

Уведомление об информировании до заключения договора

Я, нижеподписавшийся(аяся), _____ года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу: _____, настоящим подтверждаю, что мне до заключения договора об оказание медицинских услуг предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - соответственно программа, территориальная программа). Я согласен(а) оплатить услугу, я получил(а) информацию о стоимости медицинского вмешательства, о правилах ее оплаты и документах, подтверждающих этот факт.

Я ознакомлен(а) с тем, что могу получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях по месту жительства на других условиях.

Получив у Исполнителя полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг, я согласен(а) на оказание платных медицинских услуг и готов(а) их оплатить.

До подписания договора об оказании платных медицинских услуг я ознакомлен(а) с прейскурантом, действующим на дату заключения договора и порядком оказания платных медицинских услуг.

Настоящим, я проинформирован(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу) в том числе назначенного режима, могут снизить качество, предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Потребитель / Заказчик, законный представитель Потребителя _____

ДОГОВОР № _____ об оказании платных медицинских услуг

г. Самара

«__» _____ 20__ г.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Самарский государственный технический университет» (ФГБОУ ВО «СамГТУ») (адрес местонахождения: 443100, Россия, Самарская область, г. Самара, ул. Молодогвардейская, д. 244), ОГРН 1026301167683 от 05.12.2002 г., ИНН 6315800040, зарегистрированное ИФНС России по Октябрьскому району г. Самары, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Платонова Валерия Николаевича, действующего на основании Доверенности № 02.09/924 от 23.06.2023 г. (Лицензия на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») № Л041-00110-63/00334123 от 29.08.2019 г. (бессрочно), выдана Территориальным органом Росздравнадзора по Самарской области), с одной стороны и, с другой стороны, гражданин(ка): _____

(Ф.И.О. Потребителя)

проживающий(ая) по адресу: _____

(адрес места жительства Потребителя, телефон)

Документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____ выдан _____

(Название выдавшего органа, дата выдачи)

именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель»,

или _____

(Ф.И.О. Заказчика, законного представителя Потребителя)

проживающий(ая) по адресу: _____

(адрес места жительства Заказчика, законного представителя Потребителя, телефон)

Документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____ выдан _____

(Название выдавшего органа, дата выдачи)

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик, законный представитель Потребителя», действующий в интересах Потребителя _____

(Ф.И.О. Потребителя)

проживающего(ей) по адресу: _____

(адрес места жительства Потребителя, телефон)

Документ, удостоверяющий личность Потребителя _____ серия _____ номер _____ выдан _____

(Название выдавшего органа, дата выдачи)

Именуемые вместе – «Стороны», заключили договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему договору «Исполнитель», действуя с добровольного согласия «Потребителя» («Заказчика, законного представителя Потребителя»), обязуется оказать ему медицинские услуги отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, в соответствии с медицинскими стандартами и порядками оказания медицинской помощи, на основании показаний, согласно Перечню медицинских услуг (Прейскуранту), оказываемых «Исполнителем» (далее – Услуги):

Наименование услуги	Код услуги	Количество	Цена	Сумма(руб.)	Стоимость(руб.)

(Общая сумма прописью)

а «Потребитель» («Заказчик, законный представитель Потребителя») обязуется оплатить оказанные услуги в размере, порядке и сроки, установленные настоящим договором.

1.2. По желанию «Потребителя» («Заказчика, Законного представителя Потребителя»), «Потребителю» в рамках настоящего Договора могут быть дополнительно оказаны иные услуги из Перечня медицинских услуг (Прейскуранта), с обязательным заключением дополнительного соглашения к настоящему Договору, при этом сумма, подлежащая оплате по настоящему Договору, увеличивается на стоимость таких Услуг.

2. УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. Необходимым предварительным условием оказания медицинской услуги является информированное добровольное согласие и согласие на обработку персональных данных «Потребителя» («Заказчика, законного представителя Потребителя»).

