.2. Стороны вправе расторгнуть договор по взаимному согласию, а также по основаниям, предусмотренным действующим законодательством.
- 6.3. Заказчик в любое время может расторгнуть договор, оплатив Исполнителю фактически оказанные медицинские услуги и понесенные расходы.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 7.1. Договор на оказание медицинских услуг заключен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, для каждой Стороны.
- 7.2. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, стороны будут решать по возможности путем переговоров, срок ответа на претензию – 10 дней, либо передать спор на рассмотрение суда, в соответствии с законодательством РФ.
- 7.3. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами. Договор может быть подписан Сторонами с применением факсимильной подписи.
- 7.4. В течение одного рабочего дня после исполнения настоящего Договора Исполнителем выдаются Пациенту (законному представителю Пациента) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг, включая результаты обследования, диагноз, методы лечения и т.д.

8. ПОДПИСИ И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Заказчик: ФИО: Паспорт: серия: № Выдан: Место регистрации: Телефон: _____ (подпись, ФИО)	Пациент: ФИО: Паспорт: серия: № Выдан: Место регистрации: Телефон: _____ (подпись, ФИО)	Исполнитель: ГБУЗ ТО «Роддом №2», 625027, г. Тюмень, ул. Холодильная, 58 ОГРН 10372000552278 ИНН 720 311 62 75 КПП 720 301 001 Департамент финансов Тюменской области (ГБУЗ ТО «Роддом № 2» ЛС001131100РОДХ) Номер счета банка получателя: 40102810945370000060 Номер счета получателя: 03224643710000006700 ОТДЕЛЕНИЕ ТЮМЕНЬ БАНКА РОССИИ//УФК ПО ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ г Тюмень Главный врач _____ Е.Н. Максикова (м.п.)
--	---	---

Акт об оказании услуг к договору возмездного оказания медицинских услуг № _____

г. Тюмень _____ « _____ » 202 _____ г.
ГБУЗ ТО «Роддом №2», в лице главного врача Максиковой Елены Николаевны, действующего на основании Устава и Лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01107-72/00360569 от 10 августа 2020 года, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка) _____ именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик» (Пациент), с другой стороны, составили настоящий акт о нижеследующем:

1. Качество, объем, срок исполнения услуг удовлетворяет требованиям Пациента. Претензий по поводу оказанных услуг Пациент не имеет.
2. Общая стоимость оказанных услуг составляет _____ (_____) руб. 00 копеек.

Заказчик:
V _____ / _____
(подпись) (ФИО)

Исполнитель:
Главный врач ГБУЗ ТО «Роддом №2»
_____ **Е.Н. Максикова**
м.п.,