



УВЕДОМЛЕНИЕ

Я, _____, г.р. _____, ознакомлен с перечнем работ (услуг), отраженных в выписке из реестра лицензий на медицинскую деятельность, преискурантом цен «Исполнителя», понимаю 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.

Я проинформирован, что ГБУЗ РКПЦ Минздрава РБ участвует в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, что имею возможность получить соответствующие виды и объемы 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 (далее – территориальная программа).

Я, уведомлен, что в соответствии с пунктом 20 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. № 736, обязан соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности и правила поведения пациента в медицинских организациях.

_____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг

г. Уфа _____ «_____» _____ 202_ г.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республиканский клинический психотерапевтический центр Министерства здравоохранения Республики Башкортостан (далее – ГБУЗ РКПЦ Минздрава РБ), ОГРН 1110280064036, ИНН 0274162028, действующее на основании Лицензии на медицинскую деятельность от 26.06.2024г. № ЛО41-01170-администратора, действующего на основании доверенности № _____ от _____, и именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны,

и _____ Паспорт:серия _____ № _____
выдан _____ Дата выдачи _____ Адрес регистрации: _____
имени и в интересах _____,

именуемый далее «Потребитель» заключили настоящий договор о следующем:

ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА, ОБЪЕМ УСЛУГ. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

о настоящему договору Исполнитель обязуется оказать Потребителю медицинские услуги, в соответствии с Преискурантом на оказание платных медицинских услуг, действующим у Исполнителя на момент оказания медицинской услуги, а Потребитель обязуется принять и оплатить эти услуги. Оплата производится до оказания услуг.

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

Стоимость _____ договора

прописью

Исполнитель оказывает услуги по настоящему договору в своих структурных подразделениях, силами врача _____, согласно установленному режиму работы.

Подписывая настоящий договор «Потребитель» подтверждает, что ему в доступной форме была разъяснена информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ней рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

Настоящий Договор вступает в силу с момента его заключения Сторонами и действует до полного выполнения Сторонами своих обязательств. Факт оказания платных медицинских услуг подтверждается подписанием Акта оказания платных медицинских услуг.

Услуги по настоящему Договору оказываются Исполнителем только при наличии информированного добровольного согласия Потребителя, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, по форме, согласованной Сторонами в Приложении N 1 к настоящему Договору.

Настоящий Договор может быть расторгнут ранее окончания срока действия в следующих случаях:

по инициативе Исполнителя;

при невыполнении Потребителем обязательств по оплате услуг. При этом Потребитель обязан оплатить фактически оказанные услуги в соответствии с Преискурантом Исполнителя, действующим на день оказания услуги;

при нарушении Потребителем условий настоящего Договора, а именно при нарушении Потребителем плана лечения, режима осуществляемых процедур, нарушений диеты, несоблюдение врачебных рекомендаций и назначений, при отказе Потребителя от необходимых обследований, непрохождение которых препятствует дальнейшему оказанию услуг.

по инициативе Потребителя:

- в любое время, при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов;

при несоблюдении Исполнителем установленных сроков оказания услуг и иных положений настоящего Договора.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

исполнитель обязан:

знакомить Потребителя с порядком и объемом оказания платных медицинских услуг, преискурантом Исполнителя на оказание платных медицинских услуг;

казать медицинские услуги надлежащего качества с применением надлежащих материалов, медикаментов, инструментов, оборудования и т.д.;

если медицинскую документацию в соответствии с законодательством РФ.

сполнитель вправе:

тказать Потребителю в оказании медицинских услуг в случае пребывания Потребителя в состоянии алкогольного, наркотического и иного опьянения, совершения Потребителем противоправных действий, угрожающих жизни и здоровью окружающих, либо имуществу Исполнителя;

амостоятельно, по согласованию с Потребителем, определять характер и объем платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю, в ходе исполнения настоящего договора;

отребитель обязан:

редупредить Исполнителя обо всех известных препаратах, вызывающих у Потребителя аллергические реакции, хронических заболеваниях, принимаемых препаратах;

ыполнять все требования Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление платной медицинской услуги, включая: сообщение необходимых для этого сведений, предоставления запрашиваемых Исполнителем документов, соблюдение рекомендаций медицинского характера (как лечебных, диагностических так и профилактических);

повестить Исполнителя о медицинских вмешательствах, диагностических и профилактических мероприятиях, медицинских препаратах, которые Потребитель принимает, в течение срока действия настоящего договора;

звещать Исполнителя о любых осложнениях и отклонениях, возникших в ходе оказания платных медицинских услуг; являться на прием в строго назначенное время. При отсутствии возможности посещения врача в назначенное время заранее предупредить об этом Исполнителя через регистратуру по телефону: 8 (347)285-77-07.

