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»

 ДОГОВОР № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**на оказание платных медицинских услуг в стационарных отделениях**

г. Бугульма «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г.

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 оказываются следующие медицинские услуги:

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

*(наименование медицинской услуги)*

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

1.4. При необходимости Потребителю могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень и сроки оказания которых согласуются Сторонами в дополнительном соглашении к настоящему Договору.

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

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

1.6.1. [Перечень](https://internet.garant.ru/#/document/55724831/entry/0) платных медицинских услуг, соответствующих [номенклатуре](https://internet.garant.ru/#/document/71805302/entry/1000) медицинских услуг, с указанием цен в рублях;

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

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

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

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

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

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 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.

1.7. Срок оказания оплаченных за дня (ей) медицинских услуг: с «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г. по «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г.

В случае изменения срока оказания медицинских услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющиеся неотъемлемой Частью Договора.

1.8. До заключения Договора Потребитель (Заказчик), уведомлен о том, что несоблюдение им указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии его здоровья\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись Потребителя (Заказчика)*

1.9. 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)*

Стоимость медицинских услуг по настоящему договору остается неизменной в течение срока действия настоящего договора.

2.2. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора на предоставление дополнительных медицинских услуг согласно п.3.1.6. настоящего Договора их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного договора.

2.3.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. При прекращении оказания медицинских услуг по инициативе Потребителя (Заказчика), Потребитель (Заказчик) обязуется оплатить Исполнителю фактически понесенные расходы.

**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 высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.
4. Вести всю необходимую медицинскую документацию в установленном действующим законодательством РФ порядке.
5. 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.
6. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящих Договором, предупредить об этом Потребителя (Заказчика). Без согласия Потребителя (Заказчика), Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.
7. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя (Заказчика) при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
8. 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 сведения о квалификации и сертификации специалистов.
9. Обеспечить Потребителю (Заказчику) непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию Заказчика или его законного представителя копии медицинских документов, отражающих здоровье Потребителя (Заказчика):
10. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю (Заказчику) медицинских услуг, а также денежных средств, полученных от Потребителя (Заказчика).
11. **Исполнитель имеет право:**
12. При выявлении у Потребителя (Заказчика) противопоказаний к проведению лечебных и диагностических мероприятий отказать в их проведении.
13. Требовать от Потребителя (Заказчика) соблюдения:
* графика прохождения процедур;
* режима приема лекарственных препаратов;
* назначений, рекомендаций специалистов;
* лечебно – охранительного режима;
* правил внутреннего распорядка в отделениях Исполнителя;
* правил техники безопасности и пожарной безопасности.
1. В течение всего времени госпитализации, медицинский персонал имеет право на полный осмотр вещей, передач и самого Потребителя (Заказчика), а также забор мочи для определения наличия наркотических веществ.
2. Потребитель (Заказчик) обязуется:
3. Оплатить оказанные медицинские услуги согласно Прейскуранту в размере и сроки, установленные в настоящем Договоре.
4. Предоставить врачу до начала оказания медицинских услуг данные предварительных исследований и консулы пики специалистов, проведенных в других лечебных учреждениях (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять па ход лечения.
5. При поступлении в отделение, предоставит вещи для досмотра.
6. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору.
7. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги, соблюдать Правила внутреннего распорядка Исполнителя, правила техники безопасности и пожарной безопасности.
8. После лечения, с целью профилактики рецидива, продолжить сотрудничество с врачом и другими специалистами.
	1. Потребитель (Заказчик) имеет право:
9. Получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями порядков оказания медицинской помощи, стандартов и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи.
10. В доступной форме получить информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения.
11. Получить у Исполнителя для ознакомления любые данные, касающиеся протекания лечения, данные промежуточных обследований, результаты анализов и т.д.

4. **Ответственность сторон.**

1. В случае предоставления Потребителю медицинской услуги ненадлежащего качества либо в ненадлежащий срок. Исполнитель несет ответственность в соответствии е Законом РФ № 2300-1 от 07.02.1992 г. «О защите прав потребителей».
2. Потребитель (Заказчик) имеет право требовать в установленном порядке от Исполнителя возмещения ущерба, нанесенного Потребителю (Заказчику) по вине Исполнителя. Во всех остальных случаях, не предусмотренных настоящим Договором, ответственность Сторон наступает в соответствии с действующим законодательством РФ.
3. При неисполнения Потребителем (Заказчиком) своих обязательств по настоящему Договору Исполнитель не несет ответственности за качество предоставленных услуг.
4. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащие исполнение обязательств по настоящему Договору, если докажут, что неисполнение или ненадлежащие исполнение произошло вследствие непреодолимой силы: наводнения, пожар, землетрясение, взрыв, эпидемия и др. явления природы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.
5. Стороны обязуются решать все возникшие по настоящему Договору споры и разногласия путем переговоров. Сторона, считающая, что се 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.
6. Потребитель дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных в объеме и способами, указанными в Федеральном законе №152-ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору (Приложение №4).

**5. Конфиденциальность.**

1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего Договора.
2. Конфиденциальность не распространяется на случаи, указанные в статье 13 Федерального закона № 323-ФЗ 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» и Федерального закона №152-ФЗ от 27.07.2006 г «О персональных данных».

**6. Срок действии договора и условия его прекращения, изменении.**

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

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

6.2.1. По письменному соглашению Сторон при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы;

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

1. В случае отказа Потребителя (Заказчика) после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика) о расторжении договора по инициативе Потребителя (Заказчика), при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.
2. 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.

7. **Прочие условия.**

1. Рекомендуемая длительность госпитализации лечение не менее дней.
2. Режим отделения предусматривает частичную изоляцию Потребителя (Заказчика): записки, свидания, телефонные разговоры, средства мобильной связи только но согласованию с заведующим отделением.
3. Запрещено проносить в отделение: острые и режущие предметы, игральные карты, деньги, ценные вещи, бритвы с лезвиями, психоактивные вещества и лекарственные препараты, не согласованные с врачом.

7.4. Потребитель может быть немедленно выписан при нарушении им п. 7.3 настоящего Договора.

7.5. 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; Роспотребнадзор г. Бугульма (423240, РТ, г. Бугульма, ул. Ворошилова, д. 4).

7.6. Продуктовые передачи принимаются при наличии разрешения, выданного заведующим отделения, в дневное время ежедневно с их досмотром медицинским персоналом, кроме продуктов, исключённых врачом-эпидемиологом.

7.7. Вся медицинская документация является собственностью диспансера.

7.8. Акт приема-передачи оказанных услуг, Приложения, уведомление являются неотъемлемой частью настоящего Договора.

7.9. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

**8. 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/ |  |  |

**9. АКТ ПРИЕМА – СДАЧИ ОКАЗАННЫХ УСЛУГ**

от «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_г.

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" – Альметьевский наркологический диспансер)**

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 оказания 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, медицинский осмотр врачом-офтальмологом, медицинский осмотр врачом-неврологом, медицинский осмотр врачом-терапевтом и т.д., согласно Перечня.

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 филиале ГАУЗ «РКНД МЗ РТ» - Альметьевский наркологический диспансер (Исполнитель) в рамках письменного договора от «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_