

**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_**  
**на оказание платных медицинских услуг**

г. Уфа

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Городская детская клиническая больница № 17 города Уфы, ул.Свободы, 29 ОГРН 1030204438747, ИНН 0277013480 свидетельство серии 02 №007169725, выдано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы от 13.01.2015 г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», действующее на основании Лицензии на медицинскую деятельность № ЛО-02-01-007700 выданной Министерством здравоохранения Республики Башкортостан от 19.03.2020 г., расположенного по адресу: Республики Башкортостан, г.Уфа. ул. Тукаева, 23, т. 8(347) 218-00-81 в лице главного врача Шагизовой Дилары Раисовны действующего на основании Устава, и «Заказчик» \_\_\_\_\_ паспорт РФ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_ зарег. по адресу: \_\_\_\_\_, тел. \_\_\_\_\_ именуемый далее «Потребитель» заключили настоящий договор о следующем:

**1. Предмет договора, объем услуг.**

1.1. По настоящему договору Учреждение от лица «Исполнитель» \_\_\_\_\_ обязуется оказать Потребитель медицинские услуги, в соответствии с Прейскурантом цен на оказание платных медицинских услуг, действующим в Учреждении на момент оказания медицинской услуги, а Потребитель обязуется принять и оплатить эти услуги.

Код услуги по приказу 804н	Наименование услуги	Кол-во	Срок исполнения	Цена по прейскуранту, руб.	Итого сумма к оплате, руб.

1.2. Стоимость договора (прописью) \_\_\_\_\_

1.3. В момент подписания настоящего договора «Потребитель» ознакомлен с перечнем работ (услуг), отраженных в выписке из реестра лицензий на медицинскую деятельность, прейскурантом цен «Исполнителя», понимает содержащуюся в нем информацию, согласен с действующими ценами на медицинские услуги, а также уведомлен о том, что оплаченные денежные средства по настоящему договору не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования.

Потребитель (Заказчик) проинформирован, что ГБУЗ РБ ГДКБ № 17 города Уфа участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Потребитель (Заказчик) проинформирован о возможности получить соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа).

(подпись)

(расшифровка подписи)

1.4. «Исполнитель» оказывает услуги по настоящему договору в своих структурных подразделениях, согласно режима работы;

1.5. Подписывая настоящий договор, Потребитель 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, и дает добровольное согласие на медицинское вмешательство, а также же о сроках ожидания предоставления платных медицинских услуг (Приложение № 1 к настоящему договору).

1.6. Потребитель в доступной форме уведомлен о том, что данные медицинские услуги могут быть ему оказаны на бесплатной основе в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи в Республике Башкортостан, и в соответствии с правилами их предоставления, и отказывается от получения ее на бесплатной основе, а также альтернативного вида медицинской помощи на бесплатной основе (Приложение № 2 к договору).

1.7. Потребитель ознакомлен с Прейскурантом цен на оказание платных медицинских услуг, режимом работы Учреждения, перечнем категорий потребителей, имеющих право на получение льгот, а также перечень льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг, а так же Правилами поведения пациентов и посетителей, которые действуют в Учреждении и находятся для ознакомления на стенде в холле Учреждения.

1.8. Медицинская услуга считается оказанной после подписания акта оказанных медицинских услуг (Приложение № 3 к договору).

**2. Порядок расчетов**

2.1. Оплата предоставленных услуг производится в день оказания соответствующей услуги, в случае оказания медицинских услуг в стационаре учреждения оплата производится в течении 5 дней, способом внесения наличных денег в кассу ГБУЗ РБ ГДКБ № 17 города Уфа, либо безналичным расчетом через терминал с использованием дебетовых и кредитных карт Visa, Mastercard, Мир;

2.2. Цена медицинских услуг может быть увеличена в связи с продлением срока лечения, увеличения срока и объема оказываемых услуг (по согласованию сторон), увеличения фактических затрат на лечение. Проведения дополнительных диагностических, лечебных мероприятий и в силу других обстоятельств. В этом случае оформляется дополнительное соглашение к настоящему договору и «Заказчик» производит дополнительную оплату. При невыполнении или уменьшении оказанных медицинских услуг «Исполнитель» в течение 15-ти дневный срок возвращает «Заказчику» соответственно оплаченную сумму или разницу между оплаченной суммой и стоимостью оказанных услуг.

