

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Республики Башкортостан
Стоматологическая поликлиника города Стерлитамак**

П Р И К А З

от «31» августа 2023 г.

№54-Д п.1

«Об утверждении Положения с приложениями на платные услуги»

В связи с вступлением в действие с 1 сентября 2023 года правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. № 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006"

1. Приказываю:

1.1. Утвердить Положение о предоставлении платных медицинских услуг в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республики Башкортостан Стоматологическая поликлиника города Стерлитамак с приложениями.

1.2. Отменить действие Положения о предоставлении платных медицинских услуг в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республики Башкортостан Стоматологическая поликлиника города Стерлитамак от 25 декабря 2020 года.

2. Поручаю:

2.1. Заместителю главного врача по лечебной работе Купреевой О.А., заведующим отделениями:

2.1.1. ввести в действие Положение о предоставлении платных медицинских услуг в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республики Башкортостан Стоматологическая поликлиника города Стерлитамак с приложениями с 01 сентября 2023 года.

2.1.2. Начальнику отдела информационно-коммуникационных технологий Ефимову П.А. разместить информацию на официальном интернет-сайте Исполнителя (www.sp1str.ru) в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", а также на информационных стендах (стойках), которая установлена действующими нормативными актами:

1) приказ «Об утверждении Положения с приложениями на платные услуги» в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республики Башкортостан Стоматологическая поликлиника города Стерлитамак;

2) наименование поликлиники полное и сокращенное;

3) адрес места нахождения юридического лица,

4) основной государственный регистрационный номер, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц (ЕГРЮЛ), с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;

5) идентификационный номер налогоплательщика;

6) сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности (номер и дата регистрации, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность; наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа); ссылку на адрес сайта Росздравнадзора в сети Интернет,

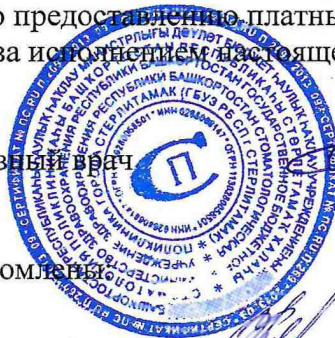
- 7) порядок и условия предоставления медицинской помощи в соответствии с программой и территориальной программой;
- 8) перечень платных медицинских услуг с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты;
- 9) формы договоров об оказании платных медицинских услуг;
- 10) информацию о внеочередном приеме (оказании медицинской помощи) отдельных категорий граждан в соответствии с законодательством РФ;
- 11) показатели доступности и качества медицинской помощи.
- 12) сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;
- 13) режим работы поликлиники, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг; адреса и телефоны поликлиники, адрес сайта в сети Интернет;
- 14) информацию о форме и способах направления обращений (жалоб), а также почтовый адрес или адрес электронной почты поликлиники, на которые потребителем (заказчиком) может быть направлена обращение (жалоба).
- 15) адреса и телефоны органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор) и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор).

2.1.3. Начальнику планово-экономического отдела Мурзагуловой И.Н. и главному бухгалтеру Ишмуратовой С.В. проводить внутренний финансовый аудит работы отделений по предоставлению платных услуг.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач

Ознакомлены



Р.Р. Шакиров

Купреева О.А. _____

Мурзагулова И.Н. _____

Ишмуратова С.В. _____

Ефимов П.А. _____

Утверждено приказом
Главного врача
ГБУЗ РБ СП г. Стерлитамак
Р.Р. Шакировым
от «31» августа 2023 г. №54-Дп.1

ПОЛОЖЕНИЕ
о предоставлении платных медицинских услуг в
государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республики Башкортостан
Стоматологическая поликлиника города Стерлитамак.

Общие положения

1.1. Настоящее Положение разработано в соответствии с Конституцией Российской Федерации, Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Федеральным законом от 29.11.2010 №326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", Законом РФ от 27.11.1992 №4015-1 "Об организации страхового дела в Российской Федерации", Законом РФ от 07.02.1992 №2300-1 "О защите прав потребителей", Приказом Министерства здравоохранения Республики Башкортостан от 2 октября 2020 г. N 1532-Д Порядок определения цен (тарифов) на медицинские услуги, предоставляемые медицинскими организациями, являющимися бюджетными и казенными государственными учреждениями, находящимися в ведении Министерства здравоохранения Республики Башкортостан, в соответствии с «Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденными Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 г. № 736, программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, Уставом государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Башкортостан Стоматологическая поликлиника г. Стерлитамак, в целях определения порядка и условий предоставления государственным бюджетным учреждением здравоохранения Республики Башкортостан Стоматологической поликлиникой г. Стерлитамак платных медицинских услуг.

1.2. Для целей настоящего Положения используются следующие основные понятия:

платные медицинские услуги – медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;

потребитель - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором;

заказчик - физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

исполнитель - государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Стоматологическая поликлиника г. Стерлитамак (далее - поликлиника), предоставляющий платные медицинские услуги потребителям.

1.3. По настоящему Положению платные медицинские услуги населению предоставляются при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях.

1.4. Платные медицинские услуги предоставляются поликлиникой на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, предоставленной в установленном порядке.

1.5. Требования к платным медицинским услугам, в том числе к их объему и срокам оказания, определяются по соглашению сторон договора, если федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации на предусмотрены другие требования.

2. Информирование при предоставлении платных медицинских услуг

2.1. Поликлиника обеспечивает своевременное доведение информации об исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах в целях обеспечения правильного выбора услуг посредством

размещения на официальном интернет-сайте Исполнителя (www.sp1str.ru) в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", а также на информационных стендах (стойках) сведений, информации и документов, доступ к которым должен быть обеспечен исполнителем в соответствии с Законом РФ от 07.02.1992 №2300-1 "О защите прав потребителей", в соответствии с «Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденными Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 г. № 736. Перечень информации, подлежащей размещению, приведен в приложении № 1 к Положению.

2.2. Информация, размещенная на информационных стендах (стойках) Поликлиники, доступна неограниченному кругу лиц в течение всего рабочего времени Поликлиники. Информационные стенды (стойки) располагаются в доступном для посетителей месте и оформляются таким образом, чтобы обеспечить возможность беспрепятственного ознакомления с размещенной на них информацией.

2.3. До заключения договора Поликлиника в письменной форме уведомляет потребителя (заказчика) 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.

3. Условия предоставления платных медицинских услуг

3.1. При заключении договора потребителю (заказчику) в доступной форме предоставляется 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 (далее - соответственно программа, территориальная программа). Отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы.

3.2. Поликлиника вправе предоставлять платные медицинские услуги:

а) на иных условиях, чем предусмотрено программой, территориальными программами и (или) целевыми программами, по желанию потребителя (заказчика), включая в том числе:

-применение лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, если их назначение и применение не обусловлено жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень, а также применение медицинских изделий, не предусмотренных стандартами медицинской помощи;

б) при предоставлении медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

в) гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;

г) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных ст.21 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", и случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в неотложной или экстренной форме.

