Приложение № 5

к Приказу ГАУ РК «Санаторий «Прибой»

№ 282 от 24.08.23 г.

**ДОГОВОР**

**на оказание платных медицинских услуг**

**(дистанционным способом)**

г. Евпатория " \_\_\_\_ "\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_ г.

Государственное автономное учреждение Республики Крым «Санаторием «Прибой», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Папенина Николая Анатольевича, действующего на основании Устава и лицензии № ЛО41-01177-91/00349275 от 19 мая 2020 г., выданной Министерством здравоохранения Республики Крым, ИНН 9110009605, ОГРН 1159102041625, расположенная по адресу 297407, Республика Крым, г. Евпатория, ул. Московская, д. 9/15 с одной стороны, и гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О

именуемого в дальнейшем «Пациент», 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 Пациента (законного представителя Пациента), обязуется оказать ему медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, а Пациент обязуется оплатить данные услуги.

1.2. Платные медицинские услуги, предоставляемые по настоящему договору:

при оказании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать вид медицинской помощи), их стоимость указана в приложении № 2 к Договору.

1.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента 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». Расходы, связанные с оказанием Пациенту медицинской помощи в экстренной форме, возмещаются Исполнителю в порядке и размерах, которые установлены органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в рамках территориальных программ в соответствии с пунктом 10 части 2 статьи 81 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1.4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг, оказываемых в плановом порядке (не по экстренным показаниям), заключается дополнительное соглашение к настоящему договору.

1.5. Срок (дата) оказания и время ожидания медицинских услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**2. Права и обязанности сторон**

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Предоставить Пациенту в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (размещена на сайте https://tfomsrk.ru).

2.1.2. Оказать Пациенту платные медицинские услуги в соответствии с п.1.2 настоящего Договора, качество которых должно соответствовать условиям договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида. В случае, если федеральным законом или иными нормативными актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых платных медицинских услуг должно соответствовать этим требованиям.

2.1.3. Оказывать медицинские услуги в полном объеме в соответствии с настоящим договором с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации, на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности (реквизиты лицензии на осуществление медицинской деятельности, срок ее действия и перечень разрешенных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указан в Приложении № 1 к настоящему договору).

2.1.4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Пациента.

Без согласия Пациента Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.5. По требованию Пациента предоставить ему в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

– порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;

– информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

– информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

– другие сведения, относящиеся к предмету настоящего договора.

2.1.6. Предоставить Пациенту (законному представителю Пациента) 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, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие;

– копии медицинских документов (выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы;

– копию договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения), справку об оплате медицинских услуг по установленной форме, рецептурный бланк с поставленным штампом «Для налоговых органов Российской Федерации, идентификационный номер налогоплательщика», заверенный подписью и личной печатью врача, печатью медицинской организации, документы установленного образца, подтверждающие оплату лекарственных препаратов (кассовый чек, бланк строгой отчетности или иной документ, подтверждающий факт осуществления расчета, в случаях, если в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации о применении контрольно-кассовой техники у медицинской организации отсутствует обязанность по применению контрольно-кассовой техники при осуществлении расчетов). Запрашиваемые документы предоставляются Пациенту в течение 3 рабочих дней со дня поступления заявления Пациента о предоставлению указанных документов. При поступлении заявления от Пациента на предоставление копий медицинских документов (выписок из медицинских документов) в период нахождения Пациента на стационарном лечении у Исполнителя, указанные документы предоставляются в течение 1 рабочего дня.

2.1.7. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления услуг по настоящему договору.

2.1.8. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

2.1.9. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Пациенту услуг, а также денежных средств, поступивших от Пациента.

2.1.10. Немедленно извещать Пациента о невозможности оказания 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.

2.1.11. Предоставлять платные медицинские услуги только при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан (Приложение № 3).

2.1.12. При предоставлении платных медицинских услуг гражданам иностранных государств (нерезидентам) обеспечить передачу сведений об осуществлении медицинской деятельности в отношении нерезидентов в соответствии с указаниями Центрального банка Российской Федерации.

2.2. Исполнитель имеет право на получение полной и достоверной информации о состоянии здоровья Пациента и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения. Исполнитель не несет ответственности за осложнения или неэффективность лечения, возникшие в результате неисполнения Пациентом назначений, рекомендаций и советов медицинских сотрудников Исполнителя.

2.3. Пациент (законный представитель Пациента) обязуется:

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

2.3.2. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.

2.3.3. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения.

2.3.4. Оплатить стоимость предоставленных Исполнителем медицинских услуг, указанных в п. 1.2 настоящего договора в сроки и в порядке, которые определены настоящим Договором.

2.4. Пациент имеет право:

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

2.4.2. Отказаться от исполнения настоящего Договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

2.5. Пациент дает свободно, своей волей и в своем интересе согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения настоящего Договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.

