

ДОГОВОР №
оказания платных медицинских услуг

г. Москва

«__» _____ 20__ г.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова" Министерства здравоохранения Российской Федерации, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице, действующего на основании доверенности,

и _____

представляющий интересы _____

_____ ,
именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, далее при совместном упоминании Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель с учетом положений настоящего договора обязуется оказать Потребителю медицинские услуги (диагностические, лечебные, профилактические или реабилитационные), а Потребитель обязуется принять и своевременно оплатить оказанные услуги.

1.2. Потребитель, предоставив Исполнителю всю известную ему необходимую информацию о состоянии своего здоровья, заболеваниях, аллергических реакциях и т.д., сведения, касающиеся его личности, состояния здоровья родственников и т.д., необходимых для оказания медицинской услуги, и получив от Исполнителя информацию о методах лечения связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, а также о результатах проведенного лечения, дает добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство в письменной форме по установленной форме (Приложение №2 к Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2021.

1.3. Настоящим пунктом Исполнитель уведомляет, а Потребитель подтверждает, что он информирован в полном объеме.

При исполнении настоящего Договора стороны руководствуются:

- Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее Федеральный закон № 323-ФЗ);

- Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 г. № 736.

1.4. Исполнитель действует на основании Лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-00110-77/00575082. Дата предоставления лицензии 26.11.2019г приказ № 5181 от 11.08.2023 Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения.

1.5. Учитывая, что Учреждение является образовательной организацией, Исполнитель уведомил, а Потребитель согласился с тем, что на приеме и при проведении диагностических и лечебных мероприятий могут

присутствовать обучающиеся (студенты, аспиранты, ординаторы; может проводиться фото- и видеосъемка с соблюдением законодательства Российской Федерации о врачебной тайне и защите персональных данных.

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Провести клинический осмотр, диагностическое обследование Потребителя в полном объеме и на основании установленного диагноза определить тактику лечения, при необходимости направить на консультацию к врачу соответствующего профиля.

2.1.2. Сообщать Потребителю достоверные сведения об исходном состоянии его здоровья, о результатах исследований, плане консервативного или хирургического лечения, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского, в т.ч. хирургического вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения, дать необходимые рекомендации после завершения лечения, отразив данные в медицинской карте — ф. № 025/у.

2.1.3. Обеспечить надлежащее качество исполнения услуг (лечения), в результате которого во взаимосогласованные сроки в соответствии с медицинскими показаниями в зависимости от состояния здоровья

Потребителя и характера течения заболевания может быть достигнут результат, удовлетворяющий запросы Потребителя.

2.1.4. Объем, стоимость, перечень услуг определяется предварительным планом лечения по результатам первичного осмотра и действующим на момент обращения за медицинской помощью прейскуранта.

При этом в медицинскую документацию вносится соответствующая отметка. Предварительной сметой считается составленный план лечения при обращении пациента за медицинской помощью.

2.1.5. При предоставлении платных медицинских услуг расходы, связанные с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме, возмещаются Исполнителю в порядке и размерах, которые установлены

органами государственной власти субъектов Российской Федерации [в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.2. Потребитель обязуется:

2.2.1. Подтвердить собственную ответственность за объективность информации об исходном состоянии здоровья, ранее перенесенных травмах, операциях, отравлениях, наследственных заболеваниях, непереносимости

лекарств и других аллергических реакциях устно и письменно по форме, утвержденной локальными нормативными правовыми актами Исполнителя. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство оформляется у каждого специалиста и содержится в медицинской карте.

2.2.2. Подтвердить согласие на обработку персональных данных, письменно по форме, приведенной в Приложении № 1 к настоящему договору.

2.2.3. Выполнять назначения лечащих врачей Исполнителя, пройти предписанный врачами комплекс диагностических, лабораторных и инструментальных обследований и консультаций специалистов смежных специальностей.

2.2.4. Своевременно оплачивать лечение по действующему прейскуранту Исполнителя в порядке, предусмотренном в настоящем договоре.

2.2.5. Немедленно извещать лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья в процессе лечения или после его окончания.

