

ОБРАЗЕЦ ДОГОВОРА
на оказание платных медицинских
услуг с Потребителем/Заказчиком –
физическим лицом

Приложение № 2
к приказу от 31.08.2026 г. № 374

До заключения договора Потребитель/представитель Потребителя уведомлен о том, что 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.

Потребитель _____ (_____)

ДОГОВОР № _____ на оказание платных медицинских услуг
г. Ростов-на-Дону _____ «_____» _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Центральная городская больница им. Н.А. Семашко» в г. Ростове-на-Дону (ГБУ РО "ЦГБ им. Н.А. Семашко" в г. Ростове-на-Дону), адрес местонахождения: 344003, Ростовская обл., Ростов-на-Дону, пр. Ворошиловский 105, Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц, выданное инспекцией Федеральной налоговой службы по Октябрьскому району г. Ростова-на-Дону, сер.61 № 007190869 от «26» октября 2011г., ОГРН № 1026103728782; лицензия: Л041-01050-61/00323927 от 17 июня 2020 г., выданная Министерством здравоохранения Ростовской области расположенным по адресу: 344029, г. Ростов-на-Дону, ул.1-й Конной Армии,33, тел. 8(863)242-30-96, в соответствии с перечнем услуг, указанных в Приложении № 1 к лицензии и приложении № 2 к настоящему договору, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующей на основании доверенности

_____, с одной стороны,
и гражданин(ка) _____,
именуемый в дальнейшем «Потребитель», «Заказчик» (заполняется, только в случае, если оплату за оказание услуг Потребителю производит другое лицо), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

I. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. На условиях настоящего Договора Исполнитель обязуется оказать Потребителю на возмездной основе медицинские услуги согласно Приложению № 1, а Потребитель/Заказчик обязуется принять и оплатить медицинские услуги, оказанные Исполнителем в порядке и в сроки, установленные в Договоре.

Основанием для предоставления платных медицинских услуг является добровольное желание Потребителя получить медицинские услуги за плату

1.2. Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, содержатся в действующем на момент заключения настоящего Договора Прейскуранте. Потребитель/Заказчик ознакомлен с Прейскурантом и Правилами оказания платных медицинских услуг.

1.3. Объем медицинских услуг на момент заключения Договора устанавливается на основании предварительного диагноза и пожеланий Потребителя.

1.4. Место оказания услуг: г. Ростов-на-Дону, пр. Ворошиловский, 105.

II. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать медицинские услуги лично в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи.

2.1.2. Своевременно и качественно оказывать медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего договора; при оказании медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты, дезинфекционные средства, расходные материалы, изделия медицинского назначения, разрешенные к применению российским законодательством.

2.1.3. Обеспечить Потребителя в установленном порядке бесплатной, доступной, достоверной информацией о предоставляемых платных услугах, в т.ч. информацией о конкретном медицинском работнике, предоставляющем платную медицинскую услугу; информацией о методах оказания медицинской помощи, связанных с ним рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; иными сведениями, относящимися к предмету настоящего договора.

2.1.4. Вести медицинскую документацию в установленном порядке и соблюдать врачебную тайну.

2.1.5. После выполнения услуг бесплатно выдать Потребителю по его запросу копии медицинской документации (выписки из медицинских документов), отражающей состояние здоровья в результате получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в порядке, установленном приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 789н "Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них" (текст приказа размещен на сайте Исполнителя).

При подаче запроса лично, а также при личном получении копии медицинских документов и выписок из них Потребитель либо его законный представитель предъявляет документ, удостоверяющий личность. Законный представитель потребителя дополнительно предъявляет документ, подтверждающий его статус.

Предоставление Потребителю копий медицинских документов и выписок из них на бумажном носителе осуществляется в количестве одного экземпляра в срок 30 дней с момента подачи заявления Потребителем.

При поступлении заявления от Потребителя на предоставление копий медицинских документов (выписок из медицинских документов) в период нахождения Потребителя на стационарном лечении у Исполнителя, указанные документы предоставляются в течение 1 рабочего дня.

2.2. Исполнитель имеет право:

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

2.2.2. В одностороннем порядке изменить предварительно определенный объем оказываемых медицинских услуг в случае, если существует угроза жизни или здоровью Потребителя.