2.2. «Исполнитель» гарантирует «Потребителю» («Заказчику, законному представителю Потребителя») конфиденциальность передаваемых сведений, составляющих врачебную тайну (информацию о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении).

2.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия «Потребителя» («Заказчика, законного представителя Потребителя») допускается в случаях предусмотренных законодательством РФ.

2.4. Срок предоставления платных медицинских услуг (количество необходимых приемов, периодичность и продолжительность) согласовывается сторонами договора в плане лечения и медицинской карте, определяются датой обращения в медицинскую организацию.

2.5. Предоставление медицинских услуг «Потребителю» происходит согласно режиму и порядку работы «Исполнителя», в порядке предварительной записи на прием, а также в момент очного обращения «Потребителя» при наличии свободной записи у «Исполнителя».

Срок ожидания платных медицинских услуг – до 14 (четырнадцати) календарных дней с момента обращения к «Исполнителю».

2.6. «Исполнитель» приступает к оказанию услуги после получения оплаты. В случае задержки оплаты «Потребителем» («Заказчиком, законного представителя Потребителя») услуг срок (период) выполнения услуги продлевается на период задержки оплаты услуги.

2.7. В подтверждении факта оказания услуг стороны составляют Акт об оказании услуг, по форме согласованной в приложении № 4 к настоящему договору, которое является неотъемлемой частью настоящего договора.

2.8. Акт об оказании услуг подлежит составлению и подписанию Сторонами по окончании срока оказания услуг, при условии, что услуги оказаны «Исполнителем».

2.9. Подписание Акта об оказании услуг осуществляется «Потребителем» («Заказчиком, законного представителя Потребителя») и «Исполнителем».

2.10. В случае если Акт об оказании услуг или мотивированный отказ от его подписания не будет подписан «Потребителем» («Заказчиком, законного представителя Потребителя») в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения «Потребителем» («Заказчиком, законного представителя Потребителя») Акта об оказании услуг от «Исполнителя», такой Акт будет считаться подписанным обеими Сторонами без замечаний со стороны «Потребителя» («Заказчика, законного представителя Потребителя»).

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. «Потребитель» имеет права и несет обязанности пациента, предусмотренные Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и права потребителя в соответствии с Законом от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей» и в случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни «Потребителя» при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие услуги оказываются ему без взимания платы.

3.2. «Потребитель» («Заказчик, законный представитель Потребителя»), пользующийся платными медицинскими услугами, при заключении договора вправе требовать в доступной форме информацию о платных услугах, содержащую следующие сведения: а) порядки и стандарты оказания медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг; б) данные о профессиональной подготовке и квалификации специалиста, оказывающего услугу; в) информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинских вмешательств и их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; г) информацию о расчете стоимости оказанной услуги, с составлением по желанию «Потребителя» («Заказчика, законного представителя Потребителя») Сметы на оказание платных медицинских услуг (приложение № 1), которая при этом будет являться неотъемлемой частью договора. Так же «Потребитель» имеет право на оказание медицинских услуг надлежащего качества.

3.3. «Потребитель» («Заказчик, законный представитель Потребителя») вправе отказаться от исполнения настоящего Договора при условии оплаты «Исполнителю» фактически понесенных им расходов.

3.4. «Потребитель» («Заказчик, законный представитель Потребителя») обязан выполнять требования, обеспечивающие качественное оказание медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений «Исполнителю».

3.5. «Потребитель» («Заказчик, законный представитель Потребителя») обязан сообщить достоверные сведения о жалобах, истории заболевания, истории жизни, в частности, о перенесенных и имеющихся в настоящее время инфекционных заболеваниях, для оказания качественной медицинской помощи и возможности исключить заражение или риск заражения инфекционным заболеванием других лиц.

3.6. «Потребитель» обязан строго выполнять все предписания лечащего врача.