2.2.6. Подписывая Договор, Потребитель подтверждает, что предварительно ознакомился с действующим прейскурантом Исполнителя, перечнем и стоимостью оказываемых услуг, а также правилами, порядками, условиями, формами оказания платных медицинских услуг и их оплаты, с правилами поведения пациентов в Учреждении, на официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети Интернет — Исполнителя и согласился со всеми условиями.

2.2.7. Соблюдать внутренний режим нахождения на территории и в помещениях Исполнителя, в том числе помещениях, в которых оказываются медицинские услуги, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности, пожарной безопасности и ГО ЧС.

2.3. Права Исполнителя:

2.3.1. Исполнитель имеет право самостоятельно определять характер и объем исследований, манипуляций для установления диагноза, надлежащего и адекватного лечения Потребителя.

2.3.2. В случае непредвиденного отсутствия медицинского специалиста в день приема Исполнитель вправе перенести дату приема заранее уведомив об этом Потребителя.

2.3.3. Исполнитель с согласия Потребителя вправе допустить по медицинским показаниям (т. е. обоснованно) отступление от первоначального плана, объема и стоимости лечения.

2.3.4. Исполнитель имеет право отказаться от дальнейшего оказания услуг, если Потребитель настаивает на лечении, которое не соответствует действующим стандартам, требованиям технологии, медицинским показаниям и обычаям делового оборота.

2.3.5. Исполнитель вправе отказать Потребителю в оказании услуг (в одностороннем порядке отказаться от исполнения договора) в случае грубых нарушений Потребителем выполнения врачебных назначений, некорректного

поведения по отношению к персоналу Исполнителя, неоднократных опозданий, неявок (без предупреждения) на прием, а также нарушения Правил приема пациентов, с которыми Потребитель может ознакомиться на информационных стендах и на официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети Интернет Исполнителя.

2.3.6. Исполнитель вправе в одностороннем порядке изменять прейскурант платных медицинских услуг.

2.4. Права Потребителя:

2.4.1. На получение достоверных сведений об объеме и характере лечения, о состоянии его здоровья путем ознакомления с записями в оригинале медицинской карты либо получением по личному заявлению на руки копии

медицинской карты в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

2.4.2. Знакомиться с перечнем платных медицинских услуг; сроками ожидания оказания медицинской помощи, которая осуществляется в рамках программы ОМС; стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями (при их наличии); сроками ожидания предоставления платных медицинских услуг; сведениями о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг,

об уровне их профессионального образования и квалификации; графиком работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг: перечнем категорий потребителей, имеющих право на получение льгот, а также перечнем льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг, в случае их установления Министерством Здравоохранения Российской Федерации; адресами и телефонами органов

исполнительной власти Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан; с нормативными правовыми документами, регулирующими вопросы здравоохранения в Российской Федерации; с уставными и иными документами на официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети Интернет Исполнителя и на информационных стендах Исполнителя.

3. Ответственность сторон

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

3.2. Исполнитель несет ответственность в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязанностей при наличии своей вины.

3.3. Исполнитель освобождается от ответственности при следующих существенных нарушениях условий договора со стороны Потребителя:

- непредставления Потребителя полной и достоверной информации об имеющихся у него заболеваниях;
- отказа Потребителя от необходимого комплекса) обследований и лечения, включая соблюдение рекомендаций лечащего врача;
- вследствие обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения Договора в результате событий чрезвычайного характера, которые Стороны не могли предвидеть или предотвратить разумными мерами (форс-мажор).

3.4. Исполнитель освобождается от ответственности при возникновении осложнений в случае:

- обоснованного профессионального риска;
- невыполнения Потребителем назначений и рекомендаций врачей во время и после окончания лечения, в том числе: самостоятельного применения медикаментов или методов лечения, которые не были рекомендованы врачом;
- наступления предусмотренных вредных эффектов, соответствующих объему и характеру медицинского вмешательства и обусловленных анатомическими особенностями организма и (или) выраженностью основного заболевания у Потребителя.

3.5. Если Исполнитель при той степени осмотрительности и заботливости, какая от него требовалась по характеру обязательств и условиям договора, предпринял все необходимые профессиональные действия, то отсутствие ожидаемого результата не является основанием для признания услуги оказанной ненадлежащим образом.

3.6. Потребитель несет ответственность за:

- соблюдение назначений лечащего врача;
- негативные последствия одностороннего отказа по собственной инициативе от медицинских услуг Исполнителя;
- своевременность проводимых платежей.