3.3. При предоставлении платных медицинских услуг должны соблюдаться порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Минздравом России.

3.4. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Минздравом России, либо по просьбе потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

3.5. Цены (тарифы) на предоставляемые платные медицинские услуги разрабатываются планово-экономическим отделом Поликлиники, исходя из затрат, расчетной стоимости, конъюнктуры и потребности рынка, в соответствии с порядком определения цен (тарифов) на медицинские услуги, который устанавливается органом, осуществляющим функции и полномочия учредителя – Минздравом Республики Башкортостан.

4. Порядок заключения договора и оплаты медицинских услуг

4.1. Платные медицинские услуги предоставляются на основании договора, который заключается потребителем (заказчиком) и исполнителем в письменной форме. Оформление договоров на предоставление платных медицинских услуг с физическими и юридическими лицами осуществляется в кассе Поликлиники. Заключение договора с физическим лицом происходит по предварительной записи потребителя (заказчика) в регистратуре Поликлиники. Предварительная запись на приём осуществляется по телефону, на официальном сайте Поликлиники в сети Интернет или при личном обращении в регистратуру Поликлиники. Договор составляется в 3 экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй - у заказчика, третий - у потребителя. В случае если договор заключается потребителем и исполнителем, он составляется в 2 экземплярах. Формы договоров приведены в приложении № 2 к Положению.

4.2. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета. Ее составление по требованию потребителя (заказчика) или Поликлиники является обязательным, при этом она является неотъемлемой частью договора.

4.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, лечащий врач обязан предупредить об этом потребителя (заказчика) и составить дополнительное соглашение к договору об предоставлении платных медицинских услуг. Без согласия потребителя (заказчика) Поликлиника не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

4.4. 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 от 21.11.2011 №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

4.5. Потребитель (заказчик) обязан оплатить предоставленную Поликлиникой медицинскую услугу в сроки и в порядке, которые определены договором.

4.6. Оплата за предоставленные медицинские услуги Заказчик (Потребитель) оплачивает до начала их оказания путем перечисления как наличными, так и безналичными денежными средствами на расчетный счет Исполнителя через терминал (банкомат) либо через финансово-кредитное учреждение по реквизитам, указанным в настоящем Договоре, так и безналичными денежными средствами в кассе Поликлиники, с выдачей документа, подтверждающего произведенную оплату (контрольно-кассовый чек, квитанция, иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

4.7. Платные медицинские услуги в амбулаторных условиях оказываются после их предварительной оплаты; запись о планируемых медицинских услугах вносится во вкладыш №1 в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (далее – амбулаторная карта).

4.8. В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Поликлиника информирует потребителя (заказчика) о расторжении договора по инициативе потребителя, при этом потребитель (заказчик) оплачивает Поликлинике фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

4.9. Потребителю (заказчику) выдается документ, подтверждающий в соответствии с законодательством Российской Федерации произведенную оплату медицинских услуг. Справка об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы Российской Федерации установленной формы выдаётся в кассе и (или) бухгалтерии Поликлиники в порядке, определенном настоящим Положением.

4.10. Возврат денежных средств по договору производится на основании записи заведующего отделением в амбулаторной карте по заявлению потребителя (заказчика) (рекомендуемая форма приведена в приложении № 3 к Положению) при предъявлении потребителем (заказчиком) документов, подтверждающих личность заявителя.

4.12. При предоставлении платных медицинских услуг сохраняется установленный режим работы Поликлиники, при этом не должны ухудшаться доступность и качество медицинской помощи, оказываемой по программе, территориальным программам и (или) целевым программам.

4.13. Для оказания платной медицинской помощи населению Поликлиника обеспечивает участие высококвалифицированного медицинского персонала, а также других работников, осуществляющих деятельность Поликлиники по предоставлению платных медицинских услуг населению.

4.14. После исполнения договора Поликлиника выдает потребителю (законному представителю потребителя) по его письменному заявлению медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителю (его законному представителю), включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

4.15. Заключение договора добровольного медицинского страхования и оплата медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с указанным договором, осуществляются в соответствии с Гражданским

кодексом Российской Федерации и Законом РФ от 27.11.1992 г. №4015-1 "Об организации страхового дела в Российской Федерации".

4.16. Поликлиникой могут быть оказаны иные дополнительные услуги, имеющие целью улучшить качество медицинских услуг и предоставить пациенту более комфортные условия при оказании медицинской помощи. Виды и стоимость дополнительных услуг утверждается приказом Поликлиники.

5. Порядок предоставления платных медицинских услуг

5.1. Поликлиника предоставляет платные медицинские услуги, качество которых соответствует условиям договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида. В случае если федеральным законом, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых платных медицинских услуг должно соответствовать этим требованиям.

5.2. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, и согласия на обработку персональных данных, данного в порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных».

5.3. Поликлиника предоставляет потребителю (представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- 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;

- 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.

5.4. При предоставлении платных медицинских услуг Поликлиника соблюдает установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядки и сроки их предоставления.

6. Правила выдачи справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы

6.1. Справка об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы (далее – Справка) выдается по требованию потребителя (заказчика), производившего оплату медицинских услуг.

6.2. Справка выдается однократно после оплаты медицинских услуг и прохождения полного комплекса лечения в Поликлинике за один налоговый период при личном обращении потребителя (заказчика) в кассу и(или) бухгалтерию Поликлиники при предъявлении паспорта и ИНН плательщика.

6.3. Потребитель (заказчик) вправе получить Справку дистанционно путем направления запроса на электронную почту Поликлиники STR.SP1@doctorr.ru, содержащего:

фамилию, имя, отчество, дату рождения (полностью) заказчика медицинских услуг в соответствии с договором на оказание платных медицинских услуг; фамилию, имя, отчество, дату рождения (полностью) потребителя (пациента) медицинских услуг в соответствии с договором на оказание платных медицинских услуг; период получения пациентом медицинских услуг; почтовый адрес с индексом (для получения пакета документов почтой); ИНН плательщика в соответствии с договором на оказание платных медицинских услуг; контактный телефон.

6.4. Срок изготовления запрошенной дистанционно Справки составляет 10 (десять) рабочих дней со дня подачи запроса.

6.5. Поликлиника направляет Почтой России сформированный согласно пункту 6.3. пакет документов по указанному пациентом (заказчиком) почтовому адресу.

7. Заключительные положения

7.1 Поликлиника несет ответственность за неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору на предоставление платных медицинских услуг, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

7.2. Вред, причиненный жизни и здоровью потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Поликлиники в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7.3. Ответственность за организацию предоставления платных медицинских услуг в Поликлиники несут назначенные приказом главного врача Поликлиники ответственные и главный врач.

