

Я _____, дата рождения _____, подтверждаю, что на основании «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» (утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736) до заключения договора на оказание платных медицинских услуг я уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний и рекомендаций медицинского работника, предоставляющего медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, отказ от рекомендованных видов диагностики, этапов лечения и реабилитации может снизить качество предоставления платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

С уведомлением ознакомлен(а) _____
(дата) (подпись) (расшифровка подписи)

Настоящим, я _____, в связи с заключением договора на получение платных медицинских услуг анонимно, подтверждаю, что до моего сведения в полной и доступной форме доведена информация о последствиях такого анонимного заключения договора.

При анонимном заключении договора, вследствие невозможности установить личность Потребителя, медицинская организация не предоставляет:

- информацию об оказанной медицинской помощи, состоянии здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях,
- медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях.
Потребитель до заключения Договора предупрежден о том, что в случае получения медицинских услуг анонимно он осознанно лишает себя права на действия, требующие обязательную процедуру удостоверения личности, в частности: подавать любые значимые претензии к Исполнителю от своего настоящего имени, получать выписки и копии медицинских документов с указанием своих настоящих ФИО, получить социальный налоговый вычет за платные медицинские услуги, разрешить официальному представителю действовать от настоящего имени Потребителя. Потребитель несет личную ответственность за достоверность предоставления Исполнителю информации о состоянии своего здоровья согласно статье 19 ГК РФ.

С уведомлением ознакомлен(а) _____
(дата) (подпись) (расшифровка подписи)

Договор на оказание платных медицинских услуг № _____ на условиях анонимности

г. Липецк

«___» _____ 20__ г.

Государственное учреждение здравоохранения «Областная стоматологическая поликлиника – Стоматологический центр», ОГРН 1024840842938, ИНН 4825006040, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании доверенности от _____ и лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01195-48/00337865 от 07.09.2018, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109012, Москва, Славянская площадь, д.4, стр.1, тел. +7(499) 578-06-70, +7 (499) 578-02-20), с одной стороны, и Потребитель, без предъявления удостоверяющих личность документов, изъявивший добровольное желание заключить настоящий Договор анонимно либо под вымышленным именем (указать имя-обращение, выбранное пациентом)

(ФИО Потребителя)

именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. По настоящему договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя, обязуется оказать ему медицинские услуги анонимно в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, а Потребитель обязуется оплатить данную помощь. Основанием для оказания платных медицинских услуг является личное обращение и добровольное желание Потребителя получить медицинские услуги за плату на условиях анонимности, наличие медицинских показаний и возможностей Исполнителя для оказания медицинских услуг.

1.2. **Перечень** платных медицинских услуг, предоставляемых по настоящему договору, и все материалы и оборудование, необходимые для оказания услуг, предоставляется Исполнителем и определяется в **Заказ-наряде** № _____ от _____, который является неотъемлемой частью настоящего договора.

1.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с **Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»**.

1.4. Срок оказания медицинских услуг с «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г.

1.5. Информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги, о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи доводится до сведения Потребителя в Информированном Добровольном согласии на медицинское вмешательство, а также размещается на стенде Исполнителя.

1.6. Исполнитель устанавливает гарантийный срок для материального результата на каждый вид работы и срок службы на

7310

Потребителя (Заказчика), установить на территории Исполнителя видеонаблюдение (в том числе в холле и в кабинетах).

2.3. Потребитель обязуется:

2.3.1. Оплатить стоимость предоставленных Исполнителем медицинских услуг, указанных в п. 2.1.1 настоящего договора в сроки и в порядке, которые определены настоящим договором.

2.3.2. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

2.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору.

2.3.4. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в ГУЗ «Осп-Сц». Правила поведения пациента в ГУЗ «Осп-Сц» размещены на официальном сайте Исполнителя <https://oblstomat48.ru/priemplat> в разделе «Пациентам» и на информационных стендах, расположенных на 1 и 5 этажах здания поликлиники по адресу: г. Липецк, ул. Циолковского, д. 22.

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. Получать информацию об Исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах.

2.4.2. На выбор врача, оказывающего необходимые медицинские услуги.