**3. Права и обязанности сторон****3.1. Потребитель обязуется:**

3.1.1. до назначения курса лечения сообщить лечащему врачу все сведения о наличии у него других заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, а также другую информацию, влияющую на протекание или лечение заболевания;

3.1.2. соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в медицинской организации. 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 ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя (Заказчика);

3.1.3. соблюдать график приема врачей-специалистов;

3.1.4. соблюдать внутренний режим утвержденный Исполнителем;

3.1.5. при прохождении курса лечения сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия;

3.1.6. отказаться на весь курс лечения от употребления наркотиков и лекарств их содержащих, психотропных или иных препаратов, алкогольсодержащих напитков;

3.1.7. согласовывать с лечащим или дежурным врачом употребление любых лекарственных препаратов, лекарств, косметических средств

3.1.8. принимать во внимание и согласиться с тем, что после оказания стоматологических услуг могут возникнуть некоторые неудобства и болезненные ощущения, которые не могут считаться недостатком медицинской услуги, так как являются неотъемлемой частью процесса адаптации организма, процесса заживления и восстановления зубочелюстной системы;

3.1.9. при невозможности посещения врача в назначенное время заранее предупредить об этом через регистратуру по телефону: 8(347)246-74-00;

### 3.2. Потребитель имеет право:

3.2.1. требовать от Исполнителя предоставления сведений о наличии лицензии и сертификата, расчета стоимости оказываемых услуг;

3.2.2. выбрать лечащего врача (с учетом его согласия);

3.2.3. получать от Исполнителя для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме любые сведения о состоянии своего здоровья, протекании лечения, данные промежуточных обследований, результаты анализов, протоколы консилиумов и т.д.;

3.2.4. отказаться от медицинского вмешательства (в письменной форме);

3.2.5. требовать сохранения конфиденциальности (врачебной тайны); информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии

3.2.6. дать добровольное согласие на медицинское вмешательство;

3.2.7. получить в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

### 3.3. Исполнитель обязуется:

3.3.1. оказать медицинские услуги качественно, в соответствии с предусмотренными медицинскими технологиями и в срок, указанный в данном Договоре;

3.3.2. использовать в процессе лечения только лицензированные, запатентованные способы, рекомендованные российской и общемировой медицинской практикой;

3.3.3. в случае невыполнения взятых обязательств возместить Потребителю стоимость лечения.

### 3.4. Исполнитель имеет право:

3.4.1. Требовать от Потребителя соблюдения:

- графика прохождения процедур;

- соблюдения внутреннего режима утвержденного Исполнителем;

- соблюдения режима приема лекарственных препаратов, режима питания и других предписаний;

3.4.2. В случае возникновения неотложных состояний Исполнитель имеет право

самостоятельно определять объем исследований и оперативных вмешательств, необходимых

для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных настоящим Договором.

## 4. Обработка персональных данных

4.1. В соответствии со ст. 9 ФЗ 152-ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных", Потребитель дает свое согласие на обработку Учреждением своих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, дату рождения, адрес места жительства, ИНН, СНИЛС, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется с целью организации взаиморасчетов за оказанные Пациенту медицинские услуги.

4.2. Персональные данные Потребителя будут обрабатываться способами, включающими в себя: сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, блокирование, уничтожение.

4.3. Подписанием настоящего договора Потребитель дает согласие на обработку своих персональных данных, которое действует бессрочно.

4.4. Потребитель оставляет за собой право отозвать свое согласие в письменной форме, направленное в адрес Учреждения по почте, при этом Учреждение обязано прекратить обработку персональных данных в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов.

