

для достижения эффективного результата от лечения, о необходимости соблюдения соответствующего режима как в период до оказания услуг, в период их оказания, так и в послеоперационный период, а также о возможных последствиях несоблюдения соответствующих требований и о возникновении возможных в связи с этим осложнений, используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях; получив в доступной форме информацию о правилах поведения в медицинских организациях -

даёт согласие на медицинское вмешательство и предоставление платных медицинских услуг, оговоренных в настоящем Договоре, в том числе и медицинских услуг, предусмотренных в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также в объёме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи

_____/_____.
подпись потребителя расшифровка подписи

1.7. Потребитель уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, в том числе и в послеоперационный период, могут снизить качество оказываемой услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя

_____/_____.
подпись потребителя расшифровка подписи

1.8. Порядок оказания медицинской помощи и условия предоставления платных медицинских услуг, режим работы Исполнителя по предоставлению платных медицинских услуг (дни, часы, перечень специалистов (их квалификационные требования и информация о профессиональном образовании)), перечень и виды платной медицинской помощи (медицинских услуг) и их стоимость определены Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Смоленск), утвержденным Приказом главного врача ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Смоленск), с которыми Потребитель ознакомлен на сайте Исполнителя в сети «Интернет» и информационных стендах (стойках) у Исполнителя _____.

_____/_____.
подпись потребителя расшифровка подписи.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации и стандартами медицинской помощи (при их наличии);

2.1.2. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах в порядке установленным действующим законодательством РФ;

2.1.3. Предупредить Потребителя, Заказчика в случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных в Договоре. Оформить дополнительное соглашение к Договору;

2.1.4. В случае предоставления дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя (при внезапных ситуациях) оказывать данные дополнительные услуги без взимания платы;

2.1.5. Обеспечивать применение разрешенных к применению в Российской Федерации лекарственных препаратов, медицинских изделий, дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных средств, расходных материалов, изделий медицинского назначения, медицинского оборудования;

2.1.6. Своевременно и качественно оказывать Потребителю медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора, предоставлять Потребителю достоверную информацию о состоянии его здоровья, наличии заболевания, диагнозе и методах лечения, связанных с ними рисках, необходимых правилах подготовки к медицинским обследованиям и лечению, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, а также о прогнозе результата проведенного лечения, о требованиях, которые необходимо соблюдать для достижения эффективного результата, о необходимости соблюдения соответствующего режима как в период до оказания услуг, в период их оказания, так и в послеоперационный период, а также о возможных последствиях несоблюдения соответствующих требований и о возникновении возможных осложнений, используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях;

2.1.7. Обеспечить Потребителя в установленном порядке информацией, в том числе в сети «Интернет», включающей в себя сведения о перечне платных медицинских услуг и их стоимости, порядке их оплаты, месте, порядке и условиях оказания услуг, сведениями о медицинских работниках (их квалификации, уровне образования), режиме работы (графике работы) медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг.

2.1.8. Вести медицинскую документацию в установленном порядке и обеспечить Потребителю непосредственное ознакомление по его требованию с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья (включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях);

2.1.9. Обеспечить выдачу Потребителю медицинских документов (копий медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья Потребителя без взимания платы, в порядке установленном Приказом Минздрава России от 31.07.2020 N 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них».

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Оказывать платные медицинские услуги в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе Потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.2.2. Требовать от Потребителя предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему платных медицинских услуг;

2.2.3. Требовать от Потребителя бережного отношения к имуществу Исполнителя и соблюдения им Правил внутреннего распорядка Исполнителя;

2.2.4. В одностороннем порядке изменить предварительно определенный объем оказываемых медицинских услуг, в случае, если существует угроза жизни или здоровью Потребителя (по экстренным показаниям);

2.2.5. В случае, если для благоприятного завершения оказываемых медицинских услуг по Договору, возникает необходимость расширения объема услуг (не по экстренным показаниям), в частности расходных материалов, и при нахождении Потребителя в состоянии, не позволяющим выразить свое согласие на их применение, Исполнитель оставляет за собой право на расширение требуемого объема услуг и их оформление в порядке, установленном п. 3.4. настоящего Договора, с последующей оплатой Заказчиком.

2.2.6. Отказать в оказании платных медицинских услуг, при выявлении противопоказаний у Потребителя.

2.2.7. Отказать Потребителю в оказании медицинской помощи, в случае, нарушения им условий п.2.3. настоящего Договора.

2.2.8. Отказать в оказании платных медицинских услуг Потребителю, находящемуся в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения.

