Форма договора утверждена приказом Минздрава РТ от 23.08.2023г. № 1938

«О реализации постановления Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023г. № 736

«Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Тел: | +7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ДОГОВОР №

**на оказание платных медицинских услуг в поликлинике**

**г. Бугульма** **от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_ года**

* Филиал государственного автономного учреждения здравоохранения «Республиканский клинический наркологический диспансер Министерства здравоохранения Республики Татарстан» - Альметьевский наркологический диспансер, зарегистрированный по юридическому адресу: РТ, г. Казань, ул. Сеченова, д. 6 (лицензия на осуществление медицинской деятельности от 06.02.2020 г. № Л041-01181-16/00575093, выданная Министерством здравоохранения Республики Татарстан (тел.2317991), находящийся по адресу: РТ, Альметьевский район, п.г.т. Нижняя Мактама, ул. Промышленная, д. 1а, свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ серия 16 №006791558 от 19.04.2013 г., ОГРН 1021603616440, выданный межрайонной ИФНС № 18 по РТ, в лице главного врача Халикова Сирень Алтыновича, действующего на основании генеральной доверенности № 9 от 15.03.2023г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель»,
* потребителем

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество, адрес места жительства, телефон)*

*именуемый (ая), в дальнейшем «Потребитель»,*

* заказчиком

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество, адрес места жительства, телефон)*

именуемый (ая), в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, далее по тексту договора, именуемые совместно «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Заказчику) на возмездной и конфиденциальной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемые к данному виду услуг, разрешенные на территории РФ, в соответствии с перечнем видов медицинской деятельности, разрешенных лицензией Исполнителя (Приложение №1), с действующим прейскурантом платных медицинских услуг (далее - Прейскурант), а Потребитель обязуется своевременно оплатить оказанные медицинские услуги в порядке и размере, установленными настоящим договором.
2. Потребителю (Заказчику) оказываются следующие медицинские услуги:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*наименование медицинской услуги)*

1.3. Потребитель (Заказчик) подтверждает, что на момент подписания настоящего договора Исполнитель уведомил его в доступной форме 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. Отказ потребителя (заказчика) от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы.

Подписав настоящий договор, Потребитель (Заказчик) добровольно согласился на оказание ему указанных в п. 1.2. договора медицинских услуг на платной основе.

1.4. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя (Заказчика) на виды медицинских вмешательств (Приложение № 2), данного договора в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

1.5. При заключении договора Потребителю предоставлена в доступной форме полная информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения (Приложение № 3):

1.5.1. Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицин­ских услуг;

1.5.2. Информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

1.5.3. Информация о методах оказания медицинской услуги, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствия и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

1.5.4. Сроки ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, в случае участия исполнителя в реализации территориальной программы;

1.5.5. Иная информация, предусмотренная Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.

1.6. Срок оказания медицинских услуг: с «\_\_\_\_» 20 г. по « » 20\_\_\_\_\_\_ г.

В случае изменения срока оказания медицинских услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющиеся неотъемлемой частью договора.

1.7. До заключения договора Потребитель (Заказчик) уведомлен о том, что несоблюдение им указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу) могут повлечь за собой невозможность ее завершения в срок.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись Потребителя (Заказчика)*

1.8. Место оказания услуги – г.Бугульма, ул. Строительная, д.16.

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

1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю (Заказчику) согласно п. 1.2. настоящего договора, определяется в соответствии с действующим у Исполнителя Прейскурантом цен на предоставление платных медицинских услуг и составляет:

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(сумма цифрами и прописью)*

1. Стоимость медицинских услуг по настоящему договору остается неизменной в течение срока действия настоящего договора.
2. Расчеты между сторонами осуществляются:

- наличными средствами через кассу Исполнителя, через платежный терминал Исполнителя, перечислением денежных средств на расчетный счет Исполнителя, указанный в настоящем Договоре с согласия Потребителя (Заказчика) до оказания платных медицинских услуг, в соответствии с Перечнем оказываемых Заказчику платных медицинских услуг.

2.4. После того, как Потребитель (Заказчик) оформил заявку и внес оплату частично или полностью, Договор изменению не подлежит.

