

## Уведомление

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф. И. О. пациента)

в соответствии с пунктом 24 "Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 года № 736, пунктом 4.3. Положения «о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в ГБУЗ РК "Городская больница Эжвинского района г. Сыктывкара" подтверждаю, что до заключения договора об оказании платных медицинских услуг уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой мне платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Также до моего сведения в доступной форме доведена информация об исполнителе и предоставляемых им платных медицинских услугах в соответствии со статьями 8 - 10 Закона Российской Федерации "О защите прав потребителей", информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи, а также информация о Перечне работ, составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией, прейскурант на платные медицинские услуги.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

/ \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

**ДОГОВОР**  
**на оказание медицинских услуг**

г. Сыктывкар

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Коми "Городская больница Эжвинского района г. Сыктывкара" (далее – Учреждение) в лице главного врача Удоратина Олега Афанасьевича, действующего на основании Устава и Лицензии на медицинскую деятельность № ЛО41-01176-11/00580253 от 23 марта 2020 г, выданной Министерством здравоохранения РК (г. Сыктывкар, ул. Ленина, 73, тел.: 8-212-28-60-00) сроком действия – бессрочно, именуемое в дальнейшем "Исполнитель" с одной стороны и заказчик: \_\_\_\_\_

(наименование юридического лица и должностного лица юридического лица - заказчика, Ф.И.О.  
заказчика – физического лица)

именуемый(я) в дальнейшем "Заказчик",  
пациент: \_\_\_\_\_

*(фамилия, имя и отчество пациента (потребителя), с которым заключается договор)*

именуемый(я) в дальнейшем "Пациент", с другой стороны, вместе именуемые "Стороны", заключили настоящий Договор (далее – Договор) о следующем:

**1. Предмет договора**

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту платную медицинскую услугу

Информация о предоставляемой услуге указана в приложении № 1 к Договору.

1.2. Срок оказания медицинской услуги \_\_\_\_\_

1.3. Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу: 167026, Республика Коми, г. Сыктывкар, ул. Мира, д. \_\_\_\_ в соответствии с утвержденными Исполнителем Правилами оказания платных медицинских услуг.

1.4. Пациент (потребитель, заказчик) подтверждает(ют), что при заключении настоящего договора ему (им) предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа).

**2. Стоимость и порядок оплаты**

2.1. Стоимость и вид медицинской услуги определяется согласно утвержденному прейскуранту на платные медицинские услуги Учреждения, действующему на момент оказания услуги.

Стоимость медицинской услуги устанавливается в размере \_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ коп.

( \_\_\_\_\_ )  
*(сумма прописью)*

с учетом стоимости медикаментов и изделий медицинского назначения.

При предоставлении медицинских услуг в стационарных условиях стоимость медицинских услуг определяется перечнем платных медицинских услуг (приложение № 2 к договору).

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

2.3. В случае если при предоставлении медицинской услуги потребуются предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, исполнитель обязан предупредить об этом пациента (потребителя и (или) заказчика). Дополнительные медицинские услуги предоставляются пациенту на основании заключенного дополнительного соглашения.

В ходе оказания услуг объем и характер медицинских услуг может быть скорректирован лечащим врачом Учреждения. Все корректировки учитываются в медицинской документации Пациента, если в ходе оказания услуг возникла необходимость в проведении дополнительных манипуляций, то они выполняются с предварительного письменного согласия Пациента (приложение № 3). Отказ Пациента от проведения дополнительных манипуляций, предложенных в связи с медицинскими показаниями, оформляется в письменном виде с разъяснением Пациенту последствий такого отказа. В случае получения согласия на дополнительные медицинские услуги Пациент обязан произвести доплату её стоимости.

2.4. Оплата медицинской услуги производится предварительно в кассу Исполнителя или путем перечисления денежных средств на лицевой счет Исполнителя. Пациенту предоставляется документ, подтверждающий оплату медицинских услуг.

2.5. Пациент ознакомлен с прейскурантом на медицинские услуги до осуществления оплаты и согласен с порядком и условиями оплаты.