7.4. Контроль за соблюдением установленных законодательством правил предоставления платных медицинских услуг осуществляет Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в рамках установленных полномочий.

Перечень информации, подлежащей размещению
на официальном сайте ГБУЗ РБ Стоматологическая поликлиника г. Стерлитамак
в сети Интернет и на информационных стендах

ГБУЗ РБ Стоматологическая поликлиника г. Стерлитамак (далее – поликлиника) на официальном интернет-сайте Исполнителя (www.sp1str.ru) в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", а также на информационных стендах (стойках), обязан разместить информацию, перечень которой установлен действующими нормативными актами:

- 1) наименование поликлиники полное и сокращенное;
- 2) адрес места нахождения юридического лица,
- 3) основной государственный регистрационный номер, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц (ЕГРЮЛ), с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;
- 4) идентификационный номер налогоплательщика;
- 5) сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности (номер и дата регистрации, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность; наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа); ссылку на адрес сайта Росздравнадзора в сети Интернет,
- 6) порядок и условия предоставления медицинской помощи в соответствии с программой и территориальной программой;
- 7) перечень платных медицинских услуг с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты;
- 8) формы договоров об оказании платных медицинских услуг;
- 9) информацию о внеочередном приеме (оказании медицинской помощи) отдельных категорий граждан в соответствии с законодательством РФ;
- 10) показатели доступности и качества медицинской помощи.
- 11) сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;
- 12) режим работы поликлиники, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг; адреса и телефоны поликлиники, адрес сайта в сети Интернет;
- 13) информацию о форме и способах направления обращений (жалоб), а также почтовый адрес или адрес электронной почты поликлиники, на которые потребителем (заказчиком) может быть направлена обращение (жалоба).
- 14) адреса и телефоны органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор) и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор).

Уведомление

(в соответствии с «Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»,
утвержденными Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 г. № 736)

Я, _____ настоящим уведомлен(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника), предоставившего 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 моего здоровья.

Подтверждаю, что добровольно согласился (-ась) на оказание медицинских услуг на платной основе, до заключения Договора ознакомлен(а) о порядке оказания медицинских услуг на бесплатной основе в рамках программы государственных гарантий, с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг и Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, действующими в медицинской организации.

Подпись Заказчика (Потребителя) _____

« » _____ 2023 г.

Договор
на предоставление платных медицинских услуг
(двухсторонний, форма)

г. Стерлитамак

«__» _____ 2023 г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Стоматологическая поликлиника г. Стерлитамак (ГБУЗ РБ СП г. Стерлитамак) (ОГРН 1130280058501, ИНН 0268068147, лицензия на осуществление медицинской деятельности №Л041-01170-02/00363983 от 21.01.2019 г. срок действия бессрочно, выдана Министерством здравоохранения Республики Башкортостан, г. Уфа, ул. Тукаева, 23, тел. (347)218-00-81), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____,

действующего на основании _____, с одной стороны, и _____ **ФИО, ДАТА РОЖДЕНИЯ, ПАСПОРТ**, (действующий(-ая) в интересах несовершеннолетнего **ФИО, ДАТА РОЖДЕНИЯ**, на основании свидетельства о рождении серия _____ № _____ являющийся законным представителем (мать, отец - Используется для договоров, заключаемых для предоставления платных медицинских услуг лицам, не достигшим возраста 18 лет)) именуемый(-ая) в дальнейшем Потребитель, с другой стороны, вместе именуемые Стороны, руководствуясь: ГК РФ, ФЗ от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"; ФЗ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей», «Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденными Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 г. № 736, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется предоставить Потребителю по его желанию, медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, на возмездной основе (далее – медицинские услуги), перечень которых определен в п.1.6 настоящего договора, а Потребитель обязуется своевременно оплатить стоимость медицинских услуг в полном объеме в соответствии с условиями договора.

1.2. Объем, оказываемых по настоящему договору медицинских услуг определяется желанием Потребителя и организационно-техническими возможностями Исполнителя.

1.3. Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, содержатся в действующем на момент заключения настоящего договора Прейскуранте. Изменения стоимости оказываемых услуг своевременно доводятся до Потребителя.

В момент подписания настоящего договора Потребитель ознакомлен с перечнем работ (услуг), отраженных в лицензии на медицинскую деятельность на официальном интернет-сайте Исполнителя (www.sp1str.ru), понимает содержащуюся в нем информацию, согласен с действующим перечнем и стоимостью медицинских услуг на медицинские услуги.

подпись _____ / _____
расшифровка подписи

1.4. Потребитель дает свое согласие на обработку своих персональных данных (Приложение № 1) и информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (Приложение № 2)

подпись _____ / _____
расшифровка подписи

1.5. Заключая настоящий договор, Потребитель проинформирован о том, что Потребитель, являясь гражданином РФ, имеет право на бесплатную медицинскую помощь согласно ч.1 ст. 41 Конституции РФ и может реализовать это право через программу государственных гарантий и территориальную программу государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

1.6. Исполнитель оказывает платные медицинские услуги Потребителю в соответствии с указанным ниже перечнем и их стоимостью:

- при возникновении объективной невозможности обеспечить безопасность услуги и (или) возникновении медицинских противопоказаний для осуществления лечебно-диагностических мероприятий при условиях наличия у Потребителя способности выразить свою волю, отсутствия угрозы для жизни Потребителя.
- в случае злоупотребления Потребителем алкогольными и наркотическими средствами (веществами). В этом случае одностороннее расторжение настоящего Договора по инициативе Исполнителя возможно при субъективной оценке соответствующего состояния Потребителя специалистом Исполнителя;
- при невозможности осуществления (продолжения) профилактики и/или диагностики, и/или лечения, выявленной в ходе приема по причине возникновения и/или обнаружения у Потребителя медицинских противопоказаний и/или невозможности обеспечения безопасности оказываемых медицинских услуг;
- если у Потребителя имеется и (или) выявится социально значимое заболевание, и (или) заболевание, представляющее опасность для окружающих (в соответствии со ст. 43 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

2.3. Потребитель обязуется:

2.3.1. Оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги, в сроки и в порядке, определенные настоящим договором.

2.3.2. Предоставить лечащему врачу данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных в других медицинских организациях (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные препараты, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения;

2.3.3. Соблюдать предписания лечащего врача, режим лечения, правила поведения, внутреннего распорядка, установленные Исполнителем.

2.4. Потребитель вправе:

2.4.1. Получить информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

2.4.2. Отказаться от получения медицинских услуг, за исключением случаев, предусмотренных ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В данном случае договор считается расторгнутым, и Потребитель обязан оплатить фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

3. Стоимость услуг и порядок расчетов

3.1. Стоимость предоставляемых Потребителю медицинских услуг определяется в соответствии с тарифами, действующими у Исполнителя и являющихся неотъемлемой частью настоящего договора.

