

ДОГОВОР №

на оказание платных медицинских услуг

г.Курган, РФ

г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени академика Г.А. Илизарова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице заместителя главного врача по лечебной работе Самылова Вадима Викторовича, действующего на основании Доверенности № 4 от 31.01.2025г., с одной стороны, и _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель/Заказчик», с другой стороны, вместе именуемые "Стороны", заключили настоящий договор (далее – договор) о нижеследующем:

1. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА

1.1 Сведения об Исполнителе:

Наименование: федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени академика Г.А. Илизарова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (сокращенное наименование: ФГБУ «НМИЦ ТО имени академика Г.А. Илизарова» Минздрава России)

Адрес места нахождения: 640021, Россия, Курганская область, г. Курган, улица Марии Ульяновой, д.6, бокс №36

ОГРН: 1024500526885 ИНН: 4501022210

Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-00110-45/00363751 от 30.04.2020 г., выданная Территориальным органом Росздравнадзора по Курганской области (адрес Территориального органа Росздравнадзора по Курганской области: г. Курган, ул. Ленина, д. 5, тел. 46-68-66), срок действия лицензии: бессрочно.

1.2. Сведения о Потребителе (в том числе, если заказчик и потребитель являются одним лицом):

_____, дата рождения _____ г., данные документа, удостоверяющего личность: Паспорт гражданина РФ (вид документа) _____ (серия) _____ (номер) _____ (кем, когда выдан), Адрес места жительства: _____, Телефон _____

Адрес места жительства: _____

Телефон _____

1.3. Сведения о Заказчике (законном представителе Потребителя или лице, заключающем договор от имени Потребителя):

_____, дата рождения _____ г., данные документа, удостоверяющего личность: Паспорт гражданина РФ (вид документа) _____ (серия) _____ (номер) _____ (кем, когда выдан),

Адрес места жительства: _____

Телефон _____

2. Предмет договора

2.1. По настоящему договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя/Заказчика, в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об основах охраны здоровья граждан, обязуется оказать медицинские услуги:

| № | Наименование услуги | Ед изм | Количество | Цена | Сумма, руб. | Всего |
|--------|---------------------|--------|------------|------|-------------|-------|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| ИТОГО: | | | | | | |

2.3. Исполнитель оказывает медицинские услуги Потребителю/Заказчику, согласно режиму работы Исполнителя, по месту своего нахождения по адресу: Курганская область, г. Курган, ул. М. Ульяновой, 6, в соответствии с Правилами предоставления платных медицинских услуг, утвержденных Приказом ФГБУ «НМИЦ ТО имени академика Г.А. Илизарова» Минздрава России № 99 дата 04.03.2024г.

3. Стоимость услуг, сроки и порядок их оплаты

3.1. Стоимость медицинских услуг определяется на основании Прейскуранта на платные медицинские и иные услуги, утвержденного Исполнителем и действующего с 12.01.2026 г. и составляет :

_____ -00 (_____ рубля 00 копеек), без НДС.

3.2. Исполнитель, в соответствии с законодательством РФ выдает Заказчику документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

3.3. Заказчик осуществляет 100% предоплату медицинских услуг, указанных в п. 2.1. Договора, наличными денежными средствами через кассу Исполнителя, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, указанного в настоящем Договоре.

3.4. При возникновении необходимости оказания дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, они выполняются с согласия Потребителя/Заказчика с оплатой по утвержденному прейскуранту, с заключением дополнительного соглашения к настоящему Договору, либо отдельного договора на оказание платных медицинских услуг.

3.5. При уменьшении стоимости оказанных услуг по настоящему Договору, возврат денежных средств производится Заказчику.