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

2.2.4. Отказать Потребителю в оказании медицинской помощи в случае нарушения им Правил внутреннего распорядка, а также в случае нахождения в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

2.3. Потребитель обязуется:

2.3.1. Своевременно и в полном объеме оплачивать предоставленные Исполнителем медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.3.2. До оказания медицинской помощи предоставить врачу полную информацию и документы (копии документов), касающихся состояния своего (Потребителя) здоровья, которыми он располагает на момент заключения настоящего договора, данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, перенесенных заболеваниях, в том числе известных ему аллергических реакциях, особенностях организма, противопоказаниях, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения, и предоставить указанную информацию в течение действия договора.

2.3.3. Точно выполнять назначения врача по лечению, а также указания, предписанные на период после оказания услуг. Незамедлительно сообщать обо всех имеющихся неблагоприятных симптомах в состоянии своего здоровья, соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинской организации.

2.3.4. Выполнять Правила внутреннего распорядка, режим Исполнителя, правила техники безопасности и пожарной безопасности, требования, предписания, назначения и рекомендации медицинского персонала, как необходимые условия предоставления ему качественной медицинской помощи.

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. На выбор врача-специалиста.

2.4.2. 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.

2.4.3. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

2.4.4. На отказ от медицинского вмешательства, от получения медицинских услуг.

2.4.5. На возмещение вреда, причиненного здоровью Потребителя при оказании ему медицинской помощи, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

2.4.6. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

III. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Перечень и стоимость предоставляемых медицинских услуг определяются в Приложении № 1 к настоящему Договору на основании Прейскуранта цен Исполнителя.

3.2. Оплата осуществляется Заказчиком/Потребителем предварительно до получения медицинской услуги путем внесения наличных денежных средств в размере 100% стоимости услуг в кассу Исполнителя, либо перечисление на расчетный счет. Потребителю выдается документ, подтверждающий произведенную оплату (кассовый чек или иной документ).

3.3. В случае отказа Потребителя/Заказчика после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. При этом Потребитель/Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору. При отказе Потребителя/Заказчика от исполнения договора или оказании медицинских услуг ненадлежащего качества Потребитель/Заказчик осуществляет возврат уплаченной Потребителем / Заказчиком суммы в соответствии с нормами Закона РФ «О защите прав потребителей».

3.4. В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Потребителя/Заказчика, в том числе при нарушении им медицинских предписаний, возврат оплаты медицинских услуг не производится.

IV. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ

4.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до полного исполнения обязательств Сторонами или до момента, пока одна из Сторон не заявит о его расторжении в письменной форме. Срок оказания медицинских услуг определяется исходя из объема лечебно-диагностических мероприятий, предусмотренных действующими нормативными документами, а также исходя из режима работы Исполнителя.

4.2. Настоящий договор может быть изменен, дополнен или расторгнут по соглашению сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору действительны лишь при условии, если они совершены сторонами в той же форме, что и договор - письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями Сторон.

4.3. Настоящий договор может быть расторгнут до окончания срока его действия также в случае одностороннего отказа Потребителя или Заказчика от исполнения договора с обязательным предварительным письменным уведомлением другой стороны не позднее, чем за 5 рабочих дней путем направления письменного уведомления о расторжении по указанным в договоре реквизитам.

Исполнитель имеет право расторгнуть данный Договор по инициативе Потребителя при несогласии Потребителя с предложенным Исполнителем планом лечения, его стоимостью, внесенными Потребителем в план лечения изменениями по содержанию, срокам и стоимости медицинских услуг, при невозможности оказать в данном клиническом случае необходимую Потребителю медицинскую услугу силами Исполнителя, при отказе Потребителя от продолжения лечения, при неявке Потребителя на прием без уведомления, при несоблюдении Потребителем врачебных рекомендаций и назначений, в том числе режима лечения.

Потребитель имеет право расторгнуть Договор также посредством предоставления письменного отказа от лечения при условии полной оплаты выполненных по Договору платных медицинских услуг и фактически понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору.

V. 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 Потребителю в результате предоставления некачественной 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 Пациентом условий настоящего Договора, в том числе:

- в случаях осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Потребителя, если Потребитель не проинформировал Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;

- осуществление на любой стадии лечения каких-либо несогласованных с Исполнителем действий, прямо или косвенно влияющих на ход проводимого курса лечения, диагностики,

- несоблюдении Потребителем рекомендаций медицинских работников, предоставляющих платную медицинскую услугу, в том числе назначенного лечебно-охранительного режима.