4. Порядок и условия оплаты:

4.1. Стоимость работ (услуг) по Договору определяется в соответствии с действующим прейскурантом Исполнителя.

4.2. Оплата производится Потребителем в кассу Исполнителем или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, указанный в разделе __ 8 __ настоящего Договора.

4.3. Исполнение по Договору за предоставление услуг осуществляется на условиях 100% оплаты.

4.4. В случае изменения стоимости оказываемых Исполнителем платных медицинских услуг по прейскуранту, в связи с необходимостью проведения дополнительных диагностических и/или лечебных мероприятий, изменения

фактических затрат на лечение и других обстоятельств, производится перерасчет по предварительному плану лечения с учетом этих изменений.

4.5. Обязательство Потребителя по оплате медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, считается исполненным с момента поступления денежных средств, указанных Исполнителем в расчетных документах, на расчетный счет Исполнителя.

4.6. Основанием для оплаты работ (услуг) является акт выполненных работ (приложение №2), предоставленный Исполнителем.

4.7. По окончании оказания медицинских услуг (по окончании этапа оказания медицинских услуг) Сторонами подписывается акт выполненных работ (услуг). По требованию (необходимости) Сторон, составляется и

подписывается акт сверки оказанных услуг или предоставляется информация о состоянии лицевого счета Потребителя.

4.8. В случае неполучения Исполнителем подписанного Сторонами акта выполненных работ (услуг), акта сверки в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней от даты его вручения первой из Сторон, акты признаются подписанными без разногласий, а услуги принятыми в полном объеме без претензий.

4.9. При одностороннем отказе от исполнения настоящего Договора, возврат неизрасходованной части денежных средств осуществляется Исполнителем Потребителю в течение 10 (десяти) рабочих дней от даты, следующей за датой получения Исполнителем последнего из документов: акта сверки, письменного обращения Потребителя на возврат денежных средств.

5. Порядок разрешения споров

5.1. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Потребителем споры разрешаются путем проведения переговоров.

5.2. При невозможности достигнуть согласия Стороны разрешают споры в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6. Срок действия договора

6.1 Настоящий договор заключается на неопределенный срок и вступает в силу с даты подписания настоящего договора. Сроки выполнения отдельных этапов лечения и изменения этих сроков определяется лечащим врачом и оформляется в медицинской карте.

6.2. Настоящий договор может быть изменен или расторгнут по взаимному соглашению сторон. Возможен односторонний отказ от Договора. Все изменения или дополнения к настоящему Договору должны быть оформлены в письменном виде и подписаны Сторонами, за исключением одностороннего отказа от Договора, односторонний отказ от Договора осуществляется в уведомительном порядке со стороны Исполнителя, и письменного заявления со стороны Потребителя.

6.3. Все уведомления и сообщения Сторон, связанные с исполнением, изменением или прекращением настоящего Договора, направляются в письменной форме по реквизитам, указанным в Договоре на адреса электронной почты Сторон либо заказным или ценным письмом, телеграфным сообщением, либо курьером, с подтверждением о вручении адресату.

6.4. При одностороннем отказе от исполнения настоящего Договора, Сторона инициатор расторжения Договора должна уведомить любым способом, определенным в п. 6.3. Договора о своем решении другую сторону. Договор прекращается с момента получения такого уведомления, уведомление считается доставленным адресату и в том случае, если оно фактически не было получено по причинам, зависящим от адресата (п. 1 ст. 165.1 ГК РФ).

7. Прочие условия

7.1. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

7.2. Потребитель может ознакомиться с правилами, документами и формами, указания на которые имеются в настоящем договоре на информационном стенде, на официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети интернет Исполнителя.