3.7. «Потребитель» во время прохождения курса лечения обязуется: не употреблять алкоголь, наркотические и другие средства; не прерывать курс лечения без консультации с врачом; не применять не назначенных лекарственных средств; соблюдать рекомендованный врачом лечебно-охранительный режим и диету.

3.7.1. «Потребитель» («Заказчик, законный представитель Потребителя») понимает, что несоблюдение указаний (рекомендаций) «Исполнителя» (медицинского работника Исполнителя), в том числе назначенного режима лечения и диеты могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья «Потребителя».

3.8. «Потребитель» («Заказчик, законный представитель Потребителя») уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

3.9. «Исполнитель» обязан обеспечивать соответствие медицинской услуги требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, реабилитации, разрешенным на территории Российской Федерации в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.10. «Исполнитель» при оказании платных медицинских услуг обязан соблюдать установленные законодательством РФ требования к оформлению и ведению медицинской документации, своевременному оформлению и представлению учетных и отчетных статистических форм. После исполнения договора «Исполнитель» в день оказания услуги выдает «Потребителю» («Заказчику, законному представителю Потребителя») медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

3.11. «Исполнитель» вправе требовать от «Потребителя» («Заказчика, законного представителя Потребителя») неуклонного исполнения всех предписаний лечащего врача.

3.12. В случае опоздания или неявки «Потребителя» в назначенное время на прием к врачу «Исполнитель» вправе сделать перенос приема по своему усмотрению.

3.13. «Исполнитель» имеет право отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору на любом этапе лечения в случае невозможности исполнения, возникшей по вине «Потребителя» («Заказчика, законного представителя Потребителя»), в частности, при неисполнении «Потребителем» («Заказчиком, законного представителя Потребителя») своих обязанностей, предусмотренных настоящим Договором.

3.14. В случае отказа «Исполнителя» от предоставления медицинской помощи в соответствии с п. 3.13. настоящего договора «Исполнитель» вправе удержать понесенные расходы из оплаченной стоимости медицинской услуги.

3.15. «Исполнитель» предоставляет «Потребителю» («Заказчику, законному представителю Потребителя») по его требованию и в доступной для него форме информацию: 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; об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

3.16. «Исполнитель» обязан выдать «Потребителю» («Заказчику, законному представителю Потребителя») кассовый чек, подтверждающий произведенную оплату, если расчет за оказанные медицинские услуги производится за наличный расчет или путем оплаты с использованием банковской карты.

4. ПОРЯДОК РАСЧЕТА И ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

- 4.1. Стоимость оказываемых медицинских услуг определяется в соответствии с действующим Прейскурантом, утвержденным «Исполнителем». Медицинские услуги НДС не облагаются в соответствии с п.п. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ.
- 4.2. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется в порядке 100% предварительной оплаты в день подписания настоящего Договора до предоставления медицинской услуги (предоплата). Оплата производится в рублях наличными денежными средствами или с использованием банковской карты через кассу «Исполнителя».
4. «Исполнитель» выдает «Потребителю» («Заказчику, законному представителю Потребителя») документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек).
- 4.4. В случае, когда невозможность оказания услуги возникла по обстоятельствам, не зависящим от воли сторон, «Потребитель» («Заказчик, законный представитель Потребителя») возмещает «Исполнителю» фактически понесенные им расходы.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 5.1 «Потребитель» («Заказчик, законный представитель Потребителя»), получив от «Исполнителя» в доступной форме полную информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных и территориальных государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, дает своё согласие на оказание ему платных медицинских услуг и готов их оплатить в полном объеме, за что несет ответственность перед «Исполнителем».
- 5.2. «Исполнитель» несет ответственность перед «Потребителем» («Заказчиком, законного представителя Потребителя») 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 «Потребителя» в соответствии с законодательством РФ.
- 5.3. «Исполнитель» освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.
- 5.4. «Исполнитель» освобождается от ответственности за вред, причиненный вследствие недостатков медицинской услуги в случае, если докажет, что вред возник вследствие непреодолимой силы или нарушения «Потребителем» («Заказчиком, законного представителя Потребителя») установленных правил предоставления услуги.
- 5.5. Материальный и моральный вред, возникший вследствие умысла «Потребителя» («Заказчика, законного представителя Потребителя»), в частности, при умышленном невыполнении требований, обеспечивающих качественное предоставление медицинской услуги, возмещению не подлежит.
- 5.6. Претензии и споры, возникшие между сторонами, разрешаются по соглашению сторон или в судебном порядке. Стороны договорились, что настоящим договором устанавливается исключительная подсудность, все споры касающиеся изменения, расторжения, признания недействительным настоящего договора, все споры, связанные с защитой прав потребителя по настоящему договору, будет рассматриваться в суде по месту нахождения «Исполнителя».