2.4. Потребитель обязан:

- оплатить стоимость предоставляемых медицинских услуг в полном объеме;

Потребитель имеет право:

а получение полной информации об оказании платных медицинских услуг, включая информацию о возможных побочных эффектах, противопоказаниях и результатах оказания платных медицинских услуг, в том числе вопросы о возможности получения указанных услуг на бесплатной основе.

КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

3.1. Стороны считают конфиденциальной информацию:

форме и содержании двусторонних документов, характере и величине встречных обязательств;

ведения о заболеваниях Пациента, а также о конкретных случаях его обращения за медицинской помощью.

3.2. Передача конфиденциальной информации одной Стороной иным лицам или иное разглашение этой информации может осуществляться только с письменного разрешения другой Стороны настоящего Договора.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

сполнитель не несет ответственности перед Потребителем в случае невыполнения Потребителем пункта 2.3. настоящего Договора или при неисполнении Плательщиком п.п. 2.4 настоящего договора.

ретензии по ненадлежащему исполнению платной медицинской услуги от Пациента принимаются в письменной форме.

Исполнитель не несет ответственности за неисполнение/ненадлежащее исполнение Договора, а также за оказание Услуг не в полном объеме, за возможные осложнения, связанные с оказанием возмездных Услуг, возникшие в случаях нарушения Заказчиком/пациентом условий настоящего Договора, либо в случаях несоблюдения Потребителем рекомендаций по лечению и иных неправомерных действий.

4.5. При предоставлении Потребителем результатов анализов, сделанных сторонними медицинскими учреждениями, Исполнитель исходит из добросовестности Потребителя и третьих лиц и не несет ответственности в случае предоставления сведений, не соответствующих действительности.

4.6. Исполнитель не несет ответственности при наличии у Потребителя индивидуальной непереносимости и(или) патологической токсической реакции на медикаментозные средства и(или) материалы, выявленные в процессе оказания Услуг.

4.7. Заболевания и иные патологические состояния, о которых стороны не знали и которые не были выявлены в процессе действия настоящего Договора (выявление которых не предусмотрено стандартами и протоколами в медицине на момент заключения настоящего Договора), а также обстоятельства, которые на современном уровне развития медицинской науки и практики не могут быть однозначно спрогнозированы, диагностированы и предотвращены, рассматриваются сторонами как обстоятельства форс-мажора в соответствии с ч. 4 ст. 29 Закона РФ № 2300-1 «О защите прав потребителей».

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

ОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫДАЧИ ПОТРЕБИТЕЛЮ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ И ВЫПИСОК ИЗ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ

5.1. Справки, медицинские заключения, выписки или копии медицинских документов выдаются потребителю в соответствии с положениями приказом Министерства здравоохранения РФ от 14 сентября 2020 г. N 972н "Об утверждении Порядка выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений", а также приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 789н "Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них".

СЛОВИЯ И СРОКИ ОЖИДАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

6.1. Основанием для оказания платных медицинских услуг является добровольное волеизъявление Потребителя получить медицинскую и (или) иную услугу, связанную с оказанием медицинской услуги на возмездной основе, при условии предоставления в доступной форме необходимой информации о возможности получения медицинской помощи (медицинской услуги) бесплатно в рамках Программы (территориальной программы) государственных гарантий.

6.2. Платные медицинские услуги предоставляются Исполнителем в виде первичной медико-санитарной помощи, в том числе первичной доврачебной, первичной врачебной и первичной специализированной медико-санитарной помощи, в амбулаторных условиях, в порядке и на условиях положений, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

6.3. При оказании медицинских услуг Исполнитель обязуется соблюдать порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

6.4. Платные медицинские услуги могут предоставляться Исполнителем в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем стандарта медицинской помощи.

6.5. Режим работы Исполнителя размещается на информационном стенде и на официальном сайте Исполнителя в сети «Интернет»

6.6. Срок ожидания оказания медицинских услуг составляет не более 14 дней.

. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

.1. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

.2. Договор действует вплоть до полного исполнения своих обязательств Исполнителем и Потребителем указанных в разделе 1 данного Договора.

.3. 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) 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

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

Перечень приложений к настоящему договору:

Приложение № 1 - Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

Приложение № 2 - Информированное добровольное согласие на предоставление медицинских услуг на платной основе.

Приложение № 3 - Согласие на обработку персональных данных.

Приложение № 4 - Акт оказанных услуг.

РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ГБУЗ РКПЦ МИНЗДРАВА РБ

Юр. адрес Российская Федерация,

450075, Башкортостан Респ., г. Уфа, ул. Рихарда Зорге, д.

Казначейский счет 03224643800000000100

в Отделение - НБ Республика Башкортостан г. Уфа

ЕКС 30113040260

БИКТОФК 048073001

ИНН 0274162028 КПП 027601001

Л/С 30113040260

ОГРН 1110280064036

КС 03224643800000000100

e-mail: UFA.RKPC@doctorrub.ru

адрес сайта медицинской организации <https://rkpc.ru>

ПОТРЕБИТЕЛЬ:

ФИО

Паспортные данные:

Серия _____ № _____

Выдан: _____

Код

подразделения _____

Адрес

регистрации: _____

ИНН: _____

Гражданство: _____

Телефон: _____

Один экземпляр договора получил на руки

Подпись:

✓ _____ / _____ /

Приложение № 1 к договору _____ от « _____ » _____ 202_г
Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
для получения первичной специализированной помощи

Я, _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)

года рождения, проживающий(ая) по адресу _____
поставлен (поставлена) в известность, что я (представляемый) госпитализирован(а) в отделение

(указать название или профиль отделения)

не, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого).

ознакомлен (ознакомлена) с порядком 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, осмотра, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, тонометрию, исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы), лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, электроэнцефалография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования, введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно, медицинский массаж, лечебная физкультура. Медицинские вмешательства, связанные с проведением консультаций психолога, логопеда, дефектолога, врача терапевта, врача педиатра, врача невролога, врача-физиотерапевта. 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;

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;

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;

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;

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

✓ _____ (расшифровка подписи) _____ (подпись)

Расписался в моем присутствии _____ (должность. ФИО)
г. _____

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»,

Желаю получить платные медицинские услуги в ГБУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Министерства здравоохранения Республики Башкортостан. 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)

п

Решение об отказе получения медицинской услуги бесплатно принято мной добровольно, без какого-либо принуждения

добровольно - прописью)

л

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 ознакомлен (а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

и

н

н

ф

о

р

н.

а

ц

н

ю

п

д

р

я

д

к

ц

и

е

н

е

р

е

д

н

в

е

т

и

и

_____ (должность. ФИО)

н

а

г. отказываюсь



_____ (расшифровка) подписи)

_____ (подпись)

АКТ

оказанных платных медицинских услуг

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республиканский клинический психотерапевтический центр Министерства здравоохранения Республики Башкортостан, ОГРН 1110280064036, ИНН 0274162028, Свидетельство серии 02 № 006697748 выдано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 39 по Республике Башкортостан, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», действующее на основании Лицензии на медицинскую деятельность № ЛО-02-01-008066 от 09.12.2020г.серия 009608 (срок действия: бессрочно), выданной Министерством здравоохранения Республики Башкортостан., в лице главного врача Тулбаевой Натальи Рифовны, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель»,

Паспорт: серия _____ № _____ выдан _____

Дата выдачи _____

Регистрация: _____

Тел. _____

именуемый в дальнейшем «Потребитель», составили настоящий акт о нижеследующем:

Исполнитель оказал, а потребитель принял 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)

о

г

Потребитель принял оказанные Исполнителем услуги в полном объеме, претензий к их качеству не имеет.

а

с

Настоящий акт составлен в 2 экземплярах, по одному для каждой из сторон

о

РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

в

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ФБУЗ РКПЦ МИНЗДРАВА РБ

Кадр. адрес Российская Федерация,

450075, Башкортостан Респ., г. Уфа, ул. Рихарда

Зорге, д. 73/3

Казначейский счет 03224643800000000100

в Отделение - НВ Республика Башкортостан г. Уфа

БКС 30113040260

ВИКТОФК 048073001

ИНН 0274162028 КПП 027601001

Л/С 30113040260

ОГРН 1110280064036

К/С 03224643800000000100

e-mail: UFA.RKPC@doctorrb.ru

адрес сайта медицинской организации

о

г

о

в

о

р

у

с

т

о

и

м

о

с

т

ь

у

с

л

у

г

с

о

с

т

а

в

л

я

е

т

ПОТРЕБИТЕЛЬ:

ФИО

Паспортные _____ данные:

Серия _____ № _____

Выдан: _____

Код _____

подразделения _____

Адрес _____

регистрации: _____

ИНН: _____

Гражданство: _____

Телефон: _____

Один экземпляр договора получил на руки

Подпись:

✓ _____ / _____