3.2. Стоимость оказываемых медицинских услуг по настоящему договору составляет _____ рублей _____ копеек(_____) (указать сумму прописью).

3.3. Оплата медицинских услуг Потребитель оплачивает до начала их оказания в размере 100,0 (Сто) процентов предоплаты, путем перечисления как наличными, так и безналичными денежными средствами на расчетный счет Исполнителя через терминал (банкомат) либо через финансово-кредитное учреждение по реквизитам, указанным в настоящем Договоре, так и безналичными денежными средствами в кассе Поликлиники, с выдачей документа, подтверждающего произведенную оплату (контрольно-кассовый чек, квитанция, иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца).

3.4. Оплата медицинских услуг Потребитель оплачивает до начала их оказания в размере 20,0 (Двадцать) процентов предоплаты при заключении договора на предоставление ортопедических услуг, путем перечисления как наличными, так и безналичными денежными средствами на расчетный счет Исполнителя через терминал (банкомат) либо через финансово-кредитное учреждение по реквизитам, указанным в настоящем Договоре, так и безналичными денежными средствами в кассе Поликлиники, с выдачей документа, подтверждающего произведенную оплату (контрольно-кассовый чек, квитанция, иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца).

3.5. В случае если по каким-либо причинам, объем предоставляемых Потребителю медицинских услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо предоставление медицинских услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Исполнитель осуществляет возврат денежных средств Потребителю за не предоставленные ему медицинские услуги.

3.5. Итоговая стоимость медицинских услуг по настоящему договору при оказании Потребителю медицинской помощи в амбулаторных условиях, может отличаться от предварительно оплаченной как в сторону увеличения, так и в сторону уменьшения, в случае изменения по медицинским показаниям объемов предусмотренных договором медицинских услуг.

4. Ответственность сторон и порядок разрешения споров

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. Все споры и разногласия по настоящему Договору, в том числе связанные с недействительностью настоящего договора или его части, разрешаются в досудебном порядке путем переговоров, а в случае не достижения Сторонами согласия в течение десяти календарных дней со дня получения письменной претензии Стороны, спор разрешается в судебном порядке.

4.3. При обращении Потребителя к Исполнителю с претензией в связи с невыполнением или ненадлежащим выполнением Исполнителем обязательств по настоящему Договору Исполнитель в течение десяти календарных дней со дня получения претензии и необходимых документов, подтверждающих доводы претензии, от Потребителя, осуществляет клинично-экспертную оценку качества оказания медицинских услуг; при этом Исполнитель вправе привлекать к проведению оценки качества услуг специалистов, не являющихся сотрудниками Исполнителя. Потребитель направлением Исполнителю претензии в определенном настоящем пункте Договора порядке, дает согласие на предоставление медицинской документации, содержащей сведения о состоянии его здоровья, для целей клинично-экспертного контроля лицам, не являющимся сотрудниками Исполнителя; при этом предоставление медицинской документации указанным лицам в случае, предусмотренном настоящим пунктом Договора, не является со стороны Исполнителя нарушением обязательства настоящего Договора.

4.4. Исполнитель освобождается от ответственности за наступление осложнений, возникновение побочных результатов, ухудшение первоначально достигнутого результата в случаях: отказа Потребителя от дополнительных обследований, объективно необходимых для назначения и проведения адекватного лечения и профилактики нежелательных возможных осложнений; невыполнения или ненадлежащего выполнения Потребителем назначений и рекомендаций лечащего врача и специалистов Исполнителя, в том числе дома; отказа Потребителя от необходимого курса лечения или самовольного прерывания проводимого курса лечения; наличия у Потребителя заболеваний, требующих лечения, скрытых Потребителем и, вследствие этого, неучтенных лечащим врачом при назначении лечения; наличия у Потребителя индивидуальной непереносимости и (или) патологической токсической реакции на лекарственные препараты, выявленные в процессе оказания услуги. Кроме того, Исполнитель освобождается от ответственности за наступление осложнений, не связанных с нарушением Исполнителем методик диагностики, профилактики и лечения.

5. Срок действия договора и порядок его прекращения

5.1. Срок оказания Услуг: с «__» _____ 20__ г. до «__» _____ 20__ г. включительно. Исполнитель имеет право оказать Услуги досрочно.

5.2. Настоящий договор может быть расторгнут:

- по письменному соглашению Сторон;
- в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

6. Прочие условия

6.1. Потребитель подтверждает, что на момент подписания договора:

- Исполнитель уведомил его 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 её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья;
- Потребитель проинформирован о возможности и порядке 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;
- что вся необходимая информация об оказываемых платных медицинских услугах Потребителем получена в полном объеме. Потребитель ознакомлен с действующим прейскурантом, лицензией на осуществление медицинской деятельности, а также с предварительным объемом и характером медицинских услуг, планируемых к оказанию Потребителю.

6.2. В связи с тем, что медицинская услуга по своему содержанию предполагает вмешательство в биологические процессы, не подконтрольные в 100% случаев воле человека, Исполнитель при надлежащем исполнении условий настоящего договора и правильном использовании современной медицинской науки по объективным причинам не может гарантировать Потребителю достижение положительного результата оказания услуги, о чем последний предупреждается путем внесения в настоящий договор данного пункта.

6.3. Все приложения, дополнения и изменения к договору являются его неотъемлемой частью и действительны, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными представителями Сторон.

6.4. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих равную юридическую силу - по одному экземпляру по одному для Исполнителя и Потребителя.

Приложение:

1. Согласие на обработку персональных данных;
2. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств;
3. Акт оказанных медицинских услуг.

Адреса, реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:

Потребитель:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Стоматологическая поликлиника города Стерлитамак (ГБУЗ РБ СП г. Стерлитамак) 453118, Российская Федерация, Республика Башкортостан, город Стерлитамак, ул. Проспект Октября, дом 22.	
--	--

ИНН 0268068147 КПП 026801001 ОГРН 1130280058501 ОКПО 20839118 ОКОГУ 2300229 ОКАТО 80445000000 ОКВЭД 86.23 ОКФС/ОКОПФ 13/20903 ОКТМО 80745000 ОТДЕЛЕНИЕ-НБ РЕСПУБЛИКА БАШКОРТОСТАН БАНКА РОССИИ//УФК по Республике Башкортостан г. Уфа Казначейский счет 03224643800000000100 Единый казначейский счет (ЕКС) 40102810045370000067 БИК 018073401 Минфин РБ (ГБУЗ РБ СП г. Стерлитамак) Лицевой счет 20112041890	
--	--

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Стоматологическая
поликлиника г. Стерлитамак (ГБУЗ РБ СП г. Стерлитамак)

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

зарегистрированный(-ая) по адресу:

(адрес места жительства/пребывания)

Документ, удостоверяющий личность: **Паспорт гражданина Российской Федерации**

серия: _____ номер _____ выдан « _____ » _____ г.