### 3. Права и обязанности сторон

3.1. Исполнитель обязан:

- оказать Пациенту квалифицированную, качественную медицинскую помощь в установленный договором срок;

- обеспечить Пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения:

а) о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи (при наличии), применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, а также информацию о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

б) данных о медицинском работнике, отвечающим за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);

в) другие сведения, относящиеся к предмету настоящего Договора;

- в установленном законом порядке предоставить информацию, перечисленную в п. п. 12, 13, 15-17, 21 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006";

- оказывать Пациенту дополнительные услуги в порядке и на условиях, установленных Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736 и настоящим Договором;

- предоставить 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 и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- при предоставлении платных медицинских услуг организовывать и оказывать медицинскую помощь:

а) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

б) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;

в) на основе клинических рекомендаций;

г) с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации;

- соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления;

- предоставлять Пациенту по его требованию и в доступной для него форме информацию:

а) 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;

б) 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.

### 3.2. Исполнитель имеет право:

- в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в т.ч. и не предусмотренной договором;
- получать от Пациента любую информацию, необходимую для исполнения своих обязательств по настоящему Договору;
- требовать от Пациента соблюдения Правил оказания медицинских услуг;
- требовать оплаты услуг, оказанных пациенту в порядке, установленном настоящим Договором.

### 3.3. Пациент обязан:

- информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему, аллергических реакциях, противопоказаниях;
- оплатить медицинские услуги в порядке и на условиях, установленных настоящим договором;
- точно выполнять назначения врача;
- соблюдать Правила оказания медицинских услуг, утвержденные Исполнителем;
- соблюдать правила поведения в медицинской организации, режим работы медицинской организации (исполнителя);
- соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период его временной нетрудоспособности.

### 3.4. Пациент имеет право:

- на предоставление ему информации о медицинской услуге (раздел 4 настоящего Договора);
- знакомиться с документами, подтверждающими специальную правоспособность учреждения и его врачей;
- на возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания медицинской услуги.

3.5. Пациент подтверждает, что до заключения договора исполнитель уведомил пациента (потребителя, заказчика) 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 состоянии здоровья потребителя.

## 4. Ответственность сторон

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном 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.

## 5. Порядок изменения и расторжения договора

5.1. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон.

5.2. В порядке и на условиях, установленных законодательством Российской Федерации Пациент вправе расторгнуть договор об оказании услуги и потребовать полного возмещения, если выявлены недостатки оказанной услуги.

5.3. 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 Исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

5.4. Договор может быть расторгнут и по другим основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

## 6. Прочие условия

6.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

6.2. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

При не урегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.3. До обращения в суд по поводу расторжения или изменения условий договора обязательно предъявление претензии, которая рассматривается другой стороной в течение 10 дней.

6.4. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора.

6.5. К отношениям, связанным с исполнением настоящего Договора, применяются положения Закона Российской Федерации "О защите прав потребителей" в случаях, установленных законодательством Российской Федерации.

6.6. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон. В случае, если договор заключается заказчиком в интересах пациента, договор заключается в трех экземплярах, по одному для каждой из сторон.

6.7. Объем и условия предоставляемых медицинских услуг (информированное согласие) определено в приложении № 1 к настоящему Договору.

6.8. Подписывая настоящий договор пациент и его представитель (законный представитель) дают исполнителю согласие на обработку персональных данных (приложение № 4).

## 7. Сведения об исполнителе, пациенте, заказчике, реквизиты и подписи сторон

### ИСПОЛНИТЕЛЬ:

#### Полное наименование Учреждения:

Государственное бюджетное учреждения здравоохранения Республики Коми "Городская больница Эжвинского района г. Сыктывкара";

**Юридический адрес:** РФ, 167026, Республика Коми, г. Сыктывкар, ул. Мира, 27/3;

ИНН 1121012274; КПП 112101001; ОГРН 1031101080977; банковский сч: 0322 464 387 0000 000 700;

Отделение НБ Республики Коми/УФК по Республике Коми, г.Сыктывкар;

Официальный сайт: [www.gberkomi.ru](http://www.gberkomi.ru).