**3. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов**

3.1. Стоимость услуг, оказываемых по настоящему договору, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом платных медицинских услуг, утвержденным Исполнителем, и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_) руб.

3.2. Потребителю в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается контрольно-кассовый чек или бланк строгой отчетности, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг.

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

3.4. Оплата услуг по договору осуществляется наличными денежными средствами или с использованием платежных банковских карт по выбору Пациента.

3.5. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Пациенту услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится, либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Пациента удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Пациентом по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов. При оказании платных медицинских услуг обязанность исполнителя по возврату денежной суммы, уплаченной потребителем и (или) заказчиком по договору, возникает в соответствии с главой III Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей». Оплата медицинской услуги потребителем и (или) заказчиком путем перевода средств на счет третьего лица, указанного исполнителем (в письменной форме), не освобождает исполнителя от обязанности осуществить возврат уплаченной потребителем и (или) заказчиком суммы как при отказе от исполнения договора, так и опри оказании медицинских услуг (выполнении работ) ненадлежащего качества, в соответствии с Законом Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».

3.6. В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Пациента, в том числе при нарушении им медицинских предписаний, оплата медицинских услуг осуществляется в полном объеме.

3.7. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета. Ее составление по требованию Пациента или Исполнителя является обязательным, при этом она является неотъемлемой частью настоящего Договора (Приложение № 4).

**4. Ответственность сторон**

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

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

4.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Пациентом неполной информации о своем здоровье в соответствии с п. 2.3.2 настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п. 2.3.4 и п. 3.6 настоящего договора.

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

**5. Конфиденциальность**

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

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

**6. Заключительные положения**

6.1. До заключения настоящего Договора Исполнитель в письменной форме уведомил Пациента 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 Пациента.

6.2. Настоящий Договор заключен посредством использования сети «Интернет» через официальный сайт Исполнителя на основании ознакомления потребителя и (или) заказчика с предложенным исполнителем описанием медицинской услуги (дистанционный способ заключения договора).

6.3. При заключении договора дистанционным способом потребитель самостоятельно знакомится на официальном сайте исполнителя в сети «Интернет» https://sanpriboy.ru со следующей информацией:

– наименование (фирменное наименование) Исполнителя;

– основной государственный регистрационный номер исполнителя;

– идентификационный номер налогоплательщика (исполнителя);

– информация об оказываемой услуге (выполняемой работе), предусмотренная статьей 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей»;

– способы оплаты услуги (работы);

– сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности (номер лицензии, сроки ее действия, а также информация об органе, выдавшем указанную лицензию);

– адреса, в том числе адреса электронной почты, по которым принимаются обращения (жалобы) и требования потребителей и (или) заказчиков: электронный адрес Исполнителя <https://sanpriboy.ru>; электронный адрес учредителя (Министерство здравоохранения Республики Крым) https://[minzdrav2014@mzdrav.rk.gov.ru](mailto:minzdrav2014@mzdrav.rk.gov.ru); электронный адрес Роспотребнадзора https://www.rospotrebnadzor.ru и Росздравнадзора https://roszdravnadzor.gov.ru.

6.4. Указанная в п. 6.3. информация размещена на официальном сайте исполнителя в сети «Интернет» https://sanpriboy.ru. Подписанием настоящего договора электронной подписью пациента и (или) заказчика, пациент и (или) заказчик подтверждает факт ознакомления с данной информацией.

6.5. Договор с пациентом и (или) заказчиком считается заключенным со дня оформления пвциентом и (или) заказчиком соответствующего согласия (акцепта), в том числе путем совершения действий по выполнению условий договора, включая внесение частично или полностью оплаты по договору с учетом положений статей 16.1. и 37 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».

Со дня получения согласия (акцепта) и осуществления пациентом и (или) заказчиком частичной или полной оплаты по нему все условия договора остаются неизменными и не должны корректироваться исполнителем без согласия пациента и (или) заказчика.

6.6. При заключении договора исполнитель представляет пациенту и (или) заказчику подтверждение заключения такого договора. Указанное подтверждение должно содержать номер договора или иной способ идентификации договора, который позволяет пациенту и (или) заказчику получить информацию о заключенном договоре и его условиях.

6.7. По требованию пациента и (или) заказчика в целях заключения и (или) исполнения договора, заключенного дистанционным способом, может осуществляться в том числе с помощью ФГИС «Единая система идентификации и аутентификации в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронной форме» («Госуслуги»).

6.8. Согласие (акцепт) должно быть подписано электронной подписью пациента и (или) заказчика (простой, усиленной неквалифицированной или усиленной квалифицированной) и усиленной квалифицированной электронной подписью лица исполнителя.

6.9. Пациент и (или) заказчик обязаны оплатить оказанную исполнителем медицинскую услугу в порядке и сроки, которые установлены договором, заключенным с исполнителем в дистанционной форме, с учетом положений статей 16.1 и 37 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».

