

## Уведомление

Настоящим Я, гр. \_\_\_\_\_,  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ до заключения договора на оказание платных медицинских услуг, уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

подпись

расшифровка

дата

### Договор № \_\_\_\_\_ на оказание платных медицинских услуг.

г. Рязань

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Государственное бюджетное учреждение Рязанской области «Рязанский детский санаторий памяти В. И. Ленина» (ГБУ РО «РДС памяти В.И. Ленина») (Свидетельство о постановке на учет в налоговом органе серия 62 №002368885 от 17.08.1994 г.; свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ серия 62 №001838020 от 21.12.2002 г. выданы Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №2 по Рязанской области), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_ действующего на основании Доверенности № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г., лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-62-01-001745 от 17.08.2017 г. с одной стороны, и \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Заказчик», действующий от имени и в интересах \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ именуемого 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 Заказчика (законного представителя потребителя), обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, а Заказчик обязуется оплатить оказанные медицинские услуги:

№п/п	Наименование услуги по прейскуранту	Цена услуги	Кол-во услуг по наименованию	Стоимость услуги
1				
2				
3				
4				
5				
<b>ИТОГО по договору:</b>				

1.2. Оказание Исполнителем платных медицинских услуг осуществляется на основании лицензии ЛО-62-01-001745 от 17.08.2017 г., выдана Министерством здравоохранения Рязанской области, расположенным по адресу: 390006, г. Рязань, ул. Свободы, д. 32. Телефон : (4912) 27-08-06 (по рабочим дням с 9:00 до 18:00), в рамках установленной номенклатуры работ и услуг:

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, медицинскому массажу, рентгенологии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, физиотерапии. При оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении организуются и выполняются работы (услуги) по: диетологии, клинической лабораторной диагностике, лечебной физкультуре и спортивной медицине, организации здравоохранения и общественному здоровью, педиатрии, рентгенологии, рефлексотерапии, стоматологии детской, ультразвуковой диагностике, физиотерапии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предрейсовым; послерейсовым); при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи

1.3. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Исполнителя по адресу: г. Рязань, ул. Санаторий (Солотча), д. 3 и доводятся до сведения Заказчика.

1.4. Предоставление медицинских услуг по настоящему договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Заказчика (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

## **2. Стоимость и порядок расчетов**

- 2.1. Стоимость оказанных услуг по настоящему договору указана в п. 1.1. договора.
- 2.2. Оплата услуг производится Заказчиком (законным представителем Потребителя) путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя, расположенную по адресу: г. Рязань, ул. Санаторий (Солотча), д. 3, либо перечислением на расчетный счет Исполнителя в размере 100% стоимости услуг, до момента оказания услуг по расценкам Прейскуранта, с которыми Заказчик (законный представитель Потребителя) ознакомился перед заключением настоящего договора.
- 2.3. Заказчик (законный представитель Потребителя) проинформирован о правах по оказанию бесплатной медицинской помощи в соответствии с действующей Территориальной программой государственных гарантий оказания населению Рязанской области бесплатной медицинской помощи и со ст.426 ГК РФ «Публичный договор».
- 2.4. При возникновении необходимости выполнения дополнительных услуг, не предусмотренных лечением основного заболевания, они выполняются с согласия Заказчика (законного представителя Потребителя) за дополнительную плату по утвержденному Прейскуранту.

## **3. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг**

- 3.1. Заказчик (законный представитель Потребителя) подтверждает, что ознакомлен с информацией, касающейся особенностей медицинских услуг и условий их предоставления Исполнителем, и предупрежден о возможных неблагоприятных последствиях.
- 3.2. Заказчик (законный представитель Потребителя) дает согласие на оказание платной медицинской услуги.
- 3.3. До заключения настоящего Договора Исполнитель уведомил Заказчика (законного представителя 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 её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.
- 3.4. Оказание услуг производится Исполнителем в соответствии с установленным режимом работы и видом оказываемой услуги в течение 15 рабочих дней с момента обращения Заказчика. Сроки оказания услуг могут быть увеличены или уменьшены Исполнителем, если в процессе выполнения услуг появятся обстоятельства, влияющие на увеличение или уменьшение срока. Заказчик вправе обратиться к Исполнителю за оказанием услуг не позднее 30 календарных дней с момента заключения настоящего договора. В случае истечения указанного срока обращения Заказчик вправе потребовать с Исполнителя возврата денежных средств в размере стоимости неоказанных услуг.
- 3.5. В случае обнаружения Заказчиком недостатка оказанной Исполнителем услуги в течение 10 дней с момента ее оказания Пациент направляет письменную претензию в адрес Исполнителя. При отсутствии претензии услуга признается оказанной надлежащего качества.