6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА.

- 6.1. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, по решению суда, в случае одностороннего отказа Стороны Договора от его исполнения в соответствии с гражданским законодательством.
- 6.1.1. Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке по инициативе «Исполнителя» при нарушении «Потребителем» («Заказчиком, законного представителя Потребителя») режима лечения и правил поведения в медицинской организации.
- 6.2. В случае отказа «Потребителя» («Заказчика, законного представителя Потребителя») после заключения договора от получения платных медицинских услуг договор расторгается. «Исполнитель» информирует «Потребителя» («Заказчика, законного представителя Потребителя») о расторжении договора по инициативе «Потребителя» («Заказчика, законного представителя Потребителя»), при этом «Потребитель» («Заказчик, законный представитель Потребителя») оплачивает «Исполнителю» фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.
- 6.2.1. Возврат денежных средств осуществляется на основании письменного заявления «Потребителя» («Заказчика, законного представителя Потребителя»).
- 6.3. Любые изменения и дополнения к настоящему договору возможны только по соглашению сторон и подлежат письменному оформлению в виде дополнительных соглашений к настоящему договору, подписанных сторонами.
- 6.4. В случае обнаружения недостатков в оказанной услуге «Потребитель» («Заказчик, законный представитель Потребителя») вправе по своему выбору потребовать: безвозмездного устранения недостатков оказанной медицинской услуги; возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги.
- 6.5. При несоблюдении «Исполнителем» обязательств по периоду оказания медицинских услуг «Потребитель» («Заказчик, законный представитель Потребителя») вправе по своему выбору: назначить новый срок оказания услуги в соответствии с графиком работы «Исполнителя»; потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги; потребовать исполнения услуги другим специалистом; расторгнуть договор и потребовать возмещения убытков.
- 6.6. 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, законного представителя Потребителя»). Без оформления дополнительного соглашения к

договору, либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости «Исполнитель» не вправе предоставлять медицинские услуги на возмездной основе.

6.7. «Потребитель» («Заказчик, законный представитель Потребителя») несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по оплате оказанных медицинских услуг, а также за ущерб, причиненный утратой или порчей имущества «Исполнителя» в период оказания Услуг по настоящему Договору.

6.8. «Потребитель» («Заказчик, законный представитель Потребителя») не возражает, что настоящий договор и все изменения и дополнения к нему могут быть подписаны с использованием факсимильной подписи «Исполнителя». При этом факсимильная подпись будет иметь силу, как и подлинная подпись уполномоченного лица.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до момента окончания оказания медицинской услуги.

8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

8.1.К настоящему договору прилагаются: а) Смета на оказание платных медицинских услуг (приложение № 1); б) Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (приложение № 2); в) согласие на обработку персональных данных (приложение № 3); г) Акт об оказании услуг (приложение № 4); д) Дополнительное соглашение (заключается в случае изменения п.п. 1.1. Договора) (приложение № 5).

8.2. Настоящий договор составлен в 2 (Двух) экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для «Исполнителя» и «Потребителя» («Заказчика, законного представителя Потребителя»).