Подпись \_\_\_\_\_ Ф.И.О. \_\_\_\_\_

## 5. Ответственность сторон

5.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязанностей по договору Исполнитель несет ответственность в размере реального ущерба, причиненного Потребителю таким неисполнением, претензии по надлежащему исполнению медицинских услуг от «Потребителя» принимаются в течение 30 дней в письменной форме.

5.2. В случае причинения вреда здоровью или жизни Потребителя по вине Исполнителя он несет ответственность в соответствии с законодательством РФ.

5.3. Лицо, ответственное за лечебную работу, обязано в течение суток рассмотреть заявление и в случае необходимости принять меры:

- назначить новый срок оказания услуг;

- уменьшить стоимость предоставленной услуги;

- определить другого специалиста для исполнения услуги;

- вернуть денежные средства по договору, а так же возместить все убытки по договору.

5.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Потребителем условий настоящего Договора.

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

5.6. За нарушение санитарно-эпидемиологического режима Учреждения, повлекшее за собой причинение ущерба Учреждению, Потребитель обязан возместить причиненные убытки.

5.7. За нарушение рекомендаций Учреждения, отразившихся на ходе оказания услуги, либо делающее невозможным оказание услуги в установленные сторонами сроки, Потребитель обязан возместить Учреждению возникшие вследствие этого убытки.

## 6. Срок действия договора

6.1. Настоящий договор вступает в силу с даты подписания и действует до полного выполнения сторонами своих обязательств. Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке при нарушении условий одной из сторон.

6.2. Изменение и расторжение договора возможны по соглашению сторон, если иное не предусмотрено настоящим Договором.

6.3. Сторона, считающая, что ее права по настоящему договору нарушены, вправе направить другой стороне письмо с изложением своих претензий. Сторона, получившая претензию, обязана ответить на нее в 10-дневный срок с момента получения. В случае неполучения ответа, сторона, пославшая претензию, может обратиться в суд за защитой своих прав.

## 7. Прочие условия.

7.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, стороны будут по возможности решать путем ведения переговоров. При невозможности достижения согласия спор подлежит передаче на рассмотрение суда в соответствии с законодательством РФ. Информация о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации, а также почтовый адрес или адрес электронной почты (при наличии), на которые может быть направлено обращение (жалоба) размещены на стендах учреждения.

7.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами.

7.3. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и завершается получением Потребителем Услуги (подтверждением получения пациентом Услуги является заключение по результатам диагностического обследования или выписка из истории болезни).

7.4. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе любой из сторон с обязательным предварительным уведомлением другой стороны.

здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»). Выписка из реестра лицензий по состоянию на ..... года размещена на официальном сайте учреждения [http:// stomat4.ru /](http://stomat4.ru/) и на стендах в холлах учреждения.

«Исполнитель»  
ГБУЗ РБ ГДКБ № 17 г. Уфа  
450065, РБ, г.Уфа, ул. Свободы, 29

«Потребитель»

Шагиева Д.Р.

(подпись)

(подпись)

(Ф.И.О.)

Приложение № 1 к договору № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

### Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество – полностью)  
года рождения, проживающий(ая) по адресу:

\_\_\_\_\_ поставлен (поставлена) в известность, что я (представляемый) госпитализирован (госпитализирована) в отделение \_\_\_\_\_

(указать название или профиль отделения)

- Мне, согласно моей воли даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);

- Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать;

- Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому): опроса, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; предоставляю полную и имеющуюся на сегодняшний день информацию о состоянии моего здоровья.

Я информирован(а), что в ряде конкретных случаев хирургическое вмешательство является единственным.

Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

- Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;

- Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

- Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- Я согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам:

Подпись пациента (законного представителя) \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Расписался в моем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_

(подпись)

(Должность, И.О. Фамилия)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА  
НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НА ПЛАТНОЙ ОСНОВЕ**

В соответствии со ст.84 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 21.07.2014 г.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», я, \_\_\_\_\_, желаю получить платные медицинские услуги в \_\_\_\_\_. Я в доступной для меня информационной форме ознакомлен(а) с порядком оказания медицинских услуг в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи в Республике Башкортостан.