4. Права и обязанности Сторон

4.1. Исполнитель обязан:

4.1.1. оказать Потребителю медицинские услуги надлежащего качества, в полном объеме согласно условиям настоящего Договора, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации;

4.1.2. предоставить в доступной форме Потребителю информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинских услуг без взимания платы в рамках программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - программа), сроки ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно (***) пункт не применяется для иностранных граждан);

4.1.3. предоставить Потребителю/Заказчику в доступной форме информацию, содержащую сведения об Исполнителе, информацию о предоставляемых платных медицинских услугах, информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи, другие сведения, относящиеся к предмету договора, сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг;

4.1.4. предоставить Потребителю/Заказчику информацию о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательствах, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

4.1.5. до заключения договора уведомить Потребителя/Заказчика о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

4.1.6. сохранять конфиденциальность информации о факте обращения Потребителя за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.1.7. вести всю необходимую медицинскую документацию в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации. После оказания медицинских услуг выдать Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья.

4.1.8. предупредить Потребителя предоставления на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, в случае необходимости предоставления таких услуг.

4.1.9. предоставить Потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

а) о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

б) 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, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

4.1.10. Предупредить Потребителя/Заказчика о том, что согласно ч.2 ст.11 Федерального закона №38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», в случае выявления ВИЧ-инфекции у иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации, они подлежат депортации из Российской Федерации в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. (***)пункт применяется для иностранных граждан)

4.2. Права Исполнителя:

4.2.1. на оплату предоставленной Потребителю медицинской услуги в срок и в порядке, которые определены договором;

4.2.2. получить от Потребителя следующие сведения: фамилия, имя и отчество, адрес места жительства и телефон Потребителя, а также иные сведения, необходимые для заключения договора и оказания медицинских услуг;

4.2.3. фиксировать в медицинской документации Потребителя все случаи, которые могут оказать влияние на ход лечения (реабилитации), по каждому факту нарушений составлять соответствующий Акт.

4.2.4. при отказе Потребителя от исполнения Договора требовать от Потребителя оплаты фактически понесенных Исполнителем расходов.

4.2.5. Расторгнуть Договор в случае невыполнения Потребителем условий настоящего Договора.

4.2.6. при оказании медицинских услуг по настоящему Договору, сотрудничать с иными медицинскими организациями и специалистами.

4.3. Потребитель (Законный представитель) обязан:

4.3.1. сообщить Исполнителю все сведения о наличии у Потребителя непереносимости или аллергических реакций на приём каких-либо препаратов, о проведении процедур или иного медицинского вмешательства в организм, а также о наличии у него ранее установленных заболеваний, которые могут осложнить процедуру лечения в клинике Исполнителя. При наличии тяжелого сопутствующего заболевания, малого или пожилого возраста Пациента необходимо иметь сопровождающее его лицо.

4.3.2. соблюдать санитарно-эпидемиологический и лечебно-охранительный режим учреждения Исполнителя; соблюдать правила внутреннего распорядка для пациентов; выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения.

4.3.3. предоставить Исполнителю следующие сведения: фамилия, имя и отчество, адрес места жительства и телефон Потребителя, а также иные сведения, необходимые для заключения договора и оказания медицинских услуг.

4.3.4.оплатить предоставленную Исполнителем медицинскую услугу в порядке, сроке и на условиях, установленных настоящим Договором;

4.3.5. при отказе Потребителя (Заказчика, Законного представителя) от исполнения Договора, оплатить Исполнителю фактически понесенные расходы;

4.3.6 своевременно подписать Акт об оказании платных медицинских услуг.

4.4. Права Потребителя (Законного представителя):

4.4.1. получать медицинские услуги в соответствии с п. 2.1. настоящего Договора;

4.4.2. получить информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, диагнозе и прогнозе, ознакомиться с документами и/или информацией, указанными в пунктах 4.1.2.- 4.1.5. договора.

4.4.3. получить от Исполнителя документы, необходимые для оплаты предоставленных медицинских услуг, а также документ, подтверждающий произведенную оплату.