6.10. При заключении договора дистанционным способом отказ пациента и (или) заказчика от исполнения договора может быть совершен способом, используемым при его заключении.

6.11. Пациент и (или) заказчик могут направить исполнителю в любой форме и любым, включая дистанционный, способом требования, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной платной медицинской услуги), а исполнитель обязан принять эти требования, в том числе дистанционным способом.

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

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

6.14. Оплату фактически оказанных Исполнителем Пациенту медицинских услуг, в случае досрочного расторжения настоящего Договора по основаниям, указанным в п. 6.13 Договора, Пациент обязан произвести в течение 3 рабочих дней со дня расторжения Договора.

6.15. Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

6.16. Исполнитель обеспечивает хранение настоящего договора в порядке, определенном законодательством Российской Федерации об архивном деле в Российской Федерации.

**7.Реквизиты и подписи сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| Пациент: | Исполнитель: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Фамилия, имя и отчество (при наличии))  Адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Иные адреса (при наличии):  Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подпись Ф.И.О. | ГАУ РК «Санаторий «Прибой»  297407, Республика Крым, г. Евпатория,  ул. Московская, д. 9/15  ИНН 9110009605 КПП 911001001  ОГРН 1159102041625  Директор  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Папенин Н. А./  М.П. |
|  |  |

**Директору ГАУ РК «Санаторий «Прибой»**

**Папенину Н.А.**

**От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

**ФИО пациента,**

**проживающего по адресу:**  
**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**УВЕДОМЛЕНИЕ**

В соответствии с п. 24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736, настоящим подтверждаю, что до заключения договора о предоставлении мне платных медицинских услуг, уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на моем состоянии здоровья.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф. И. О.) |

Приложение № 1  
к договору на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Сведения о Лицензии Исполнителя**

Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации, наименование, адрес местонахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа: Лицензия от 19 мая 2020 г. № ЛО41-01177-91/00349275 выдана Министерством здравоохранения Республики Крым, находящимся по адресу: г. 295015, Республика Крым, г. Симферополь, проспект Кирова, 1.

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской  
организации в соответствии с лицензией, содержится в соответствующей лицензии  
Исполнителя, копия которой является частью настоящего договора (приложением к  
настоящему договору) и находится в доступной форме на информационных стендах  
(стойках) Исполнителя, а также на официальном сайте Исполнителя.

Приложение № 2  
к договору на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Виды предоставляемых платных медицинских услуг, их стоимость**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** **п/п** | **Код медуслуги** | **Наименование медуслуги** | **Единица измерения** | **Стоимость услуги (руб.)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Приложение № 3  
к договору на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие на предоставление платных медицинских услуг, обработку персональных данных, медицинское вмешательство**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. Пациента)

реквизиты документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ договора об оказании в ГАУ РК «Санаторий «Прибой» (далее по тексту – Исполнитель) платные услуги и даю свое согласие на:

1. На оказание платных медицинских услуг

1.1. Я получил (а) от сотрудников Исполнителя полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов (а) их оплатить.

1.2. Я ознакомлен (а) с действующим прейскурантом и согласен (на) оплатить стоимость медицинских услуг, указанных в настоящем Договоре.

2. На обработку персональных данных

2.1. В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку Исполнителем моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью 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.

2.2. Я даю согласие на использование моих персональных данных в целях выполнения обязательств по договору оказания платных медицинских услуг.

2.3. Настоящее согласие предоставляется на осуществление особых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных целей.

2.4. Я подтверждаю, что давая такое Согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

3. На медицинское вмешательство

3.1. Мне разъяснены и понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Я понимаю необходимость проведения необходимых манипуляций (процедур), выполняемых в рамках заключенного настоящего договора.

3.2. Мне полностью понятно, что во время указанной манипуляции (процедуры) или после нее могут развиться осложнения, что может потребовать дополнительного медицинского вмешательства.

3.3. Я уполномочиваю медицинских работников Исполнителя выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

3.4. Я обязуюсь поставить (а) в известность врача до момента оказания мне платных медицинских услуг обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне заболеваниях, травмах, операциях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов, сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

3.5. Я согласен(а), что при несоблюдении назначений и рекомендаций, лечащий врач не несет ответственности за результаты моего лечения.

3.6. Я удостоверяю, что текст моего добровольного информированного согласия на оказание платных медицинских услуг, на обработку персональных данных, на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов платных медицинских услуг и даю согласие на их применение.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Пациент (Заказчик) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф. И. О.) |

Приложение № 4  
к договору на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Смета на оказание платных медицинских услуг**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** **п/п** | **Код медуслуги** | **Наименование медуслуги** | **Единица измерения** | **Стоимость услуги (руб.)** | **Кол-во услуг** | **Общая стоимость медицинской услуги** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Стоимость платных медицинских услуг итого: | | | | | |  |