5.4. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором или в связи с ним, стороны примут все меры к их разрешению путем переговоров. Обращения (жалобы) в связи с исполнением настоящего договора направляются в письменном виде по адресу Исполнителя, указанному в разделе VII «Адреса, реквизиты и подписи сторон».

В случае невозможности урегулировать спор путем переговоров, споры подлежат разрешению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством РФ.

VI. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

6.1. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие Потребителя на медицинское вмешательство.

6.2. В момент подписания настоящего Договора Потребитель/Заказчик ознакомлен с перечнем работ (услуг), отраженных в лицензии на медицинскую деятельность, Перечнем платных услуг, Прейскурантом Исполнителя, Правилами внутреннего распорядка для пациентов и иной информацией, связанной с осуществлением медицинской деятельности, понимает содержащуюся в них 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.

6.3. Порядок и условия предоставления платных медицинских услуг определены Положением о предоставлении платных медицинских услуг в ГБУ РО "ЦГБ им. Н.А. Семашко" в г. Ростове-на-Дону, утвержденными приказом Исполнителя.

6.4. Перечень услуг, отраженных в лицензии на медицинскую деятельность ГБУ РО "ЦГБ им. Н.А. Семашко" в г. Ростове-на-Дону (по адресу оказания услуг) поименован в Приложении № 2 к настоящему договору.

6.5. Подписывая настоящий договор, Потребитель (Заказчик) подтверждает, что ему в доступной форме предоставлена информация 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 (информация на сайте ГБУ РО "ЦГБ им. Н.А. Семашко" в г. Ростове-на-Дону).

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

6.7. Стороны пришли к соглашению, что договор будет распространять свое действие на все случаи обращения Потребителя к Исполнителю для оказания медицинских услуг. При каждом последующем обращении, составляется документ по форме приложения №1 на соответствующую дату.

6.8. Настоящий Договор и все приложения составлены в количестве экземпляров в соответствии с количеством сторон.

Приложения:

1. Приложение № 1 – Перечень и стоимость платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с Договором.
2. Приложение № 2 - Перечень услуг, отраженных в лицензии на медицинскую деятельность ГБУ РО "ЦГБ им. Н.А. Семашко" в г. Ростове-на-Дону (по адресу оказания услуг).
3. Согласие субъекта на обработку персональных данных (Приложение № 3)
4. Информированное добровольное согласие пациента на предоставление медицинских услуг на платной основе (Приложение № 4)

VII. Адреса, реквизиты и подписи сторон

Исполнитель: ГБУ РО «ЦГБ им. Н.А. Семашко» в г. Ростове-на-Дону 344003, г. Ростов-на-Дону, пр. Ворошиловский, 105 министерство финансов (ГБУ РО «ЦГБ им. Н.А. Семашко» в г.Ростове-на-Дону л/с 22806006280), БИК 016015102 Банк получателя: ОТДЕЛЕНИЕ РОСТОВ-НА-ДОНУ БАНКА РОССИИ/УФК по Ростовской области г Ростов-на-Дону к/сч (единый казначейский счет) 40102810845370000050 р/сч (казначейский счет) 03224643600000005800 л/с 20806006280 в министерстве финансов Ростовской области. ИНН 6165025382; КПП 616501001; ОКПО 01942632; ОГРН 1026103728782; ОКТМО 60701000001; ОКАТО 60401374000 Адрес сайта – gb-1.ru Адрес электронной почты - center@gb-1.ru _____ м.п.	Потребитель (пациент): _____ _____ _____ Паспорт: серия _____ № _____ Выдан _____ _____ _____ Адрес: _____ _____ _____ Телефон _____ Электронный адрес: _____ Подпись: _____	Заказчик (Законный представитель): _____ _____ _____ Паспорт: серия _____ № _____ Выдан _____ _____ _____ Адрес: _____ _____ _____ Телефон _____ Электронный адрес: _____ Данные документа, подтверждающего полномочие законного представителя потребителя или полномочие лица, заключающего договор от имени потребителя, на заключение договора _____ _____ Подпись: _____
--	---	--

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

В период действия настоящего договора ГБУ РО "ЦГБ им. Н.А. Семашко" в г. Ростове-на-Дону предоставляются медицинские услуги Потребителю в объеме:

№ п / п	Наименование услуги	Ед.изм.	Кол-во	Цена за ед.	Сумма, руб
	ИТОГО:				

1.Стоимость _____ медицинских _____ услуг
составляет _____

_____ руб. и определяется в соответствии с действующим Прейскурантом цен ГБУ РО "ЦГБ им. Н.А. Семашко" в г. Ростове-на-Дону на момент подписания настоящего Приложения.