<u>Исполнитель:</u> 443100, г. Самара, ул. Молодогвардейская 244., т. /факс (8462) 278-44-00, 278-43-11 ИНН 6315800040 КПП 631601001 УФК по Самарской области (ФГБОУ ВО «СамГТУ», л/счет 20426Х98350), (Х-латинская буква) Банк получателя: Отделение Самара банка России/УФК по Самарской области г. Самара БИК 013601205 к/счет 40102810545370000036 р/счет 03214643000000014200 место оказания услуг: г. Самара, ул. Революционная, д. 40, Центр профилактической медицины, тел. регистратуры 276-22-50	<u>Потребитель / «Заказчик, законный представитель Потребителя»:</u> _____ Дата рождения: _____ Паспорт: серия ____ № _____ Дата выдачи _____ Адрес регистрации: _____ Контактный телефон: _____ Подпись _____
Главный врач _____ В.Н. Платонов М.П.	

Смета на оказание платных медицинских услуг

№	Наименование услуги	Код услуги	Кол-во	Цена	Сумма
ИТОГО					

Итого: _____

(сумма прописью)

Исполнитель:
ФГБОУ ВО «СамГТУ»

Главный врач Платонов В.Н.
М.П.

Потребитель/ Заказчик, законный представитель
Потребителя:

_____ (Ф.И.О)
Подпись _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество потребителя либо законного представителя потребителя)

«_____» _____ года рождения,
(дата рождения потребителя либо законного представителя потребителя)

зарегистрированный(ая) по адресу: _____,
(адрес регистрации потребителя либо законного представителя потребителя)

проживающий(ая) по адресу: _____,
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____ выдан _____,
(Название выдавшего органа, дата выдачи)

в отношении _____,
(фамилия, имя, отчество потребителя при подписании согласия законным представителем потребителя)

«_____» _____ года рождения,
(дата рождения потребителя при подписании законным представителем потребителя)

зарегистрированный(ая) по адресу: _____,
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя потребителя)

документ, удостоверяющий личность Потребителя _____ серия _____ номер _____ выдан _____,
(Название выдавшего органа, дата выдачи)

в рамках договора об оказании платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в ФГБОУ ВО «СамГТУ» Центре профилактической медицины, имеющем Лицензию на осуществление медицинской деятельности № Л041-00110-63/00334123 от 29.08.2019 г., при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

• Я, получив от сотрудников ФГБОУ ВО «СамГТУ» Центра профилактической медицины полную информацию об услугах, даю свое согласие на оказание мне (Потребителю) платных медицинских услуг и готов их оплатить.

• Мне разъяснено, что я (Потребитель) могу(жет) получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

• Я, получил(а) разъяснения и мне понятна информация о целях и методах оказания медицинской помощи при моем заболевании (заболевании Потребителя), и связанных с ними рисками, возможных вариантах медицинского вмешательства, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

• Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень утвержденных Приказом Минздравсоцразвития от 23 апреля 2012 г. № 390н и используемых ФГБОУ ВО «СамГТУ» Центром профилактической медицины, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", а также разъяснены возможные последствия такого отказа.

• Я ознакомлен со следующими возможными видами медицинского вмешательства со стороны ФГБОУ ВО «СамГТУ» Центра профилактической медицины:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

• Я утверждаю, что все интересующие меня вопросы мною заданы, все полученные ответы и разъяснения врача (медицинского работника) мною поняты, мною осознан возможный риск медицинских вмешательств.