2.2.9. Отказать в заключении договора на оказание платных медицинских услуг в случае отсутствия возможности оказать такие услуги, в том числе в случае отсутствия резервов мощностей, не используемых при выполнении государственного задания (плановых объемов высокотехнологичной медицинской помощи).

2.2.10. Не приступать к оказанию услуг, приостановить их исполнение или отказаться от их исполнения в случаях, когда имеет место нарушение Потребителем своих обязанностей по Договору, которое препятствует исполнению Исполнителем условий Договора.

2.2.11. В случае отказа от исполнения оказания услуг по причине нарушения Потребителем обязательств по Договору, требовать возмещения убытков.

2.3. Потребитель обязуется:

2.3.1. До оказания медицинской помощи информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;

2.3.2. Соблюдать необходимые правила подготовки к обследованиям лечению;

2.3.3. Точно выполнять требования и предписания медицинского персонала Исполнителя, необходимые для предоставления ему качественной медицинской помощи, для достижения эффективного результата от лечения, соблюдать режим и назначения медицинского работника до оказания услуг, в период оказания, а также в послеоперационный период.

2.3.4. Выполнять Правила внутреннего распорядка, режим работы Исполнителя,

2.3.5. Выполнять личные санитарно-гигиенические процедуры, направленные на поддержание своего здоровья и санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя.

2.3.6. Бережно относиться к имуществу Исполнителя. В случае причинения ущерба Исполнителю вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действиями или бездействием Потребителя и/или лиц его сопровождающих, Потребитель обязуется в течение трех календарных дней возместить Исполнителю действительный нанесенный ущерб в полном объеме;

2.3.7. В случае отказа от исполнения Договора, подписать письменный отказ;

2.3.8. После надлежащего оказания услуг в рамках настоящего договора, отсутствия замечаний (претензий) подписать акт оказанных услуг (Приложение № 2).

2.4. Потребитель имеет право:

- 2.4.1. На выбор врача-специалиста;
- 2.4.2. На профилактику, диагностику, лечение, в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- 2.4.3. На получение консультаций врачей-специалистов;
- 2.4.4. На получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, на выбор лиц, которым в интересах Потребителя может быть передана информация о состоянии его здоровья;
- 2.4.5. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну;
- 2.4.6. На отказ от медицинского вмешательства;
- 2.4.7. На возмещение вреда, причиненного здоровью Потребителя при оказании ему медицинской помощи, в порядке установленным действующим законодательством Российской Федерации.
- 2.4.8. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.
- 2.4.9. Отказаться от исполнения Договора, при условии оплаты Заказчиком фактически понесенных расходов Исполнителя.
- 2.5. Заказчик обязан:
- 2.5.1. Своевременно и в полном объеме оплачивать предоставленные Исполнителем медицинские услуги Потребителю, в соответствии с условиями настоящего Договора.
- 2.5.2. В случае отказа Потребителем от исполнения Договора оплатить Исполнителю фактически понесенные расходы.
- 2.5.3. После надлежащего оказания услуг в рамках настоящего договора, отсутствия замечаний (претензий) подписать акт оказанных услуг (Приложение № 2).

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ.

3.1. Стоимость медицинских услуг определяется на основании действующего Прейскуранта Исполнителя, перечень которых содержится в Приложении № 1 к настоящему Договору и составляет _____ (_____) рублей ____ коп.

3.2. Перед оказанием Исполнителем платной медицинской услуги в условиях дневного стационара с согласия Заказчика им производится 100% оплата стоимости запланированного обследования и лечения путем внесения в течение 2-х (двух) рабочих дней с момента госпитализации Потребителя денежных средств на расчётный счет Исполнителя.

3.3. Стоимость медицинских услуг по договору может быть изменена в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг будут выявлены медицинские показания и потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных в Договоре о которых Заказчик и Потребитель будут уведомлены в соответствии с п. 2.1.3. настоящего Договора;

3.4. Стоимость дополнительных медицинских услуг оплачивается Заказчиком на основании Дополнительного соглашения к настоящему Договору;

3.5. В целях соблюдения и защиты прав Потребителя, на основании обращения Потребителя, Заказчика Исполнителем могут быть предоставлены:

- справка установленного образца об оплате медицинских услуг для предъявления в налоговые органы Российской Федерации;
- выписка из единого государственного реестра юридических лиц;
- смета/перечень оказанных услуг (в том числе комплексных);
- копия договора (с приложениями и дополнительным соглашением к нему).

4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ.

4.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до фактического выполнения обязательств, принятых сторонами по настоящему Договору.

4.2. Настоящий Договор может быть изменен, либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленному в виде Дополнительного соглашения и подписанному Сторонами.

