

ДОГОВОР №  
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Волгоград

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

**Федеральное бюджетное учреждение Центр реабилитации Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации «Волгоград»**, адрес местонахождения 400079, г. Волгоград, ул. Санаторная, 29, юридическое лицо зарегистрировано до 01.07.2002г. – Администрацией Кировского района г. Волгограда 21.05.1997г. номер регистрационной записи №1345, дата постановки юридического лица на учет после 01.07.2002г. 03.10.2002г. ОГРН 1023404288368, свидетельство о внесении записи в единый государственный реестр юридических лиц серия 34 №000807146 выдано Инспекцией Министерства Российской Федерации по налогам и сборам по Кировскому району г. Волгограда,

в лице (должность, ФИО полностью) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, действующего(ей) на основании \_\_\_\_\_, далее именуемое «Исполнитель»,

осуществляющее медицинскую деятельность на основании лицензии, регистрационный номер: Л041-00110-34/00342114, дата предоставления лицензии 10.12.2018г., срок действия: бессрочно (при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу, лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, медицинской статистике, медицинскому массажу, сестринскому делу, физиотерапии, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: косметологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: диетологии, кардиологии, медицинской реабилитации; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; При оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении организуются и выполняются работы (услуги) по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), гастроэнтерологии, дерматовенерологии, диетологии, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, медицинской реабилитации, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), офтальмологии, профпатологии, психотерапии, пульмонологии, ревматологии, рефлексотерапии, спортивной медицине, стоматологии терапевтической, терапии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, эндокринологии, эндоскопии. При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи; При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым), Лицензирующий орган: Территориальный орган Росздравнадзора по Волгоградской области, адрес: 400098, г. Волгоград, ул. Советская, д. 5 (9 этаж), Тел. (8442) 33-09-45 (приемная), с одной стороны и \_\_\_\_\_ (ФИО полностью) (далее «Заказчик»),

действующий/ая от имени и в интересах \_\_\_\_\_

(самого себя/ФИО третьего лица полностью) (далее «Потребитель»), с другой стороны, при совместном упоминании «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Условия и сроки ожидания и предоставления платных медицинских услуг**

1.1. Исполнитель предоставляет Потребителю, а Заказчик оплачивает медицинские услуги, перечень, объем и стоимость которых указана в пункте 5.3. настоящего Договора.

1.2. Медицинская услуга(и) оказывается врачом (ами) и/или медицинской(ими) сестрой(ами) Федерального бюджетного учреждения Центр реабилитации Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации «Волгоград», в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями; положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации; на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

1.3. Конкретный срок ожидания и предоставления медицинских услуг определяются индивидуально и конкретизируются по соглашению с Заказчиком/Потребителем, исходя из периода необходимого для выполнения предусмотренных регламентирующими медицинскую деятельность нормативными документами, профилактических, диагностических и лечебных мероприятий, общего соматического статуса Потребителя, остроты клинической ситуации, в Акте об оказанных медицинских услугах.

Расписание отпусков процедур указывается в санаторно-курортной книжке, которая оформляется администратором Исполнителя при предоставлении настоящего Договора.

Заезд Потребителя (в случае приобретения лечения с проживанием) осуществляется с 08:00, а выезд до 20:00. Перенос сроков заезда возможен по соглашению Сторон, при условии наличия свободных мест,

а также при получении Исполнителем соответствующего заявления (в свободной форме) в срок не позднее чем за 3 (три) рабочих дня, предшествующих дате заезда.

1.4. Услуги по настоящему Договору оказываются по адресу: 400079, г. Волгоград, ул. Санаторная, 29. Режим работы: с Пн. по Пт. с 08:00 до 17:00, Сб., Вс. – выходные.

1.5. При привлечении Исполнителем к оказанию медицинских услуг третьих лиц Исполнитель доводит до сведения Заказчика/Потребителя место и время оказания ему услуг.

1.6. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии подписанного информированного добровольного согласия.

## **2. Обязанности Исполнителя**

### **Исполнитель обязан:**

2.1. Уведомлять Заказчика/Потребителя, что данная медицинская услуга не предусмотрена программой обязательного медицинского страхования и не финансируется из бюджета (или ее предоставление на бесплатной основе не распространяется на Заказчика/Потребителя) и может быть предоставлена на платной основе, при этом с Заказчиком/Потребителем подписывается информированное согласие на получение платных медицинских услуг (приложение №1 к данному договору).