Электронная почта: [mail@gberkomi.ru](mailto:mail@gberkomi.ru); тел./факс: 8 (8212) 62-57-92

Назначение платежа: доходы от оказания платных услуг КБК 000 000 0000 00 00000 130

Адрес сайта в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет": [gberkomi.ru](http://gberkomi.ru).

#### Лицензия на осуществление медицинской деятельности:

№ ЛО41-01176-11/00580253 от 23.03.2020, выдана Министерством здравоохранения Республики Коми, срок действия лицензии - бессрочно (адрес лицензирующего органа: РФ, 167000, г. Сыктывкар, ул. Ленина, 73, тел. (8212) 28-60-00).

Главный врач \_\_\_\_\_ О.А. Удоратин  
м.п.

Сведения о законном представителе пациента или лице, заключающем договор от имени пациента (нужное подчеркнуть): \_\_\_\_\_

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ (фамилия, имя и отчество (при наличии))  
выдан \_\_\_\_\_

Адрес места жительства: \_\_\_\_\_

Адрес регистрации по месту жительства (прописка): \_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись) / \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

**ЗАКАЗЧИК:**

\_\_\_\_\_ сведения о заказчике (в том числе если заказчик и законный представитель являются одним лицом), Ф.И.О. (при наличии), паспортные  
\_\_\_\_\_ данные, наименование заказчика - юридического лица и его ОГРН, ИНН)\_

Адрес места регистрации: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Фактический адрес места нахождения/жительства: \_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(должность (при наличии)) (подпись) (Ф.И.О.)

**ПАЦИЕНТ:**

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

Адрес места проживания \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Адрес регистрации по месту жительства (прописка): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (Ф.И.О.)

**ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ УСЛУГЕ  
(информированное согласие)**

г. Сыктывкар

"\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Медицинскую услугу предоставляет врач: \_\_\_\_\_  
(специальность, категория врача)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)  
Оказываемая медицинская услуга представляет собой \_\_\_\_\_  
(Информация о методах оказания медицинской помощи,

связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи)

Перед оказанием медицинской услуги врач устанавливает отсутствие противопоказаний: при необходимости обследует Пациента на сифилис, гонорею, ВИЧ-инфекцию.

С учетом самой технологии выполнения медицинской услуги, Пациент должен знать и осознавать вероятность (но не обязанность) вредных (побочных) эффектов медицинского вмешательства и осложнений, что может причинить вред здоровью Пациента.

Основные возможные побочные эффекты \_\_\_\_\_

Основные возможные осложнения \_\_\_\_\_

В связи с оказанием медицинской услуги в предусмотренных законодательством Российской Федерации случаях Пациенту по его требованию выдается листок нетрудоспособности. По завершению оказания медицинских услуг Пациенту выдается: копии медицинских документов (выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья 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.

В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Пациент подтверждает, что ознакомлен с дополнительной информацией, касающейся особенностей медицинской услуги и условий ее предоставления, вывешенной на информационном стенде и на официальном сайте Исполнителя сети «интернет».

Я, пациент и/или законный представитель пациента, в рамках договора об оказании платных медицинских услуг желаю/не желаю получить платные медицинские услуги. при этом мне (нам) \_\_\_\_\_  
(нужное подчеркнуть)  
разъяснено и мною (нами) осознано следующее.

1. Получив от сотрудников исполнителя полную информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

3. Мне разъяснено, и я осознал(а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат и что при проведении операции и после нее, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.

Мне предоставлена информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи, предоставлена информация по порядку оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации), а также другие сведения, относящиеся к предмету договора.

До заключения договора до меня доведена информация 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 состоянии моего здоровья.

Я уведомлен(а) о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях (ГБУЗ РК "Городская больница Эжвинского района г. Сыктывкара").

4. Я согласен(а) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, не несет ответственности за их возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(а) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.