4.3. Настоящий договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке, в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по настоящему Договору;

4.4. В случае полного отказа Заказчика или Потребителя от получения медицинских услуг после заключения договора и оплаты услуг договор расторгается. При этом Заказчику возвращаются денежные средства в полном объеме. В случае частичного отказа от оказания услуг, Исполнитель удерживает только сумму фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Потребителем условий настоящего Договора, в случаях осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Потребителя, а так же в случае, если Потребитель не проинформировал Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, был предупрежден о рисках и возможных послеоперационных осложнениях, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

5.4. Все споры и разногласия, возникшие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров между Сторонами, а в случае не достижения согласия – в судебном порядке.

6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ.

6.1. Исполнитель обязуется охранять информацию о факте обращения Потребителя за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

6.2. С согласия Потребителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Потребителя.

6.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Потребителя допускается в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ.

7.1. Стороны договариваются, что при подписании Договора и приложений к Договору Исполнитель вправе использовать факсимильное воспроизведение подписи с помощью средств механического копирования (факсимиле), являющегося аналогом собственноручной подписи и имеющего юридическую силу.

7.2. Настоящий договор составлен в 3 экземплярах, которые имеют одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

Приложение:

1. Приложение № 1 – Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором и сроки их предоставления;

2. Приложение № 2 - Акт оказанных услуг

«Исполнитель»:

ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Смоленск)
214031, г. Смоленск, пр-т Строителей, д. 29
ИНН 6732033809 КПП 673201001
ОГРН 1126732001440
казначейский счёт 03214643000000013216 в ОКЦ №
1 ВВГУ Банка России//УФК по Нижегородской
области, г. Нижний Новгород
БИК 012202102, e.mail: contacts@orthosmolensk.ru.
Лицензия выдана Территориальным органом
Росздравнадзора по Смоленской области,
расположенным по адресу: г. Смоленск, ул.
Большая Советская, д. 30/11, 4-ый этаж. Телефон:
8-4812 30-26-14

Главный врач

_____ А.В. Овсянкин

«Потребитель»:

(Ф.И.О, данные документа, удостоверяющего личность)

(адрес места жительства или адрес места пребывания)

(контактный телефон)

(подпись, расшифровка подписи, дата)

«Заказчик»

(дата, должность, подпись, расшифровка подписи, печать (если имеется))

**Приложение № 1 к Договору на
оказание платных медицинских
услуг в дневном стационаре №**

_____.

**ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ В СООТВЕТСТВИИ С
ДОГОВОРом, И СРОКИ ИХ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ**

В период _____ ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Смоленск) предоставляются
медицинские услуги Потребителю в составе:

№ п/п	Наименование (виды) медицинской услуги	Количество	Цена, в рублях	Сумма, в рублях

ИТОГО:

Стоимость медицинских услуг составляет _____
и определяется на основании действующего Прейскуранта, утвержденного Исполнителем.

Перед оказанием Исполнителем платной медицинской услуги в условиях дневного стационара с согласия Заказчика им производится 100% оплата стоимости запланированного обследования и лечения путем внесения в течение 2-х (двух) рабочих дней с момента госпитализации денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

«Исполнитель»

«Потребитель»

Главный врач _____ А.В. Овсянкин
М.П.

подпись, расшифровка подписи, дата

«Заказчик»

(дата, должность, подпись, расшифровка подписи, печать (если имеется))

Акт
оказанных услуг по договору № _____ от _____
на оказание платных медицинских услуг в дневном стационаре

г. Смоленск

«___» _____ 202__ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Смоленск) (ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Смоленск)) (Свидетельство серия 67 № 001820639 от 27.09.2012 г., выданное ИФНС России по г. Смоленску, лицензия Л041-00110-67/00327563 от 22.08.2018 г., выданная Территориальным органом Росздравнадзора по Смоленской области, ИНН 6732033809, ОГРН 1126732001440), именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице Главного врача Овсянкина Анатолия Васильевича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

(сведения о заказчике – физ.лице: Ф.И.О., адрес, телефон, данные документа, удостоверяющего личность)

(сведения о заказчике – юр.лице: наименование, адрес, ИНН, ОГРН, телефон)

именуемое в дальнейшем «**Заказчик**», с другой стороны, а также

(Ф.И.О. гражданина, данные документа, удостоверяющего личность, адрес, телефон)

именуемый в дальнейшем «**Потребитель**», совместно именуемые «**Стороны**», составили настоящий Акт о том, что на основании Договора № __ от _____ на оказание платных медицинских услуг в дневном стационаре, Исполнителем надлежащим образом оказаны, а Потребителем и Заказчиком приняты услуги по вышеуказанному договору.

ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ОКАЗАННЫХ В СООТВЕТСТВИИ С ДОГОВОРОМ

№ п/п	Наименование (виды) медицинской услуги	Количество	Цена, в рублях	Сумма, в рублях

Стоимость медицинских услуг составляет _____.

Настоящий Акт составлен в двух экземплярах, которые имеют одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон. Замечаний (претензий) по оказанным услугам не имеется.

«Исполнитель»:

ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Смоленск)
214031, г. Смоленск, пр-т Строителей, д. 29
ИНН 6732033809 КПП 673201001
ОГРН 1126732001440
казначейский счёт 03214643000000013216 в ОКЦ №
1 ВВГУ Банка России//УФК по Нижегородской
области, г. Нижний Новгород
БИК 012202102, e.mail:contacts@orthosmolensk.ru.
Лицензия выдана Территориальным органом
Росздравнадзора по Смоленской области,
расположенным по адресу: г. Смоленск, ул.
Большая Советская, д. 30/11, 4-ый этаж. Телефон:
8-4812 30-26-14

Главный врач

А.В. Овсянкин

«Потребитель»:

(Ф.И.О, данные документа, удостоверяющего личность)

(адрес места жительства или адрес места пребывания)

(контактный телефон)

(подпись, расшифровка подписи, дата)

«Заказчик»

(дата, должность, подпись, расшифровка подписи, печать (если имеется))

Дополнительное соглашение № ___ к договору на оказание платных медицинских услуг в дневном стационаре № ___ от «___» _____ 202__ г.

г. Смоленск

«___» _____ 202__ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Смоленск) (ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Смоленск)) (Свидетельство серия 67 № 001820639 от 27.09.2012 г., выданное ИФНС России по г. Смоленску, лицензия Л041-00110-67/00327563 от 22.08.2018 г., выданная Территориальным органом Росздравнадзора по Смоленской области, ИНН 6732033809, ОГРН 1126732001440), именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице Главного врача Овсянкина Анатолия Васильевича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

_____,
(сведения о заказчике – физ.лице: Ф.И.О., адрес, телефон, данные документа, удостоверяющего личность)

(сведения о заказчике – юр.лице: наименование, адрес, ИНН, ОГРН, телефон)

именуемое в дальнейшем «**Заказчик**», с другой стороны, а также

_____,
(Ф.И.О. гражданина, данные документа, удостоверяющего личность, адрес, телефон)

именуемый в дальнейшем «**Потребитель**», совместно именуемые «**Стороны**» заключили настоящее Дополнительное соглашение к Договору на оказание платных медицинских услуг в дневном стационаре № ___ от «___» _____ 202__ г. о нижеследующем:

1. Руководствуясь п. 3.4. п. 4.2. Договора на оказание платных медицинских услуг в дневном стационаре № ___ от «___» _____ 202__ г. (далее – Договор), Исполнитель оказывает Потребителю следующие дополнительные платные медицинские услуги:

№ п/п	Наименование (виды) медицинской услуги	Количество	Цена, в рублях	Сумма, в рублях

2. Стоимость медицинских услуг определяется на основании действующего Прейскуранта Исполнителя и увеличена/уменьшена на _____ рублей 00 копеек.

3. Настоящее дополнительное соглашение является неотъемлемой частью Договора, вступает в силу с момента подписания Сторонами.

4. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим дополнительным соглашением Стороны руководствуются положениями Договора на оказание платных медицинских услуг № ___ от «___» _____ 20__ г.

5. Настоящее соглашение составлено в трёх экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.

«Исполнитель»:

ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Смоленск)
214031, г. Смоленск, пр-т Строителей, д. 29
ИНН 6732033809 КПП 673201001
ОГРН 1126732001440
казначейский счёт 03214643000000013216 в ОКЦ № 1 ВВГУ Банка России/УФК по Нижегородской области, г. Нижний Новгород
БИК 012202102, e.mail: contacts@orthosmolensk.ru.
Лицензия выдана Территориальным органом Росздравнадзора по Смоленской области, расположенным по адресу: г. Смоленск, ул. Большая Советская, д. 30/11, 4-ый этаж. Телефон: 8-4812 30-26-14
Главный врач

А.В. Овсянкин

«Потребитель»:

(Ф.И.О, данные документа, удостоверяющего личность)

(адрес места жительства или адрес места пребывания)

(контактный телефон)

(подпись, расшифровка подписи, дата)

«Заказчик»

(дата, должность, подпись, расшифровка подписи, печать (если имеется))