2.2. Нести ответственность в установленном законом порядке за обоснованность, качество, объем и порядок предоставления медицинской услуги.

2.3. Предоставлять медицинские услуги в порядке и в сроки, определенные заключенным договором. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика/Потребителя. Без согласия Заказчика/Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.4. Выдавать Заказчику/Потребителю документ (чек), подтверждающий оплату медицинских услуг, произведенную в кассу Исполнителя.

2.5. Сохранять врачебную тайну о факте и причине обращения Заказчика/Потребителя, создавать условия для организации и проведения платных медицинских услуг.

2.6. Предоставлять медицинскую помощь за свой счет в случае возникновения осложнения в момент оказания платной медицинской помощи.

2.7. В своей деятельности по оказанию медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.

2.8. Обеспечить защиту персональных данных Заказчика/Потребителя, согласно требованиям Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ «О персональных данных», а также требования ФСТЭК России и Роскомнадзора.

## **3. Обязанности Заказчика**

### **Заказчик/Потребитель обязан:**

3.1. Информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, наследственных предрасположенностях к заболеваниям и другую необходимую для проведения лечебного и диагностического процесса информацию.

3.2. Своевременно оплатить стоимость услуги.

3.3. Соблюдать предписанный режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и Правила внутреннего распорядка для пациентов (с изменениями и дополнениями), утвержденных Исполнителем.

3.4. Осуществить приемку оказанных услуг не позднее даты их фактического оказания.

3.5. Своевременно в устной или письменной форме уведомить Исполнителя о наличии уважительной причины (болезни) для переноса сроков явки на процедуру с последующим предоставлением подтверждающих документов.

3.6. Заботится о своем здоровье, выполнять назначения, предписания, рекомендации врача и соблюдать требования, обеспечивающие качественное предоставление платной медицинской услуги, в том числе воздерживаться от действий, противопоказанных при употреблении прописанных для лечения лекарственных средств или введенных изделий медицинского назначения и т.д.

3.7. Отказаться на весь период предоставления медицинских услуг по настоящему Договору от употребления наркотиков и лекарств, их содержащих, психотропных препаратов, алкогольсодержащих напитков.

3.8. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Исполнителем употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, трав и т.д.

#### 4. Права Исполнителя и Заказчика/Потребителя

4.1. Заказчик/Потребитель имеет право:

- на выбор лечащего врача;
- на предоставление информации о медицинской услуге;
- на получение информации о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе, прогнозе, методах лечения/реабилитации, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, болезненных ощущениях и ожидаемых результатах проведенного лечения;
- на получение информации 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;
- на получение после оказания платных медицинских услуг, медицинских документов, отражающих состояние его здоровья (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, такие документы предоставляются без взимания дополнительной платы, в порядке и в сроки установленные Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации.

При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам и качеству исполнения услуг:

- потребовать назначения нового срока предоставления медицинской услуги;
  - потребовать исполнения услуги другим специалистом;
  - потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги или возврата денежных средств;
  - расторгнуть договор и потребовать возмещения убытка или ущерба в установленном законом порядке.
- При несоблюдении Исполнителем обязательств по качеству исполнения услуг потребовать устранения недостатков в соответствии с Законом РФ «О защите прав потребителей».

4.2. Исполнитель имеет право отказать:

- в предоставлении платной услуги при наличии медицинских противопоказаний со стороны здоровья Заказчика/Потребителя;
- в предоставлении платной медицинской услуги при состояниях наркотического или алкогольного опьянения; нарушения режима и правила внутреннего распорядка и правила поведения пациентов (при приеме лечебных процедур), а также в случае отсутствия предоплаты и неявки в установленные сроки;
- в возврате денежных средств при непредоставлении или предоставлении некачественной платной медицинской услуги, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы или иных обстоятельств, предусмотренных законом;
- в возврате денежных средств в связи с необоснованностью жалобы (по решению комиссии по разрешению конфликтов и споров, возникших при предоставлении платных медицинских услуг).