## **4. Права и обязанности сторон**

### **4.1. Исполнитель обязан:**

- оказать Потребителю квалифицированную, качественную медицинскую услугу;
  - предоставить Заказчику (законному представителю Потребителя) бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемой услуге и режиме работы ГБУ РО «РДС памяти В.И. Ленина»;
- 4.2. Исполнитель предоставляет Заказчику (законному представителю Потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию о состоянии здоровья Потребителя, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения.

4.3. Немедленно извещать Заказчика о невозможности оказания Потребителю необходимой медицинской помощи по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора. Дополнительные медицинские услуги при необходимости их оказания предоставляются Потребителю на основании отдельно заключаемого с Заказчиком договора.

### **4.4. Заказчик (законный представитель Потребителя) обязан:**

- предварительно оплатить стоимость медицинской услуги в соответствии с разделом 2 настоящего договора;
- выполнять назначения и рекомендации лечащего врача при оказании медицинских услуг Исполнителем;
- соблюдать правила внутреннего распорядка в учреждении Исполнителя;
- 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.

### **4.5. Заказчик (законный представитель Потребителя) имеет право:**

- на выбор врача, оказывающего необходимые медицинские услуги Потребителю.
- отказаться по своему письменному заявлению от получения медицинской услуги до начала ее оказания с полным возвратом средств, оплаченных по договору.
- отказаться по своему письменному заявлению от получения платной медицинской услуги в ходе её оказания, при этом Заказчик (законный представитель Потребителя) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

### **4.6. Исполнитель имеет право:**

- изменять по медицинским показаниям план, объем и стоимость лечения по согласованию с Заказчиком (законным представителем Потребителя);
- отказаться от исполнения настоящего договора при нарушении Потребителем назначений и рекомендаций лечащего врача, оказывающего платную медицинскую услугу. При этом внесенная Заказчиком (законным представителем Потребителя) сумма за оказанные платные медицинские услуги не возвращается.

## **5. Ответственность сторон**

- 5.1. За неисполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с действующим гражданским законодательством РФ.
- 5.2. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено

настоящим договором, в случаях предоставления Заказчиком (законным представителем Потребителя) неполной информации о состоянии здоровья Потребителя либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п. 4.4 настоящего договора.

## 6. Врачебная тайна

6.1. 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). Без согласия Заказчика (законного представителя Потребителя) допускается разглашение сведений, составляющих медицинскую тайну в случаях, установленных законодательством РФ.

## 7. Заключительные положения

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

7.2. Основания расторжения и прекращения настоящего Договора определяются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. Все изменения и дополнения к настоящему договору должны быть составлены в письменной форме и подписаны сторонами.

7.3. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

7.4. Споры и разногласия, возникшие в результате исполнения настоящего договора, разрешаются Администрацией Исполнителя. При недостижении согласия - в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

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

7.6. Стороны дают свое согласие на обработку персональных данных в соответствии действующим законодательством РФ.

## 8. Юридические адреса, банковские реквизиты и подписи сторон

<b>Исполнитель:</b> Государственное бюджетное учреждение Рязанской области «Рязанский детский санаторий памяти В. И. Ленина»	<b>Заказчик:</b>  (фамилия, имя, отчество (при наличии))
Юридический адрес: 390021, г. Рязань, ул. Санаторий (Солотча), д. 3	(дата рождения)
ОГРН 1026201270138	(серия и номер паспорта, когда и кем выдан)
ИНН /КПП 6231012981 / 623401001	
Получатель: Минфин Рязанской области (ГБУ РО «РДС памяти В.И. Ленина», л/с 20596Э45750)	
Казначейский счет: 03224643610000005900	(адрес регистрации)
ОТДЕЛЕНИЕ РЯЗАНЬ БАНКА РОССИИ//УФК по Рязанской области г. Рязань	
ЕКС 40102810345370000051, БИК 016126031	(номер телефона)
Телефон/факс (4912)28-81-73	
ОКТМО 61701000001, ОКОПФ75204, ОКФС13,ОКСМ 643	

\_\_\_\_\_ Ермакова Е.В.

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я \_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_ г.р.,  
(Ф.И.О.гражданина, законного представителя гражданина)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона №323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие на выполнение медицинских вмешательств, в т.ч. 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 (далее - Перечень), для получения медицинской помощи в ГБУ РО «РДС памяти В.И. Ленина».

В доступной для меня форме информирован/а о состоянии моего здоровья (здоровья моего ребенка), результатах обследования, наличии заболевания, его прогнозе, о порядках и стандартах оказания медицинской помощи, мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их объем, связанные с ними риски и последствия, в том числе вероятность развития осложнений, 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».

Согласен/на и доверяю медицинскому персоналу выполнять все необходимые медицинские вмешательства в соответствии с моим состоянием здоровья (состоянием здоровья моего ребенка), информация о профессиональном образовании и квалификации медицинского работника была предоставлена. Я понимаю, что в ходе выполнения медицинских действий может возникнуть необходимость выполнения другого вмешательства, исследования или операции. Я доверяю медицинскому персоналу (врачу и его коллегам) принимать соответствующее решение в соответствии с их профессиональным суждением и выполнять любые медицинские действия, которые врач сочтет необходимыми для улучшения моего состояния (состояния моего ребенка). Я согласен/на на переливание крови и ее компонентов, если возникнет такая необходимость.