Срок оказания услуг: в течение _____ дней с момента подписания Сторонами настоящего приложения.

Сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг не должны превышать сроки, установленные действующей программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи.

2. В случае, если Заказчик и Потребитель (пациент) являются одним лицом (совпадают), Приложение составляется в 2 (двух) экземплярах. В случае, если оплату за оказание услуг Потребителю производит другое лицо- Заказчик, Приложение составляется в 3 (трех) экземплярах.

3.Настоящее приложение составлено в двух/трех (*ненужное зачеркнуть*) экземплярах, по одному – для каждой из Сторон и является неотъемлемой частью договора № _____ от « _____ » _____ 20 ____ г.

4. В соответствии с п.2. статьи 1.2. Федерального закона от 22 мая 2003 г. N 54-ФЗ "О применении контрольно-кассовой техники при осуществлении наличных денежных расчетов и (или) расчетов с использованием электронных средств платежа" (далее — Федеральный закон 54-ФЗ) при осуществлении расчета Исполнитель обязан выдать кассовый чек или бланк строгой отчетности на бумажном носителе и (или) в случае предоставления покупателем (клиентом) пользователю до момента расчета абонентского номера либо адреса электронной почты направить кассовый чек или бланк строгой отчетности в электронной форме покупателю (клиенту) на предоставленные абонентский номер либо адрес электронной почты (при наличии технической возможности для передачи информации покупателю (клиенту) в электронной форме на адрес электронной почты).

5. В целях реализации п. 2 Федерального закона 54-ФЗ, Потребитель/Заказчик дает свое согласие Исполнителю при проведении расчетов по настоящему Договору № _____ от _____ направлять кассовый чек или бланк строгой отчетности в электронной форме на абонентский номер _____, либо адрес электронной почты: _____.*

* в случае, если Потребитель не предоставил свои данные о номере телефона и адресе эл. почты, обязанность Исполнителя по информированию Потребителя о возможности получить копию кассового чека считается надлежащим образом исполненной.

Исполнитель

Потребитель

Приложение № 2
к договору на оказание платных медицинских услуг

№ _____ от _____ г.

Перечень услуг, отраженных в лицензии на медицинскую деятельность
ГБУ РО «ЦГБ им. Н.А. Семашко» в г. Ростове-на-Дону (по адресу оказания услуг)

При оказании первичной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу; анестезиологии и реаниматологии; вакцинации (проведению профилактических прививок); лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; лечебному делу; медицинской микробиологии; медицинской статистике; медицинскому массажу; общей практике; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; стоматологии; физиотерапии; функциональной диагностике;

2) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); общей врачебной практике (семейной медицине); организации здравоохранения и общественному здоровью; эпидемиологии; педиатрии; терапии;

3) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: клинической лабораторной диагностике; общей врачебной практике (семейной медицине); организации здравоохранения и общественному здоровью; эпидемиологии; педиатрии; терапии;

4) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); аллергологии и иммунологии; анестезиологии и реаниматологии; гастроэнтерологии; гематологии; гериатрии; дерматовенерологии; детской урологии-андрологии; детской хирургии; детской эндокринологии; диетологии; инфекционным болезням; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; клинической фармакологии; колопроктологии; лечебной физкультуре; мануальной терапии; медицинской микробиологии; медицинской реабилитации; медицинской статистике; неврологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; профпатологии; пульмонологии; ревматологии; рентгенологии; рефлексотерапии; спортивной медицине; стоматологии детской; стоматологии общей практики; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; сурдологии-оториноларингологии; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; эндоскопии;

5) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); аллергологии и иммунологии; анестезиологии и реаниматологии; гастроэнтерологии; гериатрии; дерматовенерологии; детской урологии-андрологии; детской хирургии; детской эндокринологии; диетологии; инфекционным болезням; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; клинической фармакологии; колопроктологии; лечебной физкультуре; мануальной терапии; медицинской микробиологии; медицинской реабилитации; медицинской статистике; неврологии; неонатологии; онкологии; ортодонтии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; эпидемиологии; рентгенологии; рефлексотерапии; спортивной медицине; стоматологии детской; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; сурдологии-оториноларингологии; травматологии и ортопедии; трансфузиологии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; эндоскопии;

При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

1) при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: акушерскому делу; акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); аллергологии и иммунологии; анестезиологии и реаниматологии; гастроэнтерологии; гематологии; гериатрии; дерматовенерологии; детской урологии-андрологии; детской эндокринологии; диетологии; инфекционным болезням; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; клинической фармакологии; колопроктологии; лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; мануальной терапии; медицинской микробиологии; медицинской реабилитации; медицинской статистике; медицинскому массажу; неврологии; неонатологии; общей практике; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); педиатрии; ревматологии; рентгенологии; рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению; сердечно-сосудистой хирургии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; спортивной медицине; стоматологии детской; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; сурдологии-оториноларингологии; терапии; травматологии и ортопедии; трансфузиологии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; эндоскопии;

2) при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерскому делу; акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); аллергологии и иммунологии; анестезиологии и реаниматологии; вакцинации (проведению профилактических прививок); гастроэнтерологии; гематологии; гериатрии; дерматовенерологии; детской урологии-андрологии; детской эндокринологии; диетологии; инфекционным болезням; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; клинической фармакологии; колопроктологии; лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; медицинской микробиологии; медицинской реабилитации; медицинской статистике; медицинскому массажу; неврологии; неонатологии; нефрологии; общей практике; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); педиатрии; реаниматологии; ревматологии; рентгенологии; рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению; сердечно-сосудистой хирургии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; спортивной медицине; стоматологии детской; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; терапии; травматологии и ортопедии; трансфузиологии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; челюстно-лицевой хирургии; эндокринологии; эндоскопии;

4) при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по: неврологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); сердечно-сосудистой хирургии; травматологии и ортопедии; урологии; хирургии;

При оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи в стационарных условиях (в условиях отделения экстренной медицинской помощи) по: скорой медицинской помощи;

При оказании паллиативной медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях по:

педиатрии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, терапии;

При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по:

экспертизе временной нетрудоспособности;

При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по:

медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым); медицинским осмотрам профилактическим;

При проведении медицинских освидетельствований организуются и выполняются следующие работы (услуги) по:

медицинскому освидетельствованию кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приемные родители; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством.

**СОГЛАСИЕ
НА ОБРАБОТКУ ЕГО ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Ф.И.О. субъекта персональных данных:

Адрес регистрации: _____
Документ, удостоверяющий личность: паспорт серия номер _____
Орган, выдавший документ: _____

Ф.И.О. законного представителя субъекта персональных данных:

Адрес регистрации: _____
Документ, удостоверяющий личность: _____
Серия, номер и дата выдачи: _____
Орган, выдавший документ: _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку медицинской организацией ГБУ РО «ЦГБ им. Н.А. Семашко» в г. Ростове-на-Дону (именуемая далее Оператор), моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, адрес электронной почты, страхового номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), сведения о результатах исследований на наличие возбудителя новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции, на наличие антител к возбудителю новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (любым из методов) на наличие антител после вакцинации путем определения специальными тестами, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи, я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом. Оператор также вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам, и не ограничен в применении способов обработки.

Оператор имеет право на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с другими медицинскими организациями в целях установления медицинского диагноза и оказания мне медицинской помощи, ТФОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано «_____» _____ г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон + 7 (_____) _____

Подпись субъекта персональных данных _____

(Фамилия Имя Отчество)

Дата «_____» _____ г.

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

На основании ст. 19 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ и в соответствии с требованиями «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006.

Я, _____ (Фамилия Имя Отчество), дата рождения _____, в рамках Договора № _____ от «____» _____ 20 ____ г., желаю получить платные медицинские услуги в медицинской организации ГБУ РО «ЦГБ им. Н.А. Семашко» в г. Ростове-на-Дону (далее — Больница), по адресу: 344000, г. Ростов-на-Дону, пр. Ворошиловский, 105. при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я ознакомился(-ась) с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи в Ростовской области, об условиях и сроках получения бесплатной медицинской помощи информирован(а). Мне разъяснен порядок оказания бесплатной медицинской помощи. Я ознакомлен с тем, что могу получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях на других условиях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги именно в данной медицинской организации. Получив от сотрудников Больницы полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и одновременно несколько видов медицинских услуг.

