**Письменное уведомление**

В соответствии с п.п. 24 раздела IV правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением правительства РФ от 11.05.2023г.№ 736,

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

(Ф.И.О. полностью гражданина

либо законного представителя )

Получил(а) разъяснения, что несоблюдение (рекомендаций) «Исполнителя» (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу в ГАУЗ СК «ККСУЦ»), в том числе назначенного режима лечения, несоблюдение назначений и рекомендаций врача, режима приема лекарственных препаратов, неявка в назначенное время на этапы лечения и последующие профилактические осмотры, бесконтрольное самолечение могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Настоящее письменное уведомление составлено до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

Подпись Потребителя (Заказчика) , законного представителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.) подпись

Дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_г.

**Договор № \_\_\_\_\_**

**на оказание платных медицинских услуг**

 г. Ставрополь «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_года

Государственное автономное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Краевой клинический специализированный уроандрологический центр» (сокращенное наименование у – ГАУЗ СК «ККСУЦ»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», действующее в соответствии со свидетельством о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц серия 26 номер 004107625, зарегистрированное Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 12 по Ставропольскому краю 07.10.2007, основной государственный регистрационный номер 1022635049082, идентификационный номер налогоплательщика 2635105835, осуществляющее медицинскую деятельность на основании лицензии, согласно выписке из реестра лицензий на осуществление медицинской деятельности в части реестровой записи от 15.11.2018 регистрационный номер лицензии Л041-01197-26/00555939, лицензирующий орган министерство здравоохранения Ставропольского края, расположенное по адресу: г. Ставрополь, ул. Маршала Жукова, 42/311, контактный телефон +7(8652) 35 45 71, номер и дата приказа (распоряжения) лицензирующего органа: 1024 от 15.02.2022, срок действия лицензии - бессрочная, в лице главного врача Панченко Игоря Андреевича, действующего на основании Устава, с одной стороны и **гражданин(ка***)* **РФ**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем Потребитель (Заказчик) (либо законный представитель несовершеннолетнего) с другой стороны, при совместном упоминании именуемые «Стороны», с соблюдением требований Гражданского кодекса РФ, Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Закона РФ от 07 февраля 1992 года № 2300-1 «О защите прав потребителей», Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, установленными Правительством Российской Федерации, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. Исполнитель на основании обращения Потребителя (Заказчика) принимает на себя обязательство по оказанию платных медицинских услуг (далее по тексту – Услуги), отвечающих требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а Потребитель (Заказчик) обязуется оплатить их в порядке, в размере и в срок, установленный настоящим Договором:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Перечень медицинских услуг | Кол-во | Сумма |
|  |  |  |  |

Итого:

1.2. При подписании настоящего договора Потребитель (Заказчик) ознакомлен с перечнем предоставляемых Исполнителем платных медицинских услуг, в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной Министерством здравоохранения Российской Федерации, их стоимостью и условиями их предоставления.

1.3. При заключении настоящего договора Потребителю (Заказчику) в доступной форме предоставлена информация о предоставлении платных медицинских услуг в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, и порядками оказания медицинской помощи, которые утверждены Министерством здравоохранения Российской Федерации, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации и возможностью оказания Услуги в полном объеме [стандарта](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_141711/c335af07929c2b2a5df5b1a0380b9e39598f60be/#dst100005) медицинской помощи, либо по просьбе Потребителя (Заказчика) в виде осуществления отдельной консультации или медицинского вмешательства, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

1.4. Потребитель (Заказчик) информирован 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, предельными сроками ожидания оказания бесплатной медицинской помощи в соответствии с программой и территориальной программой и его правом на получение платных медицинских услуг на добровольной основе, предоставляемых Потребителю (Заказчику) по его желанию с его письменного согласия в виде настоящего Договора.

1.5. Потребитель информирован о методах оказания медицинской помощи, связанных с ней рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; информацией о действующих льготах для отдельных категорий граждан.