**3. Права и обязанности сторон.**

**3.1. Исполнитель обязуется:**

1. Оказать Потребителю (Заказчику) платные медицинские услуги в соответствии с п. 1.2. и Прейскурантом цен на платные медицинские услуги.
2. Оказать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим договором.
3. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему договору.
4. Вести всю необходимую медицинскую документацию в установленном действующим законодательством РФ порядке, и выдать после получения результатов обследования заключение с определенными степенями защиты, с печатью учреждения «Для справок» и с подписью лица, ответственного за выдачу заключений в учреждении .
5. В случае если Потребитель (Заказчик) состоит на диспансерном, профилактическом наблюдении, заключение выдается врачебной комиссией диспансера по месту регистрации.
6. Обеспечить Потребителя (Заказчика) в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о месте оказания медицинских услуг, режиме работы, прейскуранте цен на платные медицинские услуги, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также ведения о квалификации и сертификации специалистов.
7. Обеспечить Потребителю (Заказчику) непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию Потребителя или его законного представителя копии медицинских документов, отражающих здоровье Потребителя.
8. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю медицинских услуг, а также денежных средств, полученных от Потребителя.
9. Немедленно известить Потребителя (Заказчика) о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению объема оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.
10. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя (Заказчика). Без согласия Потребителя (Заказчика) Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.
    1. **Исполнитель вправе:**

3.2.1. При выявлении у Потребителя (Заказчика) противопоказаний к проведению лечебных и диагностических мероприятий отказать в их проведении.

3.2.2. Требовать от Потребителя соблюдения: правил внутреннего распорядка у Исполнителя; правил техники безопасности и пожарной безопасности

3.2.3.При обращении иногородних граждан, временно зарегистрированных на обслуживаемой территории, в наркологический диспансер с целью пройти медицинскую услугу по настоящему договору (при условии предъявления документа, подтверждающего времен­ную регистрацию), Исполнитель направляет запрос в наркологический диспансер по месту постоянной регистрации по отдельному договору стоимость определяется по Прейскуранту.

**3.3. Потребитель имеет право:**

3.3.1.Получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями порядков оказания медицинской помощи, стандартов и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи.

3.3.2.В доступной форме получить информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения.

3.3.3. Получить у Исполнителя для ознакомления любые данные, касающиеся протекания лечения, данные промежуточных обследова­ний, результаты анализов и т.д.

**3.4. Потребитель обязан:**

3.4.1.Оплатить оказанные медицинские услуги согласно Прейскуранту в размере и в сроки, установленные в настоящем договоре.

3.4.2. Выполнить требования, обеспечивающие качественное оказание Исполнителем услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.

3.4.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему договору.

3.4.4. Соблюдать Правила внутреннего распорядка Исполнителя, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

1. **Ответственность сторон.**

4.1. В случае предоставления Потребителю медицинской услуги ненадлежащего качества, либо в ненадлежащий срок, Исполнитель несет ответственность в соответствии с Законом РФ № 2300-1 от 07.02.1992 г. «О защите прав потребителей».

4.2.Потребитель имеет право требовать в установленном порядке от Исполнителя возмещения ущерба, нанесенного Потребителю по вине Исполнителя. Во всех остальных случаях, не предусмотренных настоящим договором, ответственность Сторон наступает в соотве­тствии с действующим законодательством РФ.

4.3.При неисполнении Потребителем своих обязательств по настоящему договору Исполнитель не несет ответственности за качество предоставленных услуг.

4.4.Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, если докажут, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы: наводнение, пожар, зем­летрясение, взрыв, эпидемия и др. явления природы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

4.5. Стороны обязуются решать все возникшие по настоящему договору споры и разногласия путем переговоров. Сторона, считающая, что ее права нарушены, вправе направить другой Стороне письмо с изложением своих претензий. Сторона, получившая претензию, обя­зана ответить на нее в срок не позже 10 дней с момента получения претензии. В случае неполучения ответа Сторона, пославшая претен­зию, может обратиться в суд за защитой своих прав. Досудебный порядок урегулирования спора обязателен.

4.6. Потребитель дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных в объеме и способами, указанными в Фе­деральном законе № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору (Приложение № 4).

1. **Конфиденциальность.**

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

5.2. Конфиденциальность не распространяется на случаи, указанные в статье 13 Федерального закона № 323-ФЭ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан РФ» и Федерального закона № 152-Ф от 27.07.2006 г. «О персональных данных».