2.4.3. Отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

3. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов

3.1. Стоимость услуг, оказываемых по настоящему договору, определяется на основании **Заказ-наряда № _____** от _____ по ценам в соответствии с действующим Прейскурантом платных медицинских услуг, утвержденным Исполнителем, и составляет _____ (_____) рублей.

3.2. Потребителю в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

3.3. В случае заключения отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного договора.

3.4. Оплата услуг по договору осуществляется наличными денежными средствами или с использованием платежных банковских карт по выбору Потребителя 100% по факту оказания медицинских услуг в отделении платных услуг). Потребитель, получающий медицинские услуги на условиях анонимности, не имеет права пользоваться рассрочками оплаты услуг по Договору, если они применяются у Исполнителя.

3.5. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Потребителя удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Потребителем по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

4. Ответственность сторон

4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную **законодательством** Российской Федерации.

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

4.3. Исполнитель не вправе без получения согласия Потребителя оказывать дополнительные услуги за плату. Потребитель вправе отказаться от оплаты таких услуг, а если они оплачены, вправе потребовать от Исполнителя возврата уплаченной суммы.

Согласие Потребителя на оказание дополнительных услуг за плату оформляется Исполнителем в письменной форме, если иное не предусмотрено законом.

4.4. При наличии в настоящем договоре условий, ущемляющих права Потребителя, которые могут повлечь причинение ему убытков, они подлежат возмещению Исполнителем в полном объеме в соответствии со статьей 13 Закона РФ от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей».

4.5. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

5. Конфиденциальность

5.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

5.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

6. Заключительные положения

6.1. До заключения настоящего договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя 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.

6.2. Настоящий договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

6.3. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

6.4. Настоящий договор составлен в двух аутентичных экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

6.5. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

7. Перечень медицинских услуг

7.1. В соответствии с лицензией, указанной в преамбуле настоящего Договора Исполнитель вправе оказывать следующие

медицинские услуги (выполнять работы):

7.1.1. по адресу: 398043, Липецкая область, г. Липецк, улица Циолковского, дом 22 - при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, медицинской статистике, рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии ортопедической, стоматологии профилактической, физиотерапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, ортодонтии, рентгенологии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, физиотерапии. 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 (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым).

7.1.2. по адресу: 398055, Липецкая область, г. Липецк, улица Московская, дом ба, нежилое помещение № 19, литера А1 - при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу, стоматологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: стоматологии детской.

8. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель

Государственное учреждение здравоохранения
«Областная стоматологическая поликлиника –
Стоматологический центр» (ГУЗ «Осп-Сц») –

Юридический адрес: 398043, Липецкая область,
г. Липецк, ул. Циолковского, 22

Е-mail: osp-sc@zdrav48.ru

ИНН 4825006040/ КПП 482601001

Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ о юридическом
лице, зарегистрированном до 1 июля 2002 года серии 48 №
000806489 выдано Инспекцией МНС России по Центральному
району г. Липецка, дата внесения записи 12.11.2002

Потребитель

_____ / _____

м.п.

_____ / _____

(подпись)

(инициалы, фамилия)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я. _____,
(ФИО Потребителя)

действующий в своих интересах (далее – Потребитель), настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в государственном учреждении здравоохранения «Областная стоматологическая поликлиника – Стоматологический центр» (Исполнитель) в рамках договора об оказании платных медицинских услуг от _____._____.202__ № _____.

При этом Исполнитель в доступной для меня форме:

- ознакомил с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. № 736);

- ознакомил с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;

- ознакомил с условиями и сроками ожидания платных медицинских услуг в ГУЗ «Осп-Сц»;

- ознакомил с Правилами поведения пациента в ГУЗ «Осп-Сц»;

- ознакомил с порядком, утвержденным Приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них», о предоставлении Потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

1) о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

2) об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению;

- ознакомил со стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями (при их наличии), с учетом и на основании которых оказываются медицинские услуги;

- уведомил 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 оказания медицинской помощи, т.е. по месту жительства (в поликлинике), при наличии полиса обязательного страхования, СНИЛСА и паспорта.

Настоящее согласие мною прочитано и подписано после проведения разъяснительной беседы и ознакомления с информацией по порядку представления платных медицинских услуг и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

Потребитель:

(подпись)

(расшифровка подписи)

(дата)