4.4.4. отказаться от исполнения обязательств по Договору при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

4.5. Стороны обязуются соблюдать конфиденциальность о лечебной, финансовой и иной информации, полученной от другой Стороны при исполнении настоящего Договора.

5. Порядок изменения и расторжения Договора

5.1. Условия, на которых заключен настоящий Договор, могут быть изменены по соглашению Сторон или в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.4. В случае расторжения Договора по вине Потребителя медицинские услуги подлежат оплате в объеме фактически понесенных Исполнителем расходов.

6.6. Все спорные вопросы по настоящему Договору решаются путем переговоров. Если согласие не достигнуто, то спор передается на рассмотрение Курганского городского суда Курганской области, с соблюдением претензионного порядка. Срок рассмотрения претензии – 10 рабочих дней с момента получения.

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

- Информированное добровольное согласие пациента/законного представителя на предоставление платных медицинских услуг (Приложение №1).

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>8.1 Исполнитель:</p> <p>Юридический адрес: ул. М. Ульяновой, 6, г. Курган, 640021, бокс №36 ИНН 4501022210 КПП 450101001 ОГРН 1024500526885 УФК по Новосибирской области (ФГБУ «НМИЦ ТО имени академика Г.А. Илизарова» Минздрава России, л/с 20436Х09140) Единый казначейский счет 40102810445370000043 Казначейский счет 03214643000000015110 БИК 015004950 Банк СИБИРСКОЕ ГУ БАНКА РОССИИ/УФК по Новосибирской области, г. Новосибирск ОКТМО 37701000 ОКПО 01966443 Тел. (3522) 45-47-47, 45-17-96; тел./факс 45-40-60, 45-45-05</p> | | <p>8.2. Заказчик:</p> <p>Ф.И.О. Дата рождения</p> <p>Паспорт серия, Паспорт гражданина РФ серия номер Выдан:</p> <p>Домашний адрес: Телефон:</p> | |
| <p>Зам. главного врача по лечебной работе В. В. Самылов</p> | | <p>МП /</p> | |

Информированное добровольное согласие пациента
на предоставление платных медицинских услуг

На основании ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и в соответствии с требованиями «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 N 736,

Я, _____, дата рождения _____
в рамках договора № _____ от _____ г.

даю свое добровольное согласие на предоставление мне/лицу мной представляемому медицинских услуг в ФГБУ «НМИЦ ТО имени академика Г.А. Илизарова» Минздрава России (далее — Учреждение), по адресу: г. 640021, г. Курган, ул. М.Ульяновой, д. 6 (бокс №36) на платной основе.

1. При этом мне разъяснено и понятно право на получение бесплатной медицинской помощи, в том числе схожих медицинских услуг, в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Я ознакомился(ась) с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, «Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи в г. Кургане», об условиях и сроках получения бесплатной медицинской помощи информирован(а). Мне разъяснен порядок оказания бесплатной медицинской помощи. Получив от сотрудников Учреждения полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в данном Учреждении, даю свое добровольное согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов(а) их оплатить. (***)пункт не применяется для иностранных граждан).

2. Мне разъяснено и я осознаю, что проводимое лечение не гарантирует мне/лицу мной представляемому (Пациент) 100% результат.

3. Я согласен(на) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Учреждение не несет ответственности за их возникновение.

4. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я/лицо мной представляемое (Пациент) должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей Учреждения. Несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

5. Я проинформирован(а), что платные медицинские услуги не гарантируют внеочередного получения услуги.

6. Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками и условиями оказания и порядком оплаты медицинских услуг, предоставляемых Учреждением.

7. Я изъявляю желание заключить договор на оказание платных медицинских и иных услуг с ФГБУ «НМИЦ ТО имени академика Г.А. Илизарова» Минздрава России.

г.

Пациент _____ / _____ /
Подпись

Настоящее информированное добровольное согласие подписано Пациентом/ законным представителем после проведения разъяснительной беседы и является приложением к Договору об оказании платных медицинских услуг.