Я разрешаю медицинскому персоналу Исполнителя (лечащему врачу, заведующему отделением, либо иному уполномоченному лицу), давать сведения о моем состоянии здоровья и заболевании (состоянии здоровья моего ребенка), методах необходимого лечения и прогнозе заболевания (сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 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).

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

Я уведомлен/на и согласен/на с тем, что медицинская помощь мне предоставляется в соответствии с Прейскурантом платных услуг, действующим в учреждении. Согласен на обработку своих персональных данных в целях и порядке, предусмотренных действующим законодательством РФ.

Уведомлен, что не должен давать денежные средства сотрудникам за медицинскую помощь без оформления бухгалтерских документов (квитанции, приходного кассового ордера). Дача денежных средств сотрудникам санатория без вышеуказанных документов согласно ст.291 УК РФ расценивается как дача взятки и влечет за собой привлечение к уголовной ответственности, наказывается штрафом в размере до пятисот тысяч рублей, или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до одного года, или в размере от пятикратной до тридцатикратной суммы взятки, либо исправительными работами на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо принудительными работами на срок до трех лет, либо лишением свободы на срок до двух лет со штрафом в размере от пятикратной до десятикратной суммы взятки или без такового.

Извещен/а, что о случаях требования сотрудниками денежных средств сообщать главному врачу ГБУ РО «РДС памяти В.И. Ленина» Ермаковой Елене Викторовне лично или по телефону: (4912) 28-81-71.

подпись

расшифровка

дата

**Согласие на обработку персональных данных.**

Я, \_\_\_\_\_, проживающий (ая) по адресу (регистрации) \_\_\_\_\_, паспортные данные \_\_\_\_\_ в соответствии с

требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку ГБУ РО «Рязанский детский санаторий памяти В.И. Ленина» (ГБУ РО «РДС памяти В.И. Ленина») (далее Оператор), расположенного по адресу: г. Рязань, ул. Санаторий (Солотча), д. 3, моих персональных данных/персональных данных моего ребенка, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты полиса ОМС (ДМС), СНИЛС, паспортные данные, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и других данных в медико-профилактических целях, в целях установления заболевания, случаях обращения за медицинской помощью и других данных 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 медицинскую тайну. В процессе оказания медицинской помощи я предоставляю право Оператору передавать мои (моего ребенка) персональные данные другим должностным лицам в интересах обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая, сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронные базы данных, включение в списки (реестры и т.д.) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), в т.ч. по ОМС (договорам ДМС), обменивается персональными данными со страховыми медицинскими организациями и территориальным фондом ОМС и т.д..

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими/моего ребенка персональными данными с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара, пять лет – для поликлиники). Я согласен, что мои/моего ребенка персональные данные (перечень персональных данных), будут внесены в перечень общедоступных данных.

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

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, оператор обязан прекратить обработку персональных данных в срок, не превышающий тридцати рабочих дней с даты поступления указанного отзыва, но не ранее, чем в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи. Мне была предоставлена возможность задать любые вопросы по обработке моих персональных данных Оператору.

Настоящее согласие дано мной «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. и действует бессрочно.

С правилами ознакомлен (а)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

Дата

подпись

ФИО

**АКТ**  
**Выполненных работ**  
**к договору оказания платных медицинских услуг**  
№ \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

г. Рязань

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Государственное бюджетное учреждение Рязанской области «Рязанский детский санаторий памяти В. И. Ленина» (ГБУ РО «РДС памяти В.И. Ленина») (Свидетельство о постановке на учет в налоговом органе серия 62 №002368885 от 17.08.1994 г.; свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ серия 62 №001838020 от 21.12.2002 г. выданы Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №2 по Рязанской области), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_ действующего на основании Доверенности № \_\_ от \_\_\_\_\_ г., лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-62-01-001745 от 17.08.2017 г. с одной стороны, и \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Заказчик», действующий от имени и в интересах \_\_\_\_\_, именуемого в дальнейшем «Потребитель» с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий акт о нижеследующем:

В соответствии с договором на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Исполнителем оказаны следующие медицинские услуги Потребителю:

№п/п	Наименование услуги по прейскуранту	Цена услуги	Кол-во услуг по наименованию	Стоимость услуги
1				
2				
3				
4				
5				
<b>ИТОГО по договору:</b>				

Всего оказано услуг на сумму \_\_\_\_\_ рублей.

Вышеперечисленные услуги оказаны в полном объеме и в установленный срок.  
Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания медицинских услуг к Потребителю не имеет.

Подписи сторон:

Исполнитель

Заказчик  
(законный представитель Потребителя)

\_\_\_\_\_ Ермакова Е.В.

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г