- Я доверяю врачам-специалистам назначение лекарственных препаратов, организацию оказания медицинской помощи (обследования и лечения).
 - Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений (а также гарантировать полное излечение), обусловленных биологическими особенностями моего организма (организма Потребителя), и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ФГБОУ ВО «СамГТУ» Центр профилактической медицины не несет ответственности за их возникновение.
 - Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я (Потребитель) должен исполнять все назначения, рекомендации и советы врача.
 - Я ознакомлен и согласен оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с действующим прейскурантом.
 - Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг.
 - На основании представленной мне информации, по форме и содержанию соответствующей уровню моего понимания, добровольно, без принуждения со стороны третьих лиц, принимаю выбор медицинского персонала и подтверждаю свою готовность и посильное содействие, в силу своих возможностей, в выполнении показанных медицинских вмешательств и исследований для достижения наилучших результатов лечения в целом.
- Я согласен со всеми пунктами настоящего документа и даю своё добровольное согласие на все виды медицинского вмешательства.

Сведения о выбранном (выбранных) мною (Потребителем) лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья (здоровья Потребителя), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

Фамилия, инициалы и подпись потребителя/законного представителя потребителя:

Фамилия и подпись врача:

« _____ » _____ 20__ г.

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество потребителя либо законного представителя потребителя)

Зарегистрированный(ая) по адресу: _____,
(адрес регистрации потребителя либо законного представителя потребителя)

Документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____ выдан _____

_____ (Название выдавшего органа, дата выдачи)
являюсь _____ законным _____ представителем _____ субъекта _____ персональных _____ данных:

_____ (фамилия, имя, отчество потребителя)
Документ, удостоверяющий личность Потребителя _____ серия _____ номер _____ выдан _____

_____ (Название выдавшего органа, дата выдачи)
в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального Закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» я подтверждаю свое согласие на обработку (а также иные операции с моими (и Потребителя) персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (указанным в настоящем информированном согласии организациям), обезличивание, блокирование, уничтожение) ФГБОУ ВО «СамГТУ» (ОГРН 1026301167683, ИНН 6315800040), зарегистрированному по адресу: 443100, Россия, Самарская область, г. Самара, ул. Молодогвардейская, д. 244, в лице структурного подразделения Центра профилактической медицины, расположенному по адресу: 443086, г. Самара, ул. Революционная, д. 40, в составе структурного подразделения Санатория – профилактория, расположенному по адресу: 443086, г. Самара, ул. Революционная, д. 42, литер Д, (далее - Оператор) моих (и Потребителя) персональных данных включающих: информацию, позволяющую определить физическое лицо, в том числе фамилию, имя, отчество, пол, год, месяц, дату и место рождения, адрес, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС) и другую информацию; медицинские данные, в том числе о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе заболевания, состоянии здоровья и иные сведения, полученные при оказании медицинских услуг - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны (или – при условии, что эта обработка осуществляется лицом, уполномоченным Оператором и обязанным сохранять профессиональную тайну).

Я предоставляю Оператору право осуществлять следующие способы обработки персональных данных: с использованием бумажных носителей, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Оператор вправе обрабатывать мои (и Потребителя) персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в реестры и отчетные формы, а также обмениваться информацией о моих (и Потребителя) персональных данных со страховыми организациями, Социальным фондом России, территориальным фондом ОМС Самарской области, Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор), Министерством Здравоохранения Российской Федерации, Федеральным сегментом Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, Министерством Здравоохранения Самарской области, ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ГБУЗ «Самарский областной медицинский информационно-аналитический центр» (МИАЦ), ГБУЗ Самарской области "Самарская городская больница № 5", а также с иными подведомственными Министерству Здравоохранения Самарской области медицинскими организациями, при условии соблюдения ими всех требований по обеспечению конфиденциальности и безопасности в соответствии с действующим законодательством РФ.

В процессе оказания Оператором мне (Потребителю) медицинских услуг я предоставляю право уполномоченным медицинским работникам передавать мои (и Потребителя) персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах обследования, лечения и внутреннего учета Оператора.

Срок хранения моих (и Потребителя) персональных данных в первичной медицинской документации соответствует сроку хранения этой документации. Срок хранения персональных данных в электронной базе составляет 3 года, что соответствует сроку исковой давности.