3. Решение об отказе получения медицинской услуги (одной или нескольких) и лечение моего заболевания в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи принято мною самостоятельно, добровольно, осознанно, по праву расширенной свободы выбора альтернативного варианта лечения на платной основе (получение платных медицинских услуг) и в связи с тем, что услуги оказываются на иных условиях, чем предусмотрено программами получения бесплатной медицинской помощи, в том числе:

- размещение в палате повышенной комфортности, другие бытовые и сервисные услуги, предоставляемые дополнительно при оказании медицинской помощи;
- применение лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения;
- применение медицинских изделий, не предусмотренных стандартами медицинской помощи;
- сверх медицинских стандартов, утвержденных для моего заболевания, или отсутствия медицинских показаний;
- при добровольном обращении за получением платных медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных ст. 11 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

4. Я уведомлен о том, что платные медицинские услуги будут мне оказаны в объеме стандарта медицинской помощи (при наличии) и/или по моей просьбе в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи

5. Я согласен 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, медицинская организация не несет ответственности за их возникновение.

6. Я осознаю и понимаю, что для получения качественной медицинской услуги и достижения желаемых результатов лечения я должен(-на) исполнять все указания, назначения и рекомендации врачей Больницы, несоблюдение которых могут снизить качество предоставляемой на платной основе медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

7. Я ознакомлен(а) с Перечнем оказываемых в Больнице медицинских услуг и действующим Прейскурантом цен, в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях и методах оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинского вмешательства, их последствия, в том числе вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

8. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

9. Я ознакомлен(а) с положениями статей 29–32 Закона № 2300-1 «О защите прав потребителей», в том числе с правом на отказ от исполнения договора, правом на уменьшение цены при обнаружении недостатков, правом на составление твердой сметы по моему требованию. Понимаю, что могу получить аналогичную медицинскую помощь бесплатно в рамках программы ОМС, о чем проинформирован(а) отдельно.

10. Я подтверждаю, что ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг, выбираю оказание платных медицинских услуг и согласен(-а) на их применение и оплату стоимости в соответствии с Прейскурантом цен.

Пациент _____
(Фамилия Имя Отчество)

Дата «____» _____ г. Подпись _____

АКТ
приема-сдачи оказанных медицинских услуг

г. Ростов-на-Дону

« ____ » _____ 20 ____ г.

Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Центральная городская больница им. Н.А. Семашко» в г. Ростове-на-Дону (ГБУ РО «ЦГБ им. Н.А. Семашко» в г. Ростове-на-Дону), адрес местонахождения: 344000, Ростовская обл., Ростов-на-Дону, пр. Ворошиловский 105, Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц, выданное инспекцией Федеральной налоговой службы по Октябрьскому району г. Ростова-на-Дону, сер.61 № 007190869 от «26» октября 2011г., ОГРН № 1026103728782; лицензия: Л041-01050-61/00323927 от 17 июня 2020 г., выданная Министерством здравоохранения Ростовской области расположенным по адресу: 344029, г. Ростов-на-Дону, ул.1-й Конной Армии,33, тел. 8(863)242-30-96, в соответствии с перечнем услуг, указанных в Приложении № 1 к лицензии и приложении к настоящему договору, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны,

и гражданин(ка) _____,
паспорт _____ выдан (когда и кем) _____,

адрес места жительства, телефон: _____

именуемый в дальнейшем «Потребитель (Заказчик)», с другой стороны, составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. В соответствии с условиями договора на оказание платных медицинских услуг № ____ от «Исполнитель» оказал платные медицинские услуги, поименованные в договоре и Приложении № 1 к договору, в полном объеме в соответствии с графиком работы Исполнителя.
2. Вышеуказанные услуги оказаны полностью и в срок, определенный договором.
3. Медицинские документы, отражающие состояние Потребителя/Заказчика после получения медицинской услуги выданы в полном объеме Потребителю/Заказчику.
4. Потребитель/Заказчик претензий по объему, качеству, срокам и условиям предоставления оказанных услуг не имеет.

Исполнитель

Потребитель