(кем выдан)

в соответствии п. 4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ РБ СП г. Стерлитамак моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество; пол, год, месяц, дату рождения; номер и серию основного документа, удостоверяющего личность; сведения о регистрации по месту жительства или пребывания; контактный телефон; данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, группе инвалидности 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 мне ГБУЗ РБ СП г. Стерлитамак медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю право ГБУЗ РБ СП г. Стерлитамак осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. ГБУЗ РБ СП г. Стерлитамак 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).

ГБУЗ РБ СП г. Стерлитамак имеет право во исполнение своих обязательств по договору на оказание платных медицинских услуг, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара). Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной « _____ » _____ 20__ г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ГБУЗ РБ СП г. Стерлитамак по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю ГБУЗ РБ СП г. Стерлитамак. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, ГБУЗ РБ СП г. Стерлитамак обязано прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись субъекта персональных данных _____

Расписался в моем присутствии: _____

(должность, ФИО)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Стоматологическая
поликлиника г. Стерлитамак (ГБУЗ РБ СП г. Стерлитамак)

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских
вмешательств, включенные в Перечень определенных видов
медицинских вмешательств, на которые граждане дают
информированное добровольное согласие при выборе
врача и медицинской организации для получения первичной
медико-санитарной помощи**

Я, _____
(Ф. И. О. гражданина)

« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее — Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан
Стоматологическая поликлиника г. Стерлитамак (ГБУЗ РБ СП г. Стерлитамак)

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, Ф. И. О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть),

(Ф. И. О. гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф. И. О. медицинского работника)

« _____ » _____ 20 _____ г.
(дата оформления)

АКТ
об оказанных платных медицинских услугах

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Стоматологическая поликлиника г. Стерлитамак (ГБУЗ РБ СП г. Стерлитамак) (ОГРН 1130280058501, ИНН 0268068147, лицензия на осуществление медицинской деятельности №Л041-01170-02/00363983 от 21.01.2019 г. срок действия бессрочно, выдана Министерством здравоохранения Республики Башкортостан, г. Уфа, ул. Тукаева, 23 , тел. (347)218-00-81), в лице _____,

(должность, Ф.И.О.)

действующего(ей) на основании доверенности, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и _____, именуемый в дальнейшем «Заказчик»(Потребитель), с другой стороны, подписали настоящий Акт о нижеследующем:

1. В соответствии с условиями Договора об оказании платных медицинских услуг № ____ от ____ 20 ____ г. «Исполнителем» оказаны услуги в следующем объеме:

№ п/п	Код предоставляемой услуги	Наименование услуги	Количество	Цена по прейскуранту (в рублях)	Единица услуги	Итого сумма к оплате (в рублях)	Ф.И.О. медицинского работника Исполнителя, оказавшего мед.услугу
1	2	3	4	5	6	7	8

2. Указанные в п. 1 настоящего Акта об оказании платных медицинских услуг согласно Договора об оказании платных медицинских услуг № ____ от ____ 20 ____ г. оказаны в полном объеме.

3. Потребителем услуги получены в полном объеме. Претензий к качеству медицинской помощи и стоимости услуг у Заказчика (Потребителя) не имеется. Экземпляр Договора на оказание платных медицинских услуг Заказчиком (Потребителем) получен.

Исполнитель:
ГБУЗ РБ СП г.Стерлитамак
_____ / _____

Заказчик (Потребитель):
_____ / _____

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Стоматологическая
поликлиника г. Стерлитамак (ГБУЗ РБ СП г. Стерлитамак)

Отказ от медицинского вмешательства

Я, _____ " ____ " _____
г. рождения,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в отношении _____ " ____ " _____
г. рождения,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения при подписании отказа законным представителем)

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан
Стоматологическая поликлиника г. Стерлитамак (ГБУЗ РБ СП г. Стерлитамак)

(полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](#) определенных видов
медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача
и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный [приказом](#)
Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н [1](#):

(наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским работником

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских
вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния)

(указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных) вида (видов) медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития
осложнений заболевания (состояния))

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов
медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить
информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) " ____ " _____ Г.
(дата оформления)

Приложение № 5
к Договору на оказание платных медицинских услуг

Уведомление

(в соответствии с «Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»,
утвержденными Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 г. № 736)

Я, _____ настоящим уведомлен(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника), предоставившего 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 моего здоровья.

Подтверждаю, что добровольно согласился (-ась) на оказание медицинских услуг на платной основе, до заключения Договора ознакомлен(а) о порядке оказания медицинских услуг на бесплатной основе в рамках программы государственных гарантий, с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг и Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, действующими в медицинской организации.

Подпись Заказчика (Потребителя) _____

« » _____ 2023 г.

Дополнительное соглашение

к договору № _____ об оказании платных медицинских услуг

г. Стерлитамак

« » _____ 2023 г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Стоматологическая поликлиника г. Стерлитамак именуемое в дальнейшем " Исполнитель ", в лице _____, действующего на основании доверенности № _____, с одной стороны, с одной стороны, и _____, именуемый (ая) в дальнейшем "Потребитель", с другой стороны, вместе именуемые "Стороны", заключили настоящее Дополнительное соглашение к Договору № _____ на оказание платных медицинских услуг от _____ о нижеследующем:

1. Стороны пришли к соглашению, что Исполнитель оказывает Потребителю следующие платные медицинские услуги:

№ п/п	Код услуги по прейскуранту	Наименование услуг	Ед. изм. в	Кол-во	Цена по прейскуранту (руб.)	Итого сумма к оплате (руб.)
		ИТОГО:				

2. Пункт 3.1. Договора на оказание платных медицинских услуг от _____ № _____ изложить в редакции: «3.2. Стоимость оказываемых медицинских услуг по настоящему договору составляет _____ рублей _____ копеек(_____)(указать сумму прописью) НДС не облагается».

- 3. Заказчик осуществляет оплату в размере, установленном п. 2 настоящего дополнительного соглашения.
- 4. Срок оказания Услуг: с « _____ » _____ 20____ г. до « _____ » _____ 20____ г. включительно. Исполнитель имеет право оказать Услуги досрочно.
- 5. Соглашение считается заключенным с момента его подписания Сторонами.
- 6. Соглашение составлено в 2 (двух) подлинных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один из которых хранится у Потребителя и один у Исполнителя.
- 7. Соглашение является неотъемлемой частью Договора на оказание платных медицинских услуг от _____ № _____.

Исполнитель:
ГБУЗ РБ СП г. Стерлитамак
_____/_____

Заказчик (Потребитель):
_____/_____

Уведомление

(в соответствии с «Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденными Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 г. № 736)

Я, _____ настоящим уведомлен(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника), предоставившего 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 моего здоровья.