Подписывая настоящий Договор Потребитель (Заказчик) выражает свое намерение на получение Услуги на возмездной основе, предоставляемой по его желанию в удобный для него период (день, время и т.д.) и отказывается от предложенной ему альтернативной возможности получения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых ему без взимания платы в рамках программы и территориальной программы, с учетом предельных сроков ожидания оказания бесплатной медицинской помощи.

1.6. Исполнитель оказывает Услуги по адресу: город Ставрополь, ул. Бруснева 6/1.

Оказание Услуги возлагается на медицинского работника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, отвечающего за предоставление Услуги. Потребитель (Заказчик) до заключения договора ознакомлен со сведениями о медицинском работнике, его уровне профессионального образования и квалификации, графиком его работы.

1.7. При исполнении настоящего договора стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации, регулирующим предоставление платных услуг населению медицинскими организациями.

1.8. Результатом оказания Услуги является исход заболевания, который подлежит внесению в медицинскую карту Потребителя (Заказчика), получающего медицинскую помощь в амбулаторных (стационарных) условиях.

1.9. Услуги подлежат оказанию в течение 1 (одного) рабочего дня, с момента заключения договора.

**2. Информация о предоставляемой Услуге и порядке ее оказания**

2.1. Качество предоставляемой Услуги должно соответствовать требованиям, установленным действующим законодательством РФ, а также условиям настоящего договора.

2.2. Исполнитель оказывает Услуги по настоящему договору в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Исполнителя и доводятся до сведения Потребителя (Заказчика) путем размещения соответствующей информации на вывеске, информационном стенде, на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (адрес сайта - кксуц.рф).

2.3. Перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих медицинскую деятельность в составе лицензируемого вида деятельности по адресу: город Ставрополь, ул. Бруснева 6/1 определен согласно приложению к лицензии от 15.11.2018 регистрационный номер Л041-01197-26/00555939, в объеме: **При оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях организуются и выполняются следующие работы (услуги***): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по*: анестезиологии и реаниматологии; лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; медицинской статистике; операционному делу; организации сестринского дела; сестринскому делу; физиотерапии; **При оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях организуются и выполняются следующие работы (услуги):** *при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по*: управлению сестринской деятельностью; **При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях****организуются и выполняются следующие работы (услуги)** : *при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по*: детской урологии-андрологии; клинической лабораторной диагностике; организации здравоохранения и общественному здоровью; сексологии; ультразвуковой диагностике; управлению сестринской деятельностью; урологии; физиотерапии; эндокринологии; **При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара****организуются и выполняются следующие работы (услуги)** :*при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара* по: урологии; **При оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях****организуются и выполняются следующие работы (услуги):** *при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по*: анестезиологии и реаниматологии; детской урологии-андрологии; клинической лабораторной диагностике; организации здравоохранения и общественному здоровью; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; эндоскопии; **при проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги):** при проведении медицинских, экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества "медицинской помощи".

2.4. Медицинский работник проводит осмотр Потребителя (Заказчика), определяет план лечения, в отношении Потребителя (Заказчика), с учетом возможностей ГАУЗ СК «ККСУЦ». План лечения представляет собой последовательность применения медицинских технологий, утвержденных федеральным стандартом медицинской помощи по конкретному заболеванию. План лечения подлежит согласованию с Потребителем (Заказчиком). Сроки ожидания медицинских услуг, предусмотренных п. 1.1 настоящего Договора, определяются в Плане оказания медицинских услуг.

2.5. По окончанию оказания Услуги Потребителю (Заказчику) подлежит выдаче документ, содержащий информацию о состоянии здоровья Потребителя (Заказчика) после получения Услуги, включая информацию о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении Услуги лекарственных препаратах и медицинских изделиях. При временной нетрудоспособности – листок временной нетрудоспособности. Указанная информация предоставляется Потребителю (Заказчику) бесплатно.

2.6. В случае если при предоставлении Услуги потребуется предоставление дополнительных платных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, письменное согласие Потребителя (Заказчика) на их предоставление является обязательным условием их оказания. По соглашению Сторон письменное согласие Потребителя (Заказчика) подлежит оформлению в виде нового письменного документа – договора на оказание платных медицинских услуг, или дополнительного соглашения к настоящему договору.