#### 5. Стоимость услуг, сроки и порядок их оплаты

5.1. Стоимость предоставляемых медицинских услуг устанавливается на основании утвержденного (действующего на момент обращения) прейскуранта медицинских услуг (далее – Прейскурант). Утвержденный Прейскурант находится в свободном доступе в кассе платных услуг Исполнителя (месторасположение: г. Волгоград, ул. Санаторная, 29, 1 этаж административного корпуса), либо на официальном сайте <http://volgosan.ru/> Исполнителя.

5.2. Оплата производится (выбрать нужное):

■ на условиях 100 % предоплаты на лицевой счет Исполнителя, в безналичном порядке, либо в путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя, в срок не позднее даты начала оказания услуг Исполнителем по настоящему Договору;

■ на условиях \_\_\_\_\_ на лицевой счет Исполнителя, в безналичном порядке, либо в путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя, в срок \_\_\_\_\_;

В случае возникновения необходимости в дополнительных объемах и видах услуг Стороны заключают новый Договор до начала предоставления Заказчику/Потребителю дополнительных услуг.

5.3. Стоимость медицинских услуг согласно Прейскуранту, составляет:

№ п/п	Перечень платных медицинских услуг / код услуги	Количество ед.	Цена за ед. (руб.)	Сумма (руб.)
1				
2				

Итого: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ копеек.

5.4. При предоставлении платных медицинских услуг расходы, связанные с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме, возмещаются медицинским организациям в порядке и размерах, которые установлены органами государственной власти субъектов Российской Федерации в рамках территориальных программ в соответствии с пунктом 10 части 2 статьи 81 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

## **6. Ответственность сторон**

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Исполнитель и Заказчик/Потребитель несут ответственность, предусмотренную настоящим договором и действующим законодательством РФ. К отношениям, связанным с оказанием платных медицинских услуг, применяются положения Закона РФ от 07.02.1992 г. «О защите прав потребителей».

6.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, и/или в связи с нарушениями Заказчиком/Потребителем своих обязанностей в соответствии с разделом 3 или по другим основаниям, предусмотренным законодательством.

6.3. Заказчик/Потребитель обязан полностью возместить медицинскому учреждению понесенные убытки, если оно не смогло оказать услугу или было вынуждено прекратить ее оказание по вине Заказчика/Потребителя.

6.4. Все споры, возникшие из Договора, подлежат разрешению в соответствии с законодательством Российской Федерации.

## **7. Срок действия договора и другие условия**

7.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до «31 декабря» 20\_\_\_\_ г. включительно, а в части принятых Сторонами на себя обязательств – до полного исполнения.

7.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе Потребителя/Заказчика при отказе от получения медицинских услуг, путем направления в адрес Исполнителя соответствующего уведомления (заявления). Договор считается расторгнутым в одностороннем порядке с даты получения такого уведомления Исполнителем, при этом Потребитель/Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору. Исполнитель производит возврат уплаченных по договору денежных средств, лицу, которое произвело оплату, за вычетом фактически понесенных расходов, в течение 3 (трех) рабочих дней с момента получения уведомления о расторжении.

7.3. При нарушении Заказчиком/Потребителем сроков заезда (опоздания) разница в стоимости путевки за фактический простой номера (места в номере), в том числе питания (завтрак, обед, ужин) не возвращается сухие пайки не выдаются, срок пребывания (на количество дней (часов) опоздания) не продлевается. Перенос койки дней с одной путевки на другую не допускается.

7.4. Договор составлен в количестве экземпляров согласно количеству Сторон по настоящему Договору, из расчета по одному каждой Стороне, все составленные экземпляры имеют равную юридическую силу.

7.5. По соглашению сторон допускается использование факсимильного воспроизведения подписи с помощью средств механического или иного копирования, электронно-цифровой подписи либо иного аналога собственноручной подписи.