Подтверждаю, что добровольно согласился (-ась) на оказание медицинских услуг на платной основе, до заключения Договора ознакомлен(а) о порядке оказания медицинских услуг на бесплатной основе в рамках программы государственных гарантий, с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг и Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, действующими в медицинской организации.

Подпись Заказчика (Потребителя) _____ «__» _____ 2023 г.

Договор на предоставление платных медицинских услуг (трехсторонний, форма)

г. Стерлитамак

«__» _____ 2023 г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Стоматологическая поликлиника г. Стерлитамак (ГБУЗ РБ СП г. Стерлитамак) (ОГРН 1130280058501, ИНН 0268068147, лицензия на осуществление медицинской деятельности №Л041-01170-02/00363983 от 21.01.2019 г. срок действия бессрочно, выдана Министерством здравоохранения Республики Башкортостан, г. Уфа, ул. Тукаева, 23, тел. (347)218-00-81), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны, и ФИО, ДАТА РОЖДЕНИЯ именуемый(-ая) в дальнейшем Потребитель, и ФИО, ДАТА РОЖДЕНИЯ (НАИМЕНОВАНИЕ ЮРИДИЧЕСКОГО ЛИЦА, СВЕДЕНИЯ О ПРЕДСТАВИТЕЛЕ ЮР.ЛИЦА) именуемый(-ая) в дальнейшем Заказчик, с другой стороны, вместе именуемые Стороны, руководствуясь: ГК РФ, ФЗ от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"; ФЗ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей», «Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденными Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 г. № 736, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется предоставить Потребителю по его желанию, медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, на возмездной основе (далее – медицинские услуги), перечень которых определен в пункте 1.5 настоящего договора, а Заказчик обязуется своевременно оплатить стоимость медицинских услуг в полном объеме в соответствии с условиями договора.

1.2. Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, содержатся в действующем на момент заключения настоящего договора Прейскуранте. Изменения стоимости оказываемых услуг своевременно доводятся до Заказчика (Потребителя).

В момент подписания настоящего договора Заказчик (Потребитель) ознакомлен с перечнем работ (услуг), отраженных в лицензии на медицинскую деятельность на официальном интернет-сайте Исполнителя (www.sp1str.ru), понимает содержащуюся в нем информацию, согласен с действующим перечнем и стоимостью медицинских услуг на медицинские услуги.

1.3. Потребитель дает свое согласие на обработку своих персональных данных (Приложение № 1) и информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (Приложение №2)

подпись / расшифровка подписи

1.4. Заключая настоящий договор, Заказчик (Потребитель) проинформирован о том, что Потребитель, являясь гражданином РФ, имеет право на бесплатную медицинскую помощь согласно ч.1 ст. 41 Конституции РФ и может реализовать это право через программу государственных гарантий и территориальную программу государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

1.5. Исполнитель оказывает платные медицинские услуги Заказчику (Потребителю) в соответствии с указанным ниже перечнем и их стоимостью:

№ п/п	Код услуги по прейскуранту	Наименование услуг	Ед. изм. в	Кол-во	Цена по прейскуранту (руб.)	Итого сумма к оплате (руб.)

		ИТОГО:				

1.6. Медицинские услуги, указанные в п. 1.1 договора предоставляются Потребителю в течение срока действия настоящего договора. Дата фактического предоставления медицинских услуг фиксируется Исполнителем в медицинских документах Потребителя.

1.7. Медицинские услуги оказываются в объеме стандартов медицинской помощи, действующих на территории 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. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Предоставить медицинские услуги, указанные в п. 1.1 настоящего договора. Медицинские услуги предоставляются по месту нахождения Исполнителя: РБ, г. Стерлитамак, ул. Пр.Октября, д. 22, помещение 1 и (или) РБ, г. Стерлитамак, ул. Сакко и Ванцетти, д. 73 и (или) РБ. г. Стерлитамак, ул. Салавата Юлаева, д. 13, помещение 1.

2.1.2. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

2.1.3. Предоставлять медицинские услуги при наличии информированного добровольного согласия Потребителя и согласия на обработку персональных данных.

2.1.4. Предоставить Заказчику (Потребителю) информацию, включающую в себя сведения о местонахождении Исполнителя, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о наличии лицензии на медицинскую деятельность, сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации посредством размещения на официальном интернет-сайте Исполнителя (www.sp1str.ru).

2.1.5. Выдать Заказчику документ, подтверждающий в соответствии с законодательством Российской Федерации произведенную оплату предоставленных медицинских услуг.

2.1.6. После исполнения настоящего договора выдать Потребителю по его письменному заявлению медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя после получения медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

2.1.7. Извещать Заказчика (Потребителя) о возникновении необходимости в дополнительных медицинских услугах, об объективной невозможности предоставления медицинских услуг, предусмотренных настоящим договором, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению объема предоставляемых медицинских услуг.

2.2. Исполнитель вправе:

2.2.1. Определять длительность лечения, объем медицинских услуг в соответствии с состоянием здоровья Потребителя;

2.2.2. Отказаться от оказания медицинских услуг:

- в случае несоблюдения и невыполнения Потребителем рекомендаций и правил подготовки к оказанию услуги;
- если Потребитель не явился в назначенное время и место для получения услуги или явился в состоянии алкогольного или наркотического опьянения;
- в случае неполучения от Потребителя добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство в установленном законодательством Российской Федерации порядке;
- в случае нарушения Потребителем правил внутреннего распорядка, установленных Исполнителем;
- при возникновении объективной невозможности обеспечить безопасность услуги и (или) возникновении медицинских противопоказаний для осуществления лечебно-диагностических мероприятий при условии наличия у Потребителя способности выразить свою волю, отсутствия угрозы для жизни Потребителя.
- в случае злоупотребления Потребителем алкогольными и наркотическими средствами (веществами). В этом случае одностороннее расторжение настоящего Договора по инициативе Исполнителя возможно при субъективной оценке соответствующего состояния Потребителя специалистом Исполнителя;
- при невозможности осуществления (продолжения) профилактики и/или диагностики, и/или лечения, выявленной в ходе приема по причине возникновения и/или обнаружения у Потребителя медицинских противопоказаний и/или невозможности обеспечения безопасности оказываемых медицинских услуг;

- если у Потребителя имеется и (или) выявится социально значимое заболевание, и (или) заболевание, представляющее опасность для окружающих (в соответствии со ст. 43 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

2.3. Заказчик обязуется:

2.3.1. Оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги, в сроки и в порядке, определенные настоящим договором.

2.4. Потребитель обязуется:

2.4.1. Предоставить лечащему врачу данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных в других медицинских организациях (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные препараты, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения; 2.4.2. Соблюдать предписания лечащего врача, режим лечения, правила поведения, внутреннего распорядка, установленные Исполнителем.