2.7. В случае если при предоставлении Услуги потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя (Заказчика), при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие услуги подлежат оказанию Исполнителем без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.8. Копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья Потребителя (Заказчика) после получения Услуги, подлежат предоставлению Потребителю (Заказчику) на руки в порядке, установленном п. 5 ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации (далее – Федеральный закон № 223-ФЗ).

2.9. Услуги подлежат предоставлению при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (Заказчика) (законного представителя), данного в порядке, установленном статьей 20 Федерального закона № 323-ФЗ.

2.10. По окончанию оказания Услуги полежит оформлению акт о приемке выполненных работ (оказанных услуг).

2.11. Соблюдение установленных законодательством РФ требований к оформлению и ведению медицинской документации, является обязательным условием надлежащего исполнения обязательств Сторонами настоящего договора.

**3. Стоимость и порядок оплаты**

3.1. Стоимость Услуги, согласно прейскуранту составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_рублей 00 копеек, \_\_\_\_\_\_скидка, категория льготника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

3.2. С согласия Потребителя (Заказчика) оплата Услуги осуществляется при заключении настоящего договора по средствам внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. Потребителю (Заказчику) выдается документ, подтверждающий произведенную оплату (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности – документ установленного образца).

3.3. В стоимость включен весь перечень Услуг, которые Исполнитель оказывает в период действия настоящего договора.

3.4. В случае не оказания, оказания Услуги ненадлежащего качества и при иных основаниях для возврата денежных средств, Исполнитель возвращает Потребителю (Заказчику) денежные средства в течение 10 календарных дней с момента предъявления требования Потребителя (Заказчика). Обязанность Исполнителя по возврату денежной суммы, уплаченной Потребителем (Заказчиком) по договору возникает в соответствии с главой III Закона РФ «О защите прав потребителей».

**4. Права и обязанности сторон**

4.1. *Исполнитель обязан*:

4.1.1. Оказать Услуги качественно, в соответствии с предусмотренными медицинскими технологиями, правилами проведения лабораторных, инструментальных, и иных видов диагностических исследований, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации, и в срок, предусмотренный настоящим договором;

4.1.2. Использовать в процессе оказания Услуги только лицензированные, запатентованные способы, рекомендованные российской и общемировой медицинской практикой;

4.1.3. Соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся факта обращения Потребителя (Заказчика), состояния его здоровья и диагноза, иных сведений, полученных при оказании Услуги (врачебная тайна);

4.1.4. Обеспечить Потребителя (Заказчика) всей необходимой информацией посредствам ее размещения на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (кксуц.рф), и на информационных стендах (стойках) в наглядной и доступной форме. Информация также может быть предоставлена в письменном виде или путем направления на указанный Потребителем (Заказчиком) адрес электронной почты, в порядке, на условиях и в срок, утвержденный администрацией Исполнителя;

4.2*. Исполнитель имеет право*:

4.2.1. Требовать от Потребителя (Заказчика) соблюдения: графика прохождения процедур, соблюдения внутреннего режима пребывания на территории Исполнителя, соблюдения режима приема лекарственных препаратов, режима питания и других предписаний, которые могут снизить качество оказываемой Услуги, повлечь за собой невозможность их завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя (Заказчика);

4.2.2. В случае отсутствия по уважительной причине назначенного медицинского работника, для оказания услуги назначить другого медицинского работника. Информация о медицинском работнике, его уровне профессионального образования и квалификации, графике его работы подлежит доведению до сведения Потребителя (Заказчика).

