УВЕДОМЛЕНИЕ

в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 04.10. 2012 г. N 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг"

1. До заключения Договора, я, Иванов Иван Иванович
)

уведомлен(а) о том, что несоблюдение мною 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 моем здоровье.

2. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и принимаю решение заключить Договор оказания платных медицинских услуг с данной медицинской организацией.

Подпись Пациента _____/ Иванов Иван Иванович

ДОГОВОР № 123

оказания платных медицинских услуг

город Нижний Новгород
01.01.2022

Медицинское частное учреждение "Медико-санитарная часть завода "Сокол", далее именуемое "Исполнитель", в лице главного врача Миловой Ларисы Николаевны, действующей на основании Устава и Лицензии № ЛО-52-004656 от 22 января 2015г., выданной Министерством здравоохранения Нижегородской области, ОГРН 1025202840541 выдан Министерством Юстиции Российской Федерации 24.02.2012 года, с одной стороны и Гражданин(ка)
Иванов Иван Иванович,
именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, совместно именуемые Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется оказывать Пациенту платные медицинские услуги, на условиях определенных настоящим Договором, а Пациент обязуется оплатить указанные услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором. Перечень и стоимость платных медицинских услуг, предоставляемых по настоящему Договору, содержатся кассовом чеке и акте оказанных услуг.

1.2.В медицинской карте указываются жалобы, поставленный диагноз и выбранный вариант (план лечения) согласованный с Пациентом. Под указанной информацией ставится подпись лечащего врача (иного специалиста), дата внесения записи, фиксируется факт дачи информированного добровольного согласия на платные медицинские услуги, в том числе на медицинское вмешательство и на его отказ.

2. Условия и порядок оказания услуг

ОБРАЗЕЦ

2.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту на возмездной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Пациент обязуется оплатить медицинские услуги в размере, порядке, и сроки, которые установлены настоящим Договором. Исполнитель оказывает медицинские услуги по настоящему Договору в помещении Исполнителя, расположенному по адресу : 603035, г.Нижний Новгород, ул.Чаадаева, дом 1.

2.2. При привлечении Исполнителем к оказанию медицинских услуг третьих лиц Исполнитель доводит до сведения Пациента место и время оказания ему медицинских услуг.

2.3. Исполнитель осуществляет свою деятельность в соответствии с Лицензией № ЛО-52-004656 от 22 января 2015 года на осуществление медицинской деятельности, выданной Министерством здравоохранения Нижегородской области по адресу: 603035, Нижегородская обл., г.Нижний Новгород, ул. Чаадаева д.1.

3. Стоимость услуг, сроки и порядок оплаты

3.1. Пациент оплачивает медицинские услуги Исполнителю в объеме, установленном в п.1.1 настоящего Договора в соответствии с действующим прейскурантом цен у Исполнителя на момент обращения за медицинскими услугами. Действующий прейскурант цен на медицинские услуги размещен на сайте http://medsokol.ukoz.ru и на информационных стендах Исполнителя.

3.2. Пациент оплачивает медицинские услуги Исполнителю путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя или перечисления на расчетный счет Исполнителя после составления акта с указанием в нем оказанных услуг.

4. Права и обязанности сторон

4.1. Права Пациента:

4.1.1. Пациент вправе отказаться от исполнения настоящего договора в любое время, направив Исполнителю письменный отказ, при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

4.2. Обязанности Пациент:

4.2.1. Пациент обязан своевременно и в полном объеме оплачивать оказанные Пациенту Исполнителем услуги.

4.3. Исполнитель в праве:

4.3.1. Привлекать для исполнения обязательств по настоящему договору третьих лиц. При привлечении третьих лиц Исполнитель обязан довести до Пациента всю необходимую информацию о третьем лице в объеме информации, предоставляемой об Исполнителе, а так же информацию о времени и месте оказания Пациенту данных медицинских услуг.

4.4. Исполнитель обязан:

4.4.1. Оказать услуги Пациенту с учетом состояния здоровья, показаний и противопоказаний, установленных в отношении оказываемых медицинских услуг.

5. Ответственность сторон

ОБРАЗЕЦ

5.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору в соответствии с настоящим Договором и законодательством Российской Федерации.

5.2. Все споры и разногласия, вытекающие из настоящего Договора, решаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6. Срок действия Договора

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до 31.12.2022

7. Изменения условий и расторжение Договора

7.1. Настоящий Договор может быть изменен или расторгнут Сторонами в период его действия на основе их письменного соглашения. Обязательства Сторон по настоящему Договору считаются измененными или прекращенными с момента подписания соглашения об изменении или расторжении настоящего Договора.

7.2. Пациент вправе в любое время отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору в одностороннем порядке при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов. В этом случае Пациент обязан уведомить об этом Исполнителя в письменной форме. В течение трех рабочих дней с момента получения соответствующего уведомления Исполнитель информирует Пациента о расторжении договора по инициативе Пациента и выставляет Пациенту счет, в котором указывается стоимость понесенных Исполнителем расходов по оказанию Пациенту услуг(и), от которых(ой) он отказался. Пациент с момента получения счета от Исполнителя обязан в течение трех рабочих дней его оплатить.

