### УВЕДОМЛЕНИЕ!

### Настоящим Гражданин (Пациент) уведомляется:

1) 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) 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.

### Гр. (Пациент) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /Ф.И.О./ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

###  подпись

### Договор N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### об оказании платных медицинских услуг

**г. Мурманск «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.**

 **ГР.РФ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** именуемый в дальнейшем "Пациент"с одной стороны**,** и **Государственное областное бюджетное учреждение здравоохранения «Мурманский областной онкологический диспансер**» именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача **Коваленко Дмитрия Александровича,** действующегона основании Устава и Лицензии на право осуществление медицинской деятельности **№ Л041-00110-51/00588621 от 01.03.2012 г.,** выданной Министерством здравоохранения Мурманской области (г.Мурманск, пр.Кольский д.1, тел (8152) 486-096), свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ серия 51 №001788113 от 23.12.2011г., с другой стороны, вместе также именуемые "Стороны" заключили настоящий договор (далее - "Договор") о нижеследующем:

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

 **1.1. Исполнитель на основании обращения Пациента обязуется оказать ему медицинские услуги:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Код услуги** | **Наименование****услуги** | **Исполнитель****услуги****(квалификация)** | **Цена услуги, руб.** | **Кол-во услуг** | **Стоимость услуг, руб.** |
|  **1** |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Итого:** |  |  |  |  |

, а Пациент (Представитель Пациента – «Плательщик») уплачивает Исполнителю вознаграждение в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

1.2. Медицинские услуги должны быть предоставлены в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, в том числе предъявляемыми к качеству медицинских услуг.

1.3. Медицинские услуги предоставляются по месту нахождения Исполнителя по адресу: г. Мурманск, ул. Академика Павлова, д,6, корп.2

1.4. В медицинской карте Пациента указывается вся необходимая информация и сведения, предусмотренные действующим законодательством РФ.

1.5. Исполнитель предоставляет Пациенту (законному представителю Пациента) по его требованию и в доступной для него форме и в порядке и сроки, предусмотренные Приказ Минздрава России от 31.07.2020 N 789н "Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них" 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.

1.6. Сроки ожидания медицинских услуг, предусмотренных п. 1.1 настоящего Договора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### 2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. **Исполнитель обязуется:**

2.1.1. Обеспечить Пациента бесплатной, доступной, полной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, оказываемых Пациенту и квалификации специалистов, оказывающих услугу.

2.1.2. Оказывать Пациенту качественные медицинские услуги, предусмотренные п. 1.1 настоящего Договора

2.1.3. Не передавать и не показывать третьим лицам находящуюся у Исполнителя документацию о Пациенте.

2.1.4. Сотрудничать при оказании услуг по настоящему Договору с иными медицинскими учреждениями и специалистами.

2.1.5. Давать при необходимости по просьбе Пациента разъяснения о ходе оказания услуг ему и заинтересованным лицам, включая государственные и судебные органы.

2.1.6. Соблюдать порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.2. **Пациент обязуется:**

2.2.1. Соблюдать Правила оказания медицинских услуг Исполнителя

2.2.2. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

2.2.3. Кроме того Пациент обязан:

- информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;

- соблюдать правила поведения пациентов в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения;

- выполнять все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих ему по настоящему Договору медицинские услуги, по лечению, в том числе соблюдать указания медицинского учреждения, предписанные на период после оказания услуг.

- возместить Исполнителю все понесенные им убытки, если Исполнитель не смог оказать услугу, или был вынужден прекратить ее оказывать по вине Пациента.

2.3. **Исполнитель имеет право:**

2.3.1. Требовать от Пациента соблюдения правил оказания медицинских услуг.

2.3.2. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

2.3. **Пациент имеет право:**

2.3.1. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с п. 1.1 настоящего Договора.

2.3.2. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.

### 3. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

3.1. Стоимость медицинских услуг составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_рублей.**

3.2. Вознаграждение уплачивается путем перечисления суммы, указанной в п. 3.1. настоящего Договора, на расчетный счет Исполнителя или путем внесения в кассу Исполнителя. Пациенту в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек, квитанция или иные документы).

### 4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. Исполнитель несет ответственность перед Пациентом за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента**.**

### 5. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

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

5.2. При неурегулировании в процессе переговоров спорных вопросов, споры подлежат рассмотрению в судебном порядке.

### 6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

6.1. Договор вступает в действие с даты подписания и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по нему.

6.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию Сторон.

6.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон.

**7. ИНЫЕ УСЛОВИЯ**

**7.1. Добровольное информированное согласие:** подписывая настоящий договор Пациент подтверждает, что перед оказанием услуг ему была предоставлена исчерпывающая информация о его заболевании (диагнозе), современных методах лечении, особенностях данной медицинской услуги и условиях ее предоставлении, даны ответы на все интересующие вопросы**.**

**7.2. Согласие на обработку своих персональных данных :** Пациент дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объемах и способами, указанными в п. 1., 3 ст. 3, ст.11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения обязательств по настоящему договору.

### 8. ПОДПИСИ СТОРОН

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ПАЦИЕНТ** **ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Дата рождения** «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ г.**Паспорт**:Серия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Тел.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** | **ИСПОЛНИТЕЛЬ** **ГОБУЗ «МООД»****183032,г.Мурманск, ул. Академика Павлова, д.6, корпус 2****ИНН 5191500674****КПП 519001001****ОГРН 1035100156740****Главный врач sig / Д.А. Коваленко/** |  |  |