6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны медицинских услуг, которые я хочу получить в рамках договора на оказание платных медицинских услуг и я (мы согласен(на/ны) оплатить лечение в порядке и на условиях, предусмотренных договором на оказание платных медицинских услуг.

7. Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен(на) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.

8. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом, и я даю свое согласие на их оплату в установленном договором порядке.

9. Я подтверждаю, что при заключении настоящего договора мне предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа). Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в ГБУЗ РК "Городская больница Эжвинского района г. Сыктывкара". При заключении договора я также ознакомлен(на) с правилами внутрибольничного режима.

10. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Пациент: \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись) / \_\_\_\_\_ /  
(расшифровка подписи)

Настоящее соглашение подписано пациентом на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество ответственного лица)

М.П.



к Договору об оказании  
платных медицинских услуг  
от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**ПЕРЕЧЕНЬ**  
платных медицинских услуг в стационарных условиях

<b>Медицинские услуги</b>						
<i>№ п/п</i>	<i>Код услуги</i>	<i>Наименование</i>	<i>Единица измерения</i>	<i>Цена за единицу измерения, руб.</i>	<i>Количество единиц измерения</i>	<i>Сумма, руб.</i>
<b>Итого</b>						
<b>Лекарственные препараты и изделия медицинского назначения, расходные материалы</b>						
<i>№ п/п</i>	<i>Наименование</i>		<i>Единица измерения</i>	<i>Цена единицы измерения</i>	<i>Количество единиц измерения</i>	<i>Сумма, руб.</i>
<b>Итого</b>						
<b>Всего</b>						

Заказчик (пациент)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О)

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ  
к договору на предоставление платных медицинских услуг

г. Сыктывкар

"\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Коми "Городская больница Эжвинского района г. Сыктывкара" (далее – Учреждение) в лице главного врача Удоратина Олега Афанасьевича, действующего на основании Устава и Лицензии на медицинскую деятельность № ЛО41-01176-11/00580253 от 23 марта 2020 г, выданной Министерством здравоохранения РК (г. Сыктывкар, ул. Ленина, 73, тел.: 8-212-28-60-00) сроком действия – бессрочно, именуемое в дальнейшем "Исполнитель" с одной стороны и заказчик: \_\_\_\_\_

(наименование юридического лица и должностного лица юридического лица - заказчика, Ф.И.О. заказчика – физического лица)

именуемый(я) в дальнейшем "Заказчик",  
пациент: \_\_\_\_\_

(фамилия, имя и отчество пациента (потребителя), с которым заключается договор)

именуемый(я) в дальнейшем "Пациент", с другой стороны, вместе именуемые "Стороны", пришли к соглашению о внесении в Договор № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. «на оказание медицинских услуг» (далее по тексту «Договор») следующих изменений и дополнений (далее «Дополнительное соглашение») о нижеследующем:

1. Пункт 1.1. раздела 1 Договора дополнить следующим содержанием:
2. Исполнитель дополнительно к услугам, предусмотренным в п. 1.1. Договора, обязуется оказать Пациенту следующую(ие) платную(ые) медицинскую(ие) услугу(и):

Медицинские услуги						
№ n/n	Код услуги	Наименование	Единица измерения	Цена за единицу измерения, руб.	Количество единиц измерения	Сумма, руб.
<b>Итого</b>						
Лекарственные препараты и изделия медицинского назначения, расходные материалы						
№ n/n		Наименование	Единица измерения	Цена единицы измерения	Количество единиц измерения	Сумма, руб.
<b>Итого</b>						
<b>Всего</b>						

3. Пункт 2.1. Договора дополнить следующим содержанием: «Пациент (законный представитель, заказчик) дополнительно к стоимости медицинских, указанных в п. 2.1. раздела 2 Договора, оплачивает медицинские услуги, указанные в п. 2 настоящего Дополнительного соглашения в размере \_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ коп.