8. Заключительные положения

8.1. Настоящий Договор составлен в 2 экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй-Пациента.

8.2. Все вопросы, не урегулированные настоящим Договором, разрешаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

8.3. Подписывая настоящий Договор, Пациент подтверждает, что он(а) был(а) проинформирован(а) о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Действующие Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", "Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг", Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 "О защите прав потребителей" размещены на сайте Исполнителя http://medsokol.ukoz.ru и информационных стендах Исполнителя.

ОБРАЗЕЦ

8.4. Информационные стенды Исполнителя находятся по адресу: 603035, Нижегородская область, город Нижний Новгород, ул. Чаадаева дом 1, на первом этаже около регистратуры и на 4 этаже около бухгалтерии.

9. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:
Медицинское частное учреждение "Медико-санитарная часть завода "Сокол" (МЧУ "МСЧ завода "Сокол")
Юридический адрес: 603035, г.Н.Новгород, ул.Чаадаева, дом 1

Фактический адрес: 603035, г.Н.Новгород, ул.Чаадаева, дом 1
ИНН 5259025996 КПП525901001

Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц серия 52 № 004789622 выдан Федеральной налоговой службой по Нижегородской области
Р/с 40703810042070000803
К/с 30101810900000000603

Волго-Вятский банк ПАО Сбербанк России г.Нижний Новгород

тел. (831)229-34-70, 229-36-20
Главный врач МЧУ "МСЧ завода "Сокол"
Л.Н.Милова

м.п. (подпись)

Пациент:
ФИО Иванов Иван Иванович

Дата и место рождения физического лица
01.01.1999
Адрес: Н.Новгород, ул.Чаадаева, д.0, кв. 0
Документ, удостоверяющий личность
паспорт хххх хххххх

Иванов Иван Иванович

_____
(подпись)

ОБРАЗЕЦ

Информированное добровольное согласие

на получение платных медицинских услуг и заключение договора об оказании платных медицинских услуг

До заключения договора возмездного оказания медицинских услуг

я, Иванов Иван Иванович

уведомлен (а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников МЧУ "МСЧ завода "Сокол", 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 моем состоянии.

(ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановление правительства РФ от 04.10.2012г. №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»).

до получения платной медицинской услуги в МЧУ "МСЧ завода "Сокол" и до заключения договора оказания платных медицинских услуг в доступной для меня форме, проинформирован(а) о нижеследующем:

— о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы, в рамках реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, как в МЧУ "МСЧ завода "Сокол", так и в других медицинских организациях Нижегородской области.

-о перечне платных медицинских услуг, предоставляемых МЧУ "МСЧ завода "Сокол" (Исполнитель), о ценах на платные услуги, условиях, форме и порядке их предоставления и оплаты;

-о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, уровне их профессионального образования и квалификации;

-мне предоставлена вся необходимая информация об учреждении, в том числе, о режиме работы учреждения, графике работы медицинских работников;

— о контролирующих органах, как по надзору в сфере здравоохранения, так и в сфере защиты прав потребителей (их адреса и телефоны), иная информация, предусмотренная правилами предоставления платных медицинских услуг.

-мне предоставлены все необходимые сведения о лицензиях МЧУ "МСЧ завода "Сокол" на осуществление медицинской деятельности, я ознакомлен(а) с перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензиями;

-я информирован(а) о целях, характере, факторах риска и возможных осложнениях при оказании платных медицинских услуг

— я предупрежден(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может

ОБРАЗЕЦ

снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

— я информирован (а), что отказ потребителя от заключения договора оказания платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы ОМС.

— мною добровольно, своей волей и в своем интересе, без какого-либо принуждения, выбраны виды платных медицинских услуг, которые я хочу получить в МЧУ "МСЧ завода "Сокол", я ознакомлен (-а) с действующим прейскурантом на платные медицинские и иные платные услуги в МЧУ "МСЧ завода "Сокол" и согласен(-на) их оплатить в соответствии с ним.

Я, получив полную информацию о возможности и условиях оказания пациенту бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС, хочу воспользоваться своим правом на получение платных медицинских и иных услуг, даю свое согласие на их получение и готов (а) их оплатить.

Я удостоверяю, что текст настоящего информированное согласия мною прочитан, его положения мне понятны, я даю свое согласие на получение и оплату платных медицинских и иных платных услуг в МЧУ "МСЧ завода "Сокол" и на заключение договора оказания платных медицинских и иных услуг. Также, я подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных, в соответствии с ФЗ № 153-ФЗ "О персональных данных".

_____/Иванов Иван Иванович

Информацию до пациента довел

представитель МЧУ "МСЧ завода "Сокол" _____ Е.И.Шумаева

ОБРАЗЕЦ