1. **Срок действия договора и условия его прекращения, изменения.**

6.1. Настоящий договор считается заключенным с момента подписания Сторонами и действует до исполнения Сторонами своих обязательств.

6.2. Договор может быть прекращен до истечения срока выполнения Сторонами своих обязательств:

6.2.1. По письменному соглашению Сторон. При этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы;

6.2.2. В одностороннем порядке Исполнителем по инициативе Потребителя путем подачи заявления на имя руководителя Исполнителя, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы;

6.3. В случае отказа Потребителя (Заказчика) после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика) о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

6.4. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.

1. **Прочие условия.**

7.1. В случае выявления факта немедицинского употребления наркотических веществ, Потребитель направляется на консультацию к врачу психиатру-наркологу по месту жительства, в соответствии с приказом Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 декабря 2015 г. № 1034н “Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и Порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ”.

7.2. Потребитель вправе направить обращение (жалобу) в органы государственной власти, Министерство здравоохранения РТ (г. Казань, ул. Бутлерова д.40/11, тел. 8(843)2-27-70-98); в письменном виде: ТОФС по надзору в сфере здравоохранения РТ (420021, РТ, г. Казань, ул. Нариманова, д. 63); 420061, г. Казань, ул. Сеченова, д.6, а также в электронном виде: [rnd.mzrt@tatar.ru](mailto:rnd.mzrt@tatar.ru); Роспотребнадзор г. Бугульма (423240, РТ, г. Бугульма, ул. Ворошилова, д. 4).

1. **Адреса, реквизиты, подписи сторон.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Исполнитель** | **Заказчик** | **Потребитель** |
| Филиал ГАУЗ РКНД МЗ РТ - «Альметьевский наркологический диспансер» | Паспорт серии\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Проживающий:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Паспорт серии\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Проживающий:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Юридический адрес: 420061, РТ, г. Казань, ул. Сеченова, д.6.  Фактический адрес: 423450, РТ, Альметьевский район, пгт Н. Мактама, ул. Промышленная,1 А | Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  ф.и.о. | Подпись **\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**/  ф.и.о. |
| Тел/факс 8 (8553) 36-13-93 |  |  |
| ИНН/КПП 1660013417 / 164443001 |  |  |
| р/с № 03224643920000001100 ОТДЕЛЕНИЕ – НБ ТАТАРСТАН БАНКА РОССИИ // УФК по Республике Татарстан, г. Казань, л/с ЛАВ 00704010-РНаркДис |  |  |
| к/с № 40102810445370000079 |  |  |
| БИК 019205400 |  |  |
| Главный врач  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /С.А. Халиков/ |  |  |

|  |
| --- |
|  |

**АКТ ПРИЕМА – СДАЧИ ОКАЗАННЫХ УСЛУГ**

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Филиал государственного автономного учреждения здравоохранения «Республиканский клинический наркологический диспансер Министерства здравоохранения Республики Татарстан» - Альметьевский наркологический диспансер

Медицинская услуга проведена врачом\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На основании договора №\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«Потребитель» (Заказчик) претензий к «Исполнителю» не имеет.

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель** | **Потребитель (Заказчик)** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |

**Приложение № 1 к договору**

**на оказания платных медицинских услуг**

**Перечень работ (услуг)**

**Филиал государственного автономного учреждения здравоохранения "Республиканский клинический наркологический диспансер Министерства здравоохранения Республики Татарстан "- Альметьевский наркологический диспансер (ФГАУЗ "РКНД МЗ РТ" - АНД)**

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике, медицинской статистике, сестринскому делу, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинской реабилитации, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, психиатрии, психиатрии-наркологии, психотерапии, функциональной диагностике, хирургии.

При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: медицинскому массажу, психиатрии-наркологии, сестринскому делу; при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: диетологии, клинической лабораторной диагностике, медицинской реабилитации, медицинскому массажу, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, психиатрии, психиатрии-наркологии; психотерапии, сестринскому делу, физиотерапии.

При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: амбулаторной судебно-психиатрической экспертизе, экспертизе временной нетрудоспособности, экспертизе качества медицинской помощи.

При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым), медицинским осмотрам профилактическим.