(\_\_\_\_\_)

(сумма прописью)

Оплата медицинской услуги производится предварительно в кассу Исполнителя или путем перечисления денежных средств на лицевой счет Исполнителя. По согласованию с Исполнителем допускается оплата медицинской услуги в момент выписки Пациента со стационарного лечения. Пациенту/заказчику предоставляется документ, подтверждающий оплату медицинских услуг.

4. Настоящее Дополнительное соглашение к договору составлено в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон. В случае, если настоящее Дополнительное соглашение заключается заказчиком в интересах пациента, Дополнительное соглашение заключается в трех экземплярах, по одному для каждой из сторон.

5. Во всем остальном стороны, не предусмотренным настоящим соглашением стороны руководствуются положениями Договора.

**Сведения об исполнителе, пациенте, заказчике, реквизиты и подписи сторон**

**ИСПОЛНИТЕЛЬ:**

**Полное наименование Учреждения:** Государственное бюджетное учреждения здравоохранения Республики Коми "Городская больница Эжвинского района г. Сыктывкара";

**Юридический адрес:** РФ, 167026, Республика Коми, г. Сыктывкар, ул. Мира, 27/3;

ИНН 1121012274; КПП 112101001; ОГРН 1031101080977; банковский сч: 0322 464 387 0000 000 700;

Отделение НБ Республики Коми/УФК по Республике Коми, г.Сыктывкар;

Официальный сайт: [www.gberkomi.ru](http://www.gberkomi.ru).

Электронная почта: [mail@gberkomi.ru](mailto:mail@gberkomi.ru) ; тел. /факс: 8 (8212) 62-57-92

Назначение платежа: доходы от оказания платных услуг КБК 000 000 0000 00 00000 130

**Адрес сайта** в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет": [gberkomi.ru](http://gberkomi.ru).

**Лицензия на осуществление медицинской деятельности:** № ЛО41-01176-11/00580253 от 23.03.2020, выдана Министерством здравоохранения Республики Коми, срок действия лицензии - бессрочно (адрес лицензирующего органа: РФ, 167000, г. Сыктывкар, ул. Ленина, 73, тел. (8212) 28-60-00).

Главный врач \_\_\_\_\_ О.А. Удоратин

м.п.

Сведения о законном представителе пациента или лице, заключающем договор от имени пациента (нужное подчеркнуть): \_\_\_\_\_

(фамилия, имя и отчество (при наличии))

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

Адрес места жительства: \_\_\_\_\_

Адрес регистрации по месту жительства (прописка): \_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_ Е-mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/

(подпись)

(Ф.И.О.)

**ЗАКАЗЧИК:**

\_\_\_\_\_ сведения о заказчике (в том числе если заказчик и законный представитель являются одним лицом), Ф.И.О. (при наличии), паспортные

\_\_\_\_\_ данные, наименование заказчика - юридического лица и его ОГРН, ИНН)

Адрес места регистрации: \_\_\_\_\_

Фактический адрес места нахождения/жительства: \_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_ Е-mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/

должность (при наличии)

(подпись)

(Ф.И.О.)

**ПАЦИЕНТ:**

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

Адрес места проживания: \_\_\_\_\_

Адрес регистрации по месту жительства (прописка): \_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_ Е-mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/

(подпись)

(Ф.И.О.)

согласие на обработку персональных данных.

я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ г. р.

место проживания: \_\_\_\_\_

место регистрации (прописка): \_\_\_\_\_

паспорт: серия и номер: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, выдан (дата): \_\_\_\_\_

наименование выдавшего органа: \_\_\_\_\_

Номер полиса ОМС/ДМС: \_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку Государственным бюджетным учреждением здравоохранения Республики Коми «Городская больница Эжвинского района г. Сыктывкара», находящимся по адресу: г. Сыктывкар, ул. Мира, д. 27/3 (далее - Оператор), моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), 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.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения.

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

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договорам ДМС) 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 сохранить профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их размещение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие дано мной и действует бессрочно.

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 их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

подпись пациента: \_\_\_\_\_

дата заполнения: \_\_\_\_\_