7.6. Подписывая настоящий Договор Заказчик/Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего договора он был проинформирован:

- о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- ознакомлен с действующей лицензией Исполнителя и предоставляемыми на основании этой лицензии услугами;

- ознакомлен с Правилами 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. N 1006, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. N 736;

- ознакомлен с Порядком и сроками предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них, утвержденных Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. N 789н;

- ознакомлен с действующими Правилами внутреннего распорядка для пациентов (с изменениями и дополнениями), утвержденных Исполнителем;

- о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинских работников Исполнителя предоставляющих платные медицинские услуги), в том числе назначенного режима

лечения, которые могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья;  
 - о стоимости (прейскуранте) и перечне платных медицинских услуг, предоставляемых Исполнителем, сроках их ожидания и предоставления.

7.7. Действующие нормативные документы размещены на информационном стенде (месторасположение: г. Волгоград, ул. Санаторная, 29, 1 этаж административного корпуса) и на официальном сайте <http://volgosan.ru/> Исполнителя раздел: Платные услуги.

7.8. Подписав настоящий Договор, Заказчик подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинской услуги на платной основе.

7.9. Получение Заказчиком/Потребителем медицинских услуг по настоящему Договору подтверждается Актом об оказанных медицинских услугах. В случае не подписания Акта об оказанных медицинских услугах Заказчиком/Потребителем в течение 7 (семи) календарных дней с момента его представления и отсутствия мотивированного отказа от его подписания (поданного в этот же срок) Акт считается принятым Заказчиком/Потребителем без замечаний, а услуги оказанными надлежащего качества и в полном объеме.

### 8. Реквизиты и подписи сторон

<b>Исполнитель:</b>	<b>Заказчик:</b>	<b>Потребитель:</b> *данный раздел заполняется в отношении третьего лица
<b>Федеральное бюджетное учреждение</b>	_____	_____
<b>Центр реабилитации Фонда пенсионного и социального страхования</b>	(фамилия, имя, отчество) _____	(фамилия, имя, отчество) _____
<b>Российской Федерации «Волгоград»</b>	(дата рождения) _____	(дата рождения) _____
Адрес:400079, г.Волгоград, ул. Санаторная, 29, Тел.(8442)42-40-86,42-17-38		
ИНН/КПП 3447015002/344701001 ОГРН 1023404288368	Паспортные данные:	Паспортные данные:
Фонд пенсионного и социального страхования Российской Федерации (ФБУ ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ СФР «ВОЛГОГРАД», л/с 20296Ф29020) Казначейский счет 03244643000000062900 Единый казначейский счет 40102810445370000021 Назначение платежа:00000000000000000130		
Банк получателя ОТДЕЛЕНИЕ ВОЛГОГРАД БАНКА РОССИИ //УФК по Волгоградской области г. Волгоград БИК 011806101	Адрес места жительства:	Адрес места жительства:
ОКПО 22482784, ОКАТО 18401370000 ОКТМО 18701000001, ОКОГУ 4100201 ОКФС 12, ОКОПФ 75103	Контактный телефон:	Контактный телефон:
_____	_____	_____
(подпись) (расшифровка подписи)	(подпись) (расшифровка подписи)	(подпись) (расшифровка подписи)

**Информированное добровольное согласие пациента  
на получение платных медицинских услуг**

Настоящее добровольное согласия составлено в соответствии с положениями Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями).

Я,

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. потребителя полностью, дата рождения)

\_\_\_\_\_ (адрес места жительства потребителя)

В случае если потребитель – недееспособный, согласие подписывается законным представителем, с указанием степени родства и/или реквизитов документов, подтверждающего его право представлять интересы,

Я,

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. представителя полностью, дата рождения, степень родства,

\_\_\_\_\_ реквизитов документов, подтверждающего его право представлять интересы,

\_\_\_\_\_ (адрес места жительства представителя)

действующий(ая) в интересах \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. недееспособного полностью, дата рождения)

добровольно даю свое согласие на получение платных медицинских услуг, в том числе проведение необходимых диагностических и лечебных манипуляций (процедур) в Федеральном бюджетном учреждении Центр реабилитации Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации «Волгоград» (далее по тексту согласия – ФБУ Центр реабилитации СФР «Волгоград»).

Мне разъяснены состояние моего (потребителя) здоровья, диагноз, изложены цели, характер, способы необходимых диагностических и лечебных манипуляций (процедур), связанные с ними вероятные риски и возможные медико-социальные, психологические, экономические и другие последствия в доступной форме, по моей просьбе объяснены непонятные медицинские термины.

Мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи, в том числе схожих медицинских услуг, в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью и порядком оплаты медицинских услуг, предоставляемых ФБУ Центр реабилитации СФР «Волгоград».

Порядок предоставления (срок ожидания и оказания) и условия оказания платных медицинских услуг мне разъяснены и понятны.

Я согласен 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, ФБУ Центр реабилитации СФР «Волгоград» не несет ответственности за их возникновение. Я изъявляю желание заключить договор на оказание платных медицинских и иных услуг с ФБУ Центр реабилитации СФР «Волгоград».

О стоимости, продолжительности услуги, сроках ее оказания я проинформирован, как и о том, что данная медицинская услуга не входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи либо ее предоставление на бесплатной основе не распространяется на это Учреждение и не финансируется соответствующим бюджетом.

Я ознакомлен с Правилами внутреннего распорядка для пациентов (с изменениями и дополнениями) ФБУ Центр реабилитации СФР «Волгоград» и обязуюсь их соблюдать.

Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено, оно полностью мне понятно, что я удостоверяю подписью.

Информацию до потребителя/ представителя недееспособного потребителя довел:

\_\_\_\_\_

(подпись, инициалы, фамилия, должность, категория врача)

\_\_\_\_\_

(число, месяц, год)

Потребитель (Представитель недееспособного потребителя):

\_\_\_\_\_

(подпись, инициалы, фамилия)

\_\_\_\_\_

(число, месяц, год)

УВЕДОМЛЕНИЕ  
о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) медицинской организации

Федеральное бюджетное учреждение Центр реабилитации Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации «Волгоград» (далее по тексту уведомления - Исполнитель) в соответствии с п. 24 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. N 1006, утвержденных постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. N 736, уведомляет 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.

Медицинское вмешательство при оказании платной медицинской услуги осуществляется по моему желанию по ценам, утвержденным Исполнителем.

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей, а также незамедлительно сообщать врачу о любом ухудшении состояния здоровья.

Все дополнительные интересующие меня вопросы по оказанию медицинских услуг были разъяснены мне в устной форме.

С настоящим уведомлением ознакомлен(ны) до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено, оно полностью мне понятно, что я удостоверяю подписью.

---

Информацию до потребителя/ представителя недееспособного потребителя довел:

---

(подпись, инициалы, фамилия, должность, категория врача)

---

(число, месяц, год)

*С уведомлением ознакомлен(на):*

Потребитель (Представитель недееспособного потребителя):

---

(подпись, инициалы, фамилия)

---

(число, месяц, год)



**Согласие на обработку персональных данных от Заказчика**

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина/дата рождения)

\_\_\_\_\_ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю согласие на обработку и использование персональных данных Федеральному бюджетному учреждению Центр реабилитации Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации «Волгоград», расположенному по адресу 400079, г. Волгоград, ул. Санаторная, 29 (далее -Оператор) моих персональных данных, а именно ФИО, паспортные данные, адрес места жительства, контактный телефон, содержащихся в настоящем договоре, путем смешанной обработки - ввод, сбор, систематизация, накопление, хранение, изменение, удаление, использование, передача по внутренней сети и по открытым каналам связи предусмотренными ФЗ от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных», обработка персональных данных осуществляется в медико-профилактических целях, в целях исполнения договора об оказании платных медицинских услуг, в том числе установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну, а также в целях приглашения на повторный прием, проведения маркетинговых мероприятий в рамках оказываемых медицинских услуг. Данное согласие дано на пять лет, что соответствует сроку хранения первичной медицинской документации для учреждения. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие путем направления Оператору документа в письменной форме.

Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено, оно полностью мне понятно, что я удостоверяю подписью.