2.5. Потребитель вправе:

2.5.1. Получить информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

2.5.2. Отказаться от получения медицинских услуг, за исключением случаев, предусмотренных ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В данном случае договор считается расторгнутым, и Заказчик (Потребитель) обязан оплатить фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

3. Стоимость услуг и порядок расчетов

3.1. Стоимость предоставляемых Потребителю медицинских услуг определяется в соответствии с тарифами, действующими у Исполнителя и являющихся неотъемлемой частью настоящего договора.

3.2. Стоимость оказываемых медицинских услуг по настоящему договору составляет _____ рублей _____ копеек(_____) (указать сумму прописью).

3.3. Оплата медицинских услуг Потребитель оплачивает до начала их оказания в размере 100,0 (Сто) процентов предоплаты, путем перечисления как наличными, так и безналичными денежными средствами на расчетный счет Исполнителя через терминал (банкомат) либо через финансово-кредитное учреждение по реквизитам, указанным в настоящем Договоре, так и безналичными денежными средствами в кассе Поликлиники, с выдачей документа, подтверждающего произведенную оплату (контрольно-кассовый чек, квитанция, иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца).

3.4. Оплата медицинских услуг Потребитель оплачивает до начала их оказания в размере 20,0 (Двадцать) процентов предоплаты при заключении договора на предоставление ортопедических услуг, путем перечисления как наличными, так и безналичными денежными средствами на расчетный счет Исполнителя через терминал (банкомат) либо через финансово-кредитное учреждение по реквизитам, указанным в настоящем Договоре, так и безналичными денежными средствами в кассе Поликлиники, с выдачей документа, подтверждающего произведенную оплату (контрольно-кассовый чек, квитанция, иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца).

3.4. В случае если по каким-либо причинам, объем предоставляемых Потребителю медицинских услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо предоставление медицинских услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Исполнитель осуществляет возврат денежных средств Заказчику за не предоставленные ему медицинские услуги.

3.5. Итоговая стоимость медицинских услуг по настоящему договору при оказании Потребителю медицинской помощи в стационарных условиях, может отличаться от предварительно оплаченной как в сторону увеличения, так и в сторону уменьшения, в случае изменения по медицинским показаниям объемов предусмотренных договором медицинских услуг.

4. Ответственность сторон и порядок разрешения споров

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. Все споры и разногласия по настоящему Договору, в том числе связанные с недействительностью настоящего договора или его части, разрешаются в досудебном порядке путем переговоров, а в случае недостижения Сторонами согласия в течение десяти календарных дней со дня получения письменной претензии Стороны, спор разрешается в судебном порядке.

4.3. При обращении Заказчика (Потребителя) к Исполнителю с претензией в связи с невыполнением или ненадлежащим выполнением Исполнителем обязательств по настоящему Договору Исполнитель в течение десяти календарных дней со дня получения претензии и необходимых документов, подтверждающих доводы претензии, от Заказчика (Потребителя), осуществляет клинично-экспертную оценку качества оказания медицинских услуг; при этом Исполнитель вправе привлекать к проведению оценки качества услуг специалистов, не являющихся сотрудниками Исполнителя. Заказчик (Потребитель) направлением Исполнителю претензии в определенном настоящим пунктом Договора порядке дает согласие на предоставление медицинской документации, содержащей сведения о состоянии его здоровья, для целей клинично-экспертного контроля лицам, не являющимся сотрудниками Исполнителя; при этом предоставление медицинской документации указанным лицам в случае, предусмотренном настоящим пунктом Договора, не является со стороны Исполнителя нарушением обязательства настоящего Договора.

4.4. Исполнитель освобождается от ответственности за наступление осложнений, возникновение побочных результатов, ухудшение первоначально достигнутого результата в случаях: отказа Заказчика (Потребителя) от дополнительных обследований, объективно необходимых для назначения и проведения адекватного лечения и профилактики нежелательных возможных осложнений; невыполнения или ненадлежащего выполнения Потребителем назначений и рекомендаций лечащего врача и специалистов Исполнителя, в том числе дома; отказа Заказчика (Потребителя) от необходимого курса лечения или самовольного прерывания проводимого курса лечения; наличия у Потребителя заболеваний, требующих лечения, скрытых Потребителем и, вследствие этого, неучтенных лечащим врачом при назначении лечения; наличия у Потребителя индивидуальной непереносимости и (или) патологической токсической реакции на лекарственные препараты, выявленные в процессе оказания услуги. Кроме того, Исполнитель освобождается от ответственности за наступление осложнений, не связанных с нарушением Исполнителем методик диагностики, профилактики и лечения.

5. Срок действия договора и порядок его прекращения

5.1. Срок оказания Услуг: с «__» _____ 20__ г. до «__» _____ 20__ г. включительно. Исполнитель имеет право оказать Услуги досрочно.

5.2. Настоящий договор может быть досрочно расторгнут:

- по письменному соглашению Сторон;
- в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации и настоящим Договором.
- в случае неисполнения/ненадлежащего исполнения Заказчиком (Потребителем) обязательств по оплате медицинских услуг;

6. Прочие условия

6.1. Заказчик и Потребитель подтверждают, что на момент подписания договора:

- Исполнитель уведомил их 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 её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии его здоровья;
- Заказчик (Потребитель) проинформирован о возможности и порядке 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;
- что вся необходимая информация об оказываемых платных медицинских услугах Заказчиком (Потребителем) получена в полном объеме. Потребитель (Заказчик) ознакомлен с действующим прейскурантом, лицензией на осуществление медицинской деятельности, а также с предварительным объемом и характером медицинских услуг, планируемых к оказанию Потребителю.

6.2. В связи с тем, что медицинская услуга по своему содержанию предполагает вмешательство в биологические процессы, не подконтрольные в 100% случаев воле человека, Исполнитель при надлежащем исполнении условий настоящего договора и правильном использовании современной медицинской науки по объективным причинам не может гарантировать Заказчику (Потребителю) достижение положительного результата оказания услуги, о чем последний предупреждается путем внесения в настоящий договор данного пункта.

6.3. Все приложения, дополнения и изменения к настоящему договору являются его неотъемлемой частью и действительны, если они совершены в письменной форме в виде дополнительного соглашения и подписаны уполномоченными представителями Сторон.

6.4. Настоящий договор составлен в 3-х экземплярах, имеющих равную юридическую силу - по одному экземпляру для Исполнителя, Заказчика и Потребителя.

Приложение:

2. Согласие на обработку персональных данных;
3. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств;
4. Акт оказанных медицинских услуг.