При проведении медицинских освидетельствований организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством, медицинскому освидетельствованию на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического), психиатрическому освидетельствованию.

**Приложение № 2 к договору**

**на оказание платных медицинских услуг**

***Информационное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств***

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

*(ФИО физ лица, для детей до 15л, недееспособных граждан ФИО законного представителя)*

Проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень 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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень): медицинский осмотр врачом-психиатром-наркологом, проведение лабораторных исследований и получение заключения о наличии (отсутствия) наркологических заболеваний, для проведения добровольного медицинского освидетельствования на наличие (отсутствие) медицинских противопоказаний: к управлению транспортным средством, к владению оружием, к исполнению обязанностей частного охранника, к работе с наркотическими, психотропными и сильнодействующими лекарственными средствами, работников ведомственной охраны, работников транспортной безопасности, к работе на судне, к работе авиационного персонала, при поступлении на работу, при поступлении в учебное заведение, по требованию граждан, работников железнодорожного транспорта, в области использования атомной энергии.

С правами, предусмотренными Федеральным законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.1992г №3185-1, Основ законодательства «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011г № 323-ФЗ, Приказом МЗ РФ от 26.11.2021 г. № 1104н , ФЗ от 13.07.2015 г. №230-ФЗ, приказом МЗ РФ от 29.01.2016 г. 39 н, приказом МЗ РФ от 30.04.2019 г. 266 н, приказом МЗ РФ от 26.11.2020 г. 1252 н, приказом МЗ РФ от 24.11.2021 г. 1092н, приказом МЗ РФ от 20.05.2022 № 342н, приказом МЗ РФ от 04.05.2022 № 303н, приказом МЗ РФ от 01.11.2022 № 714н, приказом МЗ РФ от 28.07.2020 № 749н, приказом МТ РФ от 11.02.2022 №41, приказом МЗ РФ от 19.11.2021 №1079н, приказом МЗ РФ от 24.11.2021 г. №1092н, приказом МТ РФ от 19.10.2020 г. №428 ознакомлен.

Употребление наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов отрицаю.

Потребитель(Заказчик) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

*(расшифровка подписи)*

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Приложение № 3 к договору**

**на оказания платных медицинских услуг**

*Информированное добровольное согласие пациента (потребителя)*

*на получение платных медицинских услуг*

Я, Потребитель (Заказчик)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Указать ФИО полностью)*

настоящим подтверждаю своё добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в ФГАУЗ «РКНД МЗ РТ»- АНД (Исполнитель) в рамках письменного договора от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. №\_\_\_(далее – Договор).

При этом Исполнитель в доступной для меня форме:

- ознакомил с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. № 736);

- ознакомил с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;

- уведомил 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;

- уведомил в письменной форме до заключения Договора о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

-даю согласие на оплату медицинских услуг при заключении договора в полном размере.

Настоящее соглашение мною прочитано и подписано после проведения разъяснительной беседы и ознакомления с информацией по порядку представления платных медицинских услуг и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

Своей подписью подтверждаю дачу согласия Исполнителю на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в Федеральном законе № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по Договору.

Потребитель(Заказчик) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

*(расшифровка подписи)*

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Приложение № 4 к договору**

**на оказания платных медицинских услуг**

***Согласие на обработку персональных данных***

***(для отделения платных медицинских услуг)***

Я, Потребитель (Заказчик)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Указать ФИО полностью)*

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных:" № 152-ФЗ, предоставляю Исполнителю согласие на осуществление Исполнителем обработки своих персональных данных в порядке и на условиях исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, включающих: фамилию, имя, отчество; дату рождения; адрес по прописке; номер контактного телефона; номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдаче указанного документа и выдавшем его органе, специальные персональные данные, результаты медицинских исследований. При получении согласия от представителя субъекта персональных данных необходимо: фамилию, имя, отчество; дату рождения; адрес по прописке; номер контактного телефона; номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдаче указанного документа и выдавшем его органе, реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия этого представителя.

Предоставляю Исполнителю согласие на обработку своих персональных данных (включая сбор, систематизацию, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, уничтожение) как автоматизированным, так и неавтоматизированным способом. Оператор имеет право обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные договором.

Я имею право на доступ к моим персональным данным в порядке, определенном статьей 14 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

Потребитель(Заказчик) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(расшифровка подписи)*

Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_