Заказчик: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (подпись, инициалы, фамилия)

\_\_\_\_\_ (число, месяц, год)

**Согласие на обработку персональных данных Потребителя \***

(заполняется в случае заключения договора Заказчиком в пользу третьего лица – Потребителя)

Я, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина дата рождения)

\_\_\_\_\_ (адрес места жительства гражданина)

даю согласие на обработку и использование персональных данных Федеральному бюджетному учреждению Центр реабилитации Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации «Волгоград», расположенному по адресу 400079, г. Волгоград, ул. Санаторная, 29 (далее -Оператор) моих персональных данных, а именно ФИО, паспортные данные, адрес места жительства, контактный телефон, содержащихся в настоящем договоре, путем смешанной обработки - ввод, сбор, систематизация, накопление, хранение, изменение, удаление, использование, передача по внутренней сети и по открытым каналам связи предусмотренными ФЗ от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных», обработка персональных данных осуществляется в медико-профилактических целях, в целях исполнения договора об оказании платных медицинских услуг, в том числе установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну, а также в целях приглашения на повторный прием, проведения маркетинговых мероприятий в рамках оказываемых медицинских услуг. Данное согласие дано на пять лет, что соответствует сроку хранения первичной медицинской документации для учреждения. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие путем направления Оператору документа в письменной форме.

Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено, оно полностью мне понятно, что я удостоверяю подписью.

Потребитель: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (подпись, инициалы, фамилия)

\_\_\_\_\_ (число, месяц, год)

**Акта об оказанных медицинских услугах**

к договору № \_\_\_\_\_ на оказание платных медицинских услуг от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

г. Волгоград « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Федеральное бюджетное учреждение Центр реабилитации Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации «Волгоград» (ИНН 3447015002, КПП 344701001, адрес местонахождения: 400079, г. Волгоград, ул. Санаторная, 29), в лице (должность, ФИО полностью) \_\_\_\_\_, действующего(ей) на основании \_\_\_\_\_, далее именуемое «Исполнитель», осуществляющее медицинскую деятельность на основании лицензии, регистрационный номер: Л041-00110-34/00342114, дата предоставления лицензии 10.12.2018г., срок действия: бессрочно, с одной стороны и \_\_\_\_\_ (ФИО полностью),

\_\_\_\_\_ (реквизиты документа удостоверяющего личность) далее именуемое «Заказчик», действующий/ая от имени и в интересах \_\_\_\_\_ (самого себя/ФИО третьего лица полностью) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (реквизиты документа удостоверяющего личность) далее именуемого «Потребитель», с другой стороны, составили настоящий Акт об оказанных медицинских услугах к договору № \_\_\_\_\_ на оказание платных медицинских услуг от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. (далее по тексту акта – Договор) о нижеследующем:

1. В соответствии с условиями Договора Исполнителем оказаны, а Заказчиком/Потребителем приняты следующие платные медицинские услуги:

№ п/п	Перечень платных медицинских услуг / код услуги	Количество ед.	Цена за ед. ( руб.)	Сумма (руб.)
1				
2				

Всего оказано на сумму: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ копеек.

2. Указанные в пункте 1 настоящего Акта платные медицинские услуги, согласно Договора оказаны в полном объеме в срок с « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. по « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.
3. Заказчик/Потребитель подтверждает, что вышеперечисленные платные медицинские услуги оказаны полностью и в срок. Заказчик/Потребитель претензий по объему, качеству и срокам оказания платных медицинских услуг не имеет.

Подписи сторон:

От Исполнителя:

\_\_\_\_\_ (должность)

М.П.

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка)

От Заказчика:

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка)

От Потребителя:

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка)

**Уведомление о расторжении**

договора № \_\_\_\_\_ на оказание платных медицинских услуг от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

г. Волгоград « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина Заказчик)

настоящим уведомляю Федеральное бюджетное учреждение Центр реабилитации Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации «Волгоград» (далее по тексту уведомления - Исполнитель) о расторжении договора № \_\_\_\_\_ на оказание платных медицинских услуг от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. заключенного между мною и Исполнителем в пользу меня/третьего лица (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_

(указать ФИО Потребителя, в случае если Заказчик и Потребитель разные лица)

в одностороннем порядке.

В связи с чем прошу произвести возврат денежных средств за неиспользованные \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Реквизиты документа подтверждающего оплату: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

От Заказчика: \_\_\_\_\_  
(дата, подпись) (расшифровка)

От Потребителя: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(дата, подпись) (расшифровка)

Отметка о получении уведомления Исполнителем:

\_\_\_\_\_  
(должность) (дата получения уведомления) (подпись) (расшифровка)