8. Реквизиты сторон

Исполнитель:

**ФГАОУ ВО
РНИМУ им. Н.И.
Пирогова
Минздрава России**
117997, г. Москва,
ул. Островитянова,
д.1.
ИНН/КПП
7728095113/7728010
01
УФК по г. Москве
(ФГАОУ ВО
РНИМУ им. Н.И.
Пирогова
Минздрава России
л/ с 20736X58770)

Потребитель :*

Фамилия _____
Имя _____
Отчество (при наличии) _____

Адрес места жительства: _____

Телефон: _____

Паспортные данные:
серия _____ № _____ Выдан _____

р/с
40501810600002000
079
Отделение 1 Москва
г. Москва 705
БИК 044583001,
ОКАТО
45293578000
КБК
000000000000000000
130

Телефон (факс):
(495) 434-1422

Сайт :<https://rsmu.ru/>

Дата выдачи _____
Адрес электронной почты: _____ /
_____ /

* Договор может быть заключен анонимно согласно ч. 5 ст. 84 Закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ и пп. «б» п. 17 Постановления Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006. Постановкой своей подписи в договоре Пациент берет на себя всю полноту ответственности за невыполнение требований законодательства вступать в гражданские отношения под своим именем в соответствии с положениями ст. 19 Гражданского кодекса Российской Федерации. При этом в строках сведений о Пациенте преамбулы Договора и раздела 9 Договора проставляется отметка «АНОНИМНО».

_ /

____ /

М.П.

**СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных**

Я, _____,
(Ф.И.О.)

зарегистрированный по адресу: _____
проживающий по адресу: _____, документ, удостоверяющий личность
_____ серия _____ номер _____,

выдан _____ (дата выдачи и
название выдавшего органа)
на основании: _____

(степень родства и/или документ, подтверждающий
опеку/попечительство/усыновление/удочерение пациента; реквизиты доверенности или иного
документа, подтверждающего полномочия представителя пациента)

представляющий интересы Потребителя _____
(Ф.И.О. Пациента полностью) зарегистрированного по адресу: _____

проживающего по адресу: _____, документ,
удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____,
выдан _____
(дата и название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями ст.ст.23,24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» **я даю свое согласие** на обработку персональных данных отделу медицинского сопровождения РНИМУ им. Пирогова, расположенному по адресу: г. Москва, ул. Островитянова, дом 1, строение 9 (далее – Оператор), персональных данных представляемого мной лица, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), реквизиты справки МСЭ, место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

В процессе оказания Оператором медицинских услуг представляемому мной лицу я предоставляю право Оператору передавать мои персональные данные, персональные данные представляемого мной лица, в том числе составляющие врачебную тайну, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, в интересах обследования представляемого мной лица, лечения и учета следующим лицам:

- должностным лицам Оператора, а также лицам, обрабатывающим персональные данные с Оператором на основании заключенного с ним договора;

- страховым медицинским организациям (в рамках ОМС), контролирующим органам: ФОМС, ТФОМС, Пенсионный фонд РФ, ФНС, ФСС, Росстат, иным государственным органам.

Срок хранения моих персональных данных, персональных данных представляемого мной лица соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Передача моих персональных данных, персональных данных представляемого мной лица иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего дополнительного письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной «_____» _____ 20__ г., действует в течение неопределенного срока и может быть отозвано на основании письменного заявления в произвольной форме.

Условием прекращения обработки персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку персональных данных.

Подпись субъекта персональных данных _____

расшифровка подписи _____

Приложение №2
к договору оказания платных медицинских услуг

Акт выполненных работ

Назначенных/рекомендованных медицинских услуг

Составлен « ____ » _____ 2023г

№п/п	Дата	Наименование услуги	Стоимость услуги
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
ИТОГО:			

Цена единицы услуги определяется в соответствии с действующим на дату подписания настоящего Приложения Прейскурантом в соответствии с пунктом 2.2.4 Договора

Исполнитель медицинский работник

_____ / _____
подпись ФИО

Потребитель _____ / _____
подпись ФИО (либо отметка "АНОНИМНО")

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

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

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)
в отношении _____

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
" __ " _____ г. рождения, проживающего по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства 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. N 390н <1> (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)
в _____

_____ (полное наименование медицинской организации)
Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". В соответствии с частью 7 статьи 82 Федерального закона от 29 декабря 2012 года №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» и частью 9 статьи 21 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» я информирован, и даю согласие на участие обучающихся в оказании мне / лицу, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) медицинской помощи .

Информирован, согласен: _____ (Пациент, подпись, Ф.И.О.)

В случае моего отказа от участия обучающихся в оказании медицинской помощи медицинская организация окажет медицинскую помощь без участия обучающихся.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 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).

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись)

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

_____ (подпись)

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

" __ " _____ г.
(дата оформления)