От предложенной мне альтернативной медицинской помощи и бесплатной медицинской помощи ( \_\_\_\_\_ ),

(наименование услуги)

предложенной мне в порядке очередности на « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. отказываюсь.

Решение об отказе получения медицинской услуги бесплатно принято мной добровольно \_\_\_\_\_, без

(добровольно - прописью)

какого либо принуждения, в связи с \_\_\_\_\_

Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(а) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним за счет своих личных средств и иных источников дохода, не запрещенных действующим законодательством.

Я ознакомлена со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

Информацию до пациента довел: \_\_\_\_\_

(должность, ФИО)

\_\_\_\_\_ подпись врача

\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

(Ф.И.О пациента)

(подпись пациента)

## АКТ выполненных платных медицинских услуг

г. Уфа

«\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Городская детская клиническая больница № 17 города Уфы, ул.Свободы, 29 ОГРН 1030204438747, ИНН 0277013480 свидетельство серии 02 №007169725, выдано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы от 13.01.2015 г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», действующее на основании Лицензии на медицинскую деятельность № ЛО-02-01-007700 выданной Министерством здравоохранения Республики Башкортостан от 19.03.2020 г., расположенного по адресу: Республики Башкортостан, г.Уфа. ул. Тукаева, 23, т. 8(347) 218-00-81 в лице главного врача Шагиевой Дилары Раисовны действующего на основании Устава, и «Заказчик» \_\_\_\_\_ паспорт РФ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_ зарег. по адресу: \_\_\_\_\_, тел. \_\_\_\_\_ именуемый далее «Потребитель», составили настоящий акт о нижеследующем:

1. Учреждение оказало Пациенту платные медицинские услуги, предусмотренные договором оказания платных медицинских услуг от «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г., в период с «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. по «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г., которые отвечают требованиям, предъявляемым договором, оказаны в полном объеме, в оговоренные сроки и надлежащим образом. Лицо, оказавшее медицинские услуги: \_\_\_\_\_

(ФИО, должность, квалификация специалиста)

\_\_\_\_\_

2. Согласно вышеуказанному договору стоимость услуг составляет:

\_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_ копеек,

\_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_ копеек.

3. Общая сумма договора составляет: \_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_ копеек.

Пациент принял оказанные Учреждением услуги и претензий к их выполнению не имеет.

«Исполнитель»  
ГБУЗ РБ ГДКБ № 17 г. Уфа  
450065, РБ, г.Уфа, ул. Свободы, 29

«Потребитель»

Шагиева Д.Р.

(подпись)

(подпись)

(Ф.И.О.)

# СОГЛАШЕНИЕ

о расторжении Договора N \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

г. Уфа

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202 \_\_\_\_ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Городская детская клиническая больница № 17 города Уфы, ул.Свободы, 29 ОГРН 1030204438747, ИНН 0277013480 свидетельство серии 02 №007169725, выдано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы от 13.01.2015 г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», действующее на основании Лицензии на медицинскую деятельность № ЛО-02-01-007700 выданной Министерством здравоохранения Республики Башкортостан от 19.03.2020 г., расположенного по адресу: Республики Башкортостан, г.Уфа, ул. Тукаева, 23, т. 8(347) 218-00-81 в лице главного врача Шагиевой Дилары Раисовны действующего на основании Устава, и «Заказчик» \_\_\_\_\_ паспорт РФ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_

зарег. по адресу: \_\_\_\_\_, тел. \_\_\_\_\_ именуемый далее «Потребитель», а вместе – Стороны, заключили настоящее Соглашение о расторжении Договора:

1. Договор N \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г. «Возмездного оказания медицинских услуг» расторгается с момента подписания настоящего соглашения обеими сторонами.
2. Стороны по исполнению Договора претензий друг к другу не имеют.
3. Обязательства Сторон по Договору прекращаются с момента расторжения.
4. Настоящее Соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

ПОДПИСИ СТОРОН:

«Исполнитель»

«Потребитель»

ГБУЗ РБ ГДКБ № 17 г. Уфа  
450065, РБ, г.Уфа, ул. Свободы, 29

Шагиева Д.Р.

(подпись)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)