7. Адреса, реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:	Заказчик:	Потребитель:
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Стоматологическая поликлиника города Стерлитамак (ГБУЗ РБ СП г. Стерлитамак) 453118, Российская Федерация, Республика Башкортостан, город Стерлитамак, ул. Проспект Октября, дом 22. ИНН 0268068147 КПП 026801001 ОГРН 1130280058501		

ОКПО 20839118 ОКОГУ 2300229 ОКАТО 80445000000 ОКВЭД 86.23 ОКФС/ОКОПФ 13/20903 ОКТМО 80745000 ОТДЕЛЕНИЕ-НБ РЕСПУБЛИКА БАШКОРТОСТАН БАНКА РОССИИ//УФК по Республике Башкортостан г. Уфа Казначейский счет 03224643800000000100 Единый казначейский счет (ЕКС) 40102810045370000067 БИК 018073401 Минфин РБ (ГБУЗ РБ СП г. Стерлитамак) Лицевой счет 20112041890		
---	--	--

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Стоматологическая
поликлиника г. Стерлитамак (ГБУЗ РБ СП г. Стерлитамак)

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

зарегистрированный(-ая) по адресу:

(адрес места жительства/пребывания)

Документ, удостоверяющий личность: **Паспорт гражданина Российской Федерации**

серия: _____ номер _____ выдан « _____ » _____ г.

(кем выдан)

в соответствии п. 4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ РБ СП г. Стерлитамак моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество; пол, год, месяц, дату рождения; номер и серию основного документа, удостоверяющего личность; сведения о регистрации по месту жительства или пребывания; контактный телефон; данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, группе инвалидности 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 мне ГБУЗ РБ СП г. Стерлитамак медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю право ГБУЗ РБ СП г. Стерлитамак осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. ГБУЗ РБ СП г. Стерлитамак 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).

ГБУЗ РБ СП г. Стерлитамак имеет право во исполнение своих обязательств по договору на оказание платных медицинских услуг, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара). Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной « _____ » _____ 20__ г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ГБУЗ РБ СП г. Стерлитамак по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю ГБУЗ РБ СП г. Стерлитамак. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, ГБУЗ РБ СП г. Стерлитамак обязано прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись субъекта персональных данных _____

Расписался в моем присутствии: _____

(должность, ФИО)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Стоматологическая
поликлиника г. Стерлитамак (ГБУЗ РБ СП г. Стерлитамак)

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских
вмешательств, включенные в Перечень определенных видов
медицинских вмешательств, на которые граждане дают
информированное добровольное согласие при выборе
врача и медицинской организации для получения первичной
медико-санитарной помощи**

Я, _____
(Ф. И. О. гражданина)

« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____

_____ ,
_____ ,
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее — Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан
Стоматологическая поликлиника г. Стерлитамак (ГБУЗ РБ СП г. Стерлитамак)

_____ .
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, Ф. И. О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть),

_____ .
(Ф. И. О. гражданина, контактный телефон)

_____ .
(подпись)

_____ .
(Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ .
(подпись)

_____ .
(Ф. И. О. медицинского работника)

« _____ » _____ 20 _____ г.
(дата оформления)

АКТ
об оказанных платных медицинских услугах

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Стоматологическая поликлиника г. Стерлитамак (ГБУЗ РБ СП г. Стерлитамак) (ОГРН 1130280058501, ИНН 0268068147, лицензия на осуществление медицинской деятельности №Л041-01170-02/00363983 от 21.01.2019 г. срок действия бессрочно, выдана Министерством здравоохранения Республики Башкортостан, г. Уфа, ул. Тукаева, 23 , тел. (347)218-00-81), в лице _____,

(должность, Ф.И.О.)

Действующего(ей) на основании доверенности, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и ФИО, ДАТА РОЖДЕНИЯ именуемый(-ая) в дальнейшем Потребитель, и ФИО, ДАТА РОЖДЕНИЯ (НАИМЕНОВАНИЕ ЮРИДИЧЕСКОГО ЛИЦА, СВЕДЕНИЯ О ПРЕДСТАВИТЕЛЕ ЮР.ЛИЦА) именуемый(-ая) в дальнейшем Заказчик, с другой стороны, вместе именуемые Стороны, подписали настоящий Акт о нижеследующем:

1. В соответствии с условиями Договора об оказании платных медицинских услуг № ____ от ____ 20 ____ г. «Исполнителем» оказаны услуги в следующем объеме:

№ п/п	Код предоставляемой услуги	Наименование услуги	Количество	Цена по прейскуранту (в рублях)	Единица услуги	Итого сумма к оплате (в рублях)	Ф.И.О. медицинского работника Исполнителя, оказавшего мед. услуги
1	2	3	4	5	6	7	8

2. Указанные в п. 1 настоящего Акта об оказании платных медицинских услуг согласно Договора об оказании платных медицинских услуг № ____ от ____ 20 ____ г. оказаны в полном объеме.
3. Потребителем услуги получены в полном объеме. Претензий к качеству медицинской помощи и стоимости услуг у Заказчика (Потребителя) не имеется. Экземпляр Договора на оказание платных медицинских услуг Заказчиком (Потребителем) получен.

<p style="text-align: center;">Исполнитель:</p> <p>Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Стоматологическая поликлиника города Стерлитамак (ГБУЗ РБ СП г. Стерлитамак) 453118, Российская Федерация, Республика Башкортостан, город Стерлитамак, ул. Проспект Октября, дом 22.</p>	<p style="text-align: center;">Заказчик:</p>	<p style="text-align: center;">Потребитель:</p>
---	---	--

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан
Стоматологическая поликлиника г. Стерлитамак (ГБУЗ РБ СП г. Стерлитамак)
Отказ от медицинского вмешательства**

Я, _____ " ____ " _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя)
зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)
в отношении _____ " ____ " _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения при подписании отказа законным представителем)
при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в
Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республики Башкортостан
Стоматологическая поликлиника г. Стерлитамак (ГБУЗ РБ СП г. Стерлитамак)

_____ (полное наименование медицинской организации)
отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](#) определенных видов
медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача
и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный [приказом](#)
Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н ¹:

_____ (наименование вида (видов) медицинского вмешательства)
Медицинским работником

_____ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)
в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских
вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния)

_____ (указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных) вида (видов) медицинского вмешательства, в том числе
вероятность развития осложнений заболевания (состояния))

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов
медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить
информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) " ____ " _____ г.
(дата оформления)

Приложение № 3
к Положению о предоставлении
платных медицинских услуг
(рекомендуемая форма)

Главному врачу
ГБУЗ РБ Стоматологическая
поликлиника г. Стерлитамак
Р.Р. Шакирову

от _____
(Ф.И.О.)

ЗАЯВЛЕНИЕ
на возврат денежных средств

Я, _____ фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения
паспорт серия _____ номер _____ выдан _____
прошу вернуть излишне уплаченные по договору на предоставление платных медицинских
услуг от «__» _____ 20__ г. № _____ денежные средства в сумме (сумма
цифрами) (сумма прописью) на счет по реквизитам, указанным в договоре /наличными
денежными средствами.

подпись расшифровка