4.3. *Потребитель (Заказчик) обязан*:

4.3.1. Оплатить Услуги в размере и порядке согласно п. 3 настоящего Договора;

4.3.2. Сообщить медицинскому работнику все сведения о наличии у него других заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, а также другую информацию, влияющую на Услуги, перечисленные в п.п. 1.1. настоящего договора;

4.3.3. Выполнять все требования медицинских работников Исполнителя в течение всего срока действия настоящего договора;

4.3.4. При получении Услуги сообщать медицинским работникам о любых изменениях самочувствия;

4.3.5. Соблюдать график приема медицинских работников;

4.3.6. Соблюдать внутренний режим нахождения на территории Исполнителя;

4.3.7. В случае отсутствия возможности в получении Услуги в согласованную с Исполнителем дату и время, информировать Исполнителя не менее чем за 4 часа об отсутствии возможности исполнения обязательства. При отсутствии указанной информации, отсутствие Потребителя (Заказчика) в согласованную дата и время для оказания Услуги признается невозможностью исполнения обязательств Исполнителем, возникшее по вине Потребителя (Заказчика) .

4.4. *Потребитель (Заказчик) имеет право*:

4.4.1. Запрашивать у Исполнителя сведения о наличии лицензии, сертификата, иной информации, обязательной к представлению в соответствии с правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, установленными Правительством Российской Федерации;

4.4.2. Выбрать медицинского работника в качестве лечащего врача (с учетом его согласия);

4.4.3. Получить в доступной для него форме имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания Услуги.

4.4.4. Дать добровольное согласие или отказ от медицинского вмешательства;

4.4.5. Ходатайствовать о проведении консилиума и консультаций специалистов;

4.4.6. Требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии (врачебной тайны);

4.4.7. На возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания Услуги;

4.4.8. Отказаться после заключения договора от получения Услуги. В этом случае Договор подлежит расторжению. Потребитель (Заказчик) информирует Исполнителя о расторжении договора по его инициативе, при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору;

4.4.9. В случае если оказываемые Исполнителем Услуги ухудшают состояние здоровья Потребителя (Заказчика), на возврат денежных средств, пропорционально дням, оставшимся до окончания срока предоставления Услуги. Доказательством негативного влияния на состояние здоровья Потребителя (Заказчика), является заключение медицинского работника, ответственного за оказание Услуги;

4.4.10. На предоставление выписки из медицинской карты Потребителя (Заказчика), получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (медицинской справки или медицинского заключения).

**5. Ответственность сторон**

5.1. В случае оказания медицинской услуги ненадлежащего качества Потребитель (Заказчик) вправе по своему выбору потребовать: безвозмездного устранения недостатков оказанной Услуги, соответствующего уменьшения стоимости оказанной Услуги, возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной Услуги в других медицинских организациях.

5.2. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель и Потребитель (Заказчик) несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

5.3. Вред, причиненный жизни и здоровью Потребителя (Заказчика) в результате некачественной Услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**6. Порядок изменения и расторжения договора**

6.1. Договор может быть расторгнут по взаимному соглашению сторон или иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. Все изменения и дополнения к настоящему договору действительны, если они совершены в письменной форме, подписаны полномочными представителями Сторон, и являются его неотъемлемой частью.

**7. Конфиденциальность**

7.1. Потребитель (Заказчик) дает согласие Исполнителю на обработку своих персональных данных.

7.2. Цель обработки персональных данных – оказание медицинской помощи, соблюдение требований действующего законодательства Российской Федерации.

**8. Прочие условия**

8.1. Договор вступает в силу и действует до момента исполнения Сторонами обязательств по договору.

8.2. Срок действия договора устанавливается равным сроку оказания Услуги 1 (один) рабочий день. Окончание срока действия договора влечет прекращение обязательств сторон по договору (п. 3 ст. 425 ГК РФ).

8.3. В соответствии с п. 2 ст. 781 Гражданского кодекса РФ, и не исполнения Потребителем (Заказчиком) п.п. 4.3.7 Договора, отсутствие Потребителя (Заказчика) в согласованную дату и время для оказания ему Услуги, влечет невозможность исполнения обязательств со стороны Исполнителя, возникшее по вине Потребителя (Заказчика) , в связи с чем Услуги подлежат оплате исполнителю в полном объеме.

8.2. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимиле подписи (воспроизведение механическим способом с использованием клише).

8.3. Настоящий договор составлен в трех экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй у Заказчика, третий у Потребителя. В случае если договор составляется между Исполнителем и Потребителем он составляется в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон

8.4. Споры и разногласия по настоящему договору разрешаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

8.5. Почтовый адрес и адрес электронной почты, на которые Потребитель (Заказчик) вправе направить обращение (жалобу) предусмотрены п. 9 настоящего договора.

8.6. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

**9. Адреса и реквизиты сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Законный представитель Потребителя (Заказчика)** | **Потребитель (Заказчик)** |
| **Адрес:** | **Адрес:** |
| **ФИО:**  Паспорт  Телефон  Адрес электронной почты (при наличии)  **Действующий на основании**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **(подпись)** | **ФИО:**  Паспорт  Телефон  Адрес электронной почты (при наличии)    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                        (**подпись)** |

**Исполнитель**

**ГАУЗ СК «ККСУЦ»**

г. Ставрополь, ул. Бруснева, 6/1 ИНН 2635105835 КПП 263501001 ОГРН 1072635019082

ОТДЕЛЕНИЕ СТАВРОПОЛЬ БАНКА РОССИИ//УФК по Ставропольскому краю

Кор. Счет: 40102810345370000013 БИК 010702101 Расчетный счет: 03224643070000002101

Эл.почта: andromedcentr@yandex.ru

Главный врач \_И.А. Панченко

|  |
| --- |
|  |
| *АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ*  *по договору об оказании платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_г.*  *г. Ставрополь " " г.*  *, именуемый (ая) в дальнейшем*  *(Ф.И.О* *Потребителя (Заказчика),*  *Потребитель (Заказчик) с одной стороны, и ГАУЗ СК «ККСУЦ», в лице главного врача Панченко Игоря Андреевича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем Исполнитель, с другой стороны, при совместном упоминании именуемые Стороны, составили настоящий акт о нижеследующем:*  *В соответствии с договором об оказании платных медицинских услуг «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_ Исполнитель оказал платные медицинские услуги по:*   |  |  |  | | --- | --- | --- | | ***виды медицинских услуг*** | ***кол-во*** | ***Сумма, руб.*** | |  | | | |  | | | |  | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  |   *Качество предоставленной Услуги соответствует требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида, оказанные Услуги не противоречат действующему законодательству Российской Федерации, Услуги выполнены полностью в оговоренные Сторонами сроки и надлежащим образом. Каких- либо, иных претензий по объему, качеству Услуги, Потребитель (Заказчик) претензий не имеет.*  *Согласно Договору стоимость Услуги составила \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб., в том числе НДС \_\_\_\_\_\_\_\_\_руб. Выписка (медицинская справка или медицинское заключение) предоставлены Потребителю (Заказчику) на руки.*  *Настоящий Акт является неотъемлемой частью Договора об оказании платных медицинских услуг от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_ года № \_\_\_\_\_\_, составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон.*  *Исполнитель Потребитель (Заказчик)*  *ГАУЗ СК «ККСУЦ» Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/*  *М.П.*  *Второй экземпляр получен на руки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *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) Потребителя (Заказчика) при подписании согласия законным представителем)*  *«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу:*  *(дата рождения Потребителя (Заказчика) при подписании законным представителем)*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)*  *даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в* [*Перечень*](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=129546&date=20.10.2022&dst=100009&field=134) *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>*](#Par165) *(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*](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=129546&date=20.10.2022&dst=100009&field=134)*, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных* [*частью 9 статьи 20*](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=416259&date=20.10.2022&dst=100263&field=134) *Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».*  *Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с* [*пунктом 5 части 5 статьи 19*](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=416259&date=20.10.2022&dst=608&field=134) *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), в том числе после смерти:*   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | | | | | *(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)* | | | | |  | | | | | *(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)*  *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) Потребителя (Заказчика) и дата рождения при подписании отказа законным представителем)*  *при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *(полное наименование медицинской организации)*  *отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в* [*Перечень*](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=129546&date=20.10.2022&dst=100009&field=134) *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>*](#Par234)*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *(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)* | | |  |  |  | *"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.* | | *(подпись)* |  | *(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)* | *(дата оформления)* | | | | |