Передача моих (и Потребителя) персональных данных иным лицам или иное их разглашение осуществляется только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной _____ 20__ г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие путем подачи Оператору заявления в простой письменной форме.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в срок, установленный действующим законодательством РФ.

В соответствии с ч.1 ст. 9 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006 г. в случае моего отзыва согласия на обработку персональных данных Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без моего согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2 - 11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006 г.

Контактный телефон _____

Подпись потребителя/законного представителя потребителя _____

«__» _____ 20__ г.

**Акт № _____
об оказании услуг**

г. Самара

« ___ » _____ 20__ г.

ФГБОУ ВО «СамГТУ» (адрес местонахождения: 443100, Россия, Самарская область, г. Самара, ул. Молодогвардейская, д. 244), ОГРН 1026301167683 от 05.12.2002 г., ИНН 6315800040, зарегистрированное ИФНС России по Октябрьскому району г. Самары (далее – «Исполнитель») в лице главного врача Платонова Валерия Николаевича, действующего на основании Доверенности № 02.09/924 от 23.06.2023 г. с одной стороны и

именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель» («Заказчик, законный представитель Потребителя»), с другой стороны, а вместе именуемые "Стороны", подписанием настоящего акта подтверждают следующее:

1. В период с « ___ » _____ г. по « ___ » _____ г. «Исполнителем» оказаны «Потребителю» («Заказчику, законному представителю Потребителя») медицинские услуги, включающие:

№	Наименование услуги	Код услуги	Кол-во	Цена	Сумма
ИТОГО					

2. Всего оказано медицинских услуг на сумму: _____

(сумма прописью)

3. Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок.

Потребитель/ Заказчик, законный представитель Потребителя:

_____ / _____ " ___ " _____ г.
(подпись, Ф.И.О.)

<p>Исполнитель: 443100, г. Самара, ул. Молодогвардейская 244., т. /факс (8462) 278-44-00, 278-43-11 ИНН 6315800040 КПП 631601001 УФК по Самарской области (ФГБОУ ВО «СамГТУ», л/счет 20426Х98350), (Х-латинская буква) Банк получателя: Отделение Самара банка России//УФК по Самарской области г. Самара БИК 013601205 к/счет 40102810545370000036 р/счет 03214643000000014200 место оказания услуг: г. Самара, ул. Революционная, д. 40, Центр профилактической медицины, тел. регистратуры 276-22-50</p>	<p>Потребитель / «Заказчик, законный представитель Потребителя»: _____ Дата рождения: _____ Паспорт: серия ___ № _____ Дата выдачи _____ Адрес регистрации: _____ Контактный телефон: _____ Подпись _____</p>
<p>Главный врач _____ В.Н. Платонов М.П.</p>	

Дополнительное соглашение № _____

г. Самара

«__» _____ 20__ г.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Самарский государственный технический университет» (ФГБОУ ВО «СамГТУ») (адрес местонахождения: 443100, Россия, Самарская область, г. Самара, ул. Молодогвардейская, д. 244), ОГРН 1026301167683 от 05.12.2002 г., ИНН 6315800040, зарегистрированное ИФНС России по Октябрьскому району г. Самары, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице главного врача Платонова Валерия Николаевича, действующего на основании Доверенности № 02.09/924 от 23.06.2023 г. (Лицензия на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») № Л041-00110-63/00334123 от 29.08.2019 г. (бессрочно), выдана Территориальным органом Росздравнадзора по Самарской области), с одной стороны и, с другой стороны, гражданин(ка): _____

(Ф.И.О. Потребителя)

проживающий(ая) по адресу: _____

(адрес места жительства Потребителя, телефон)

Документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____ выдан _____

(Название выдавшего органа, дата выдачи)

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

или _____

(Ф.И.О. Заказчика, законного представителя Потребителя)

проживающий(ая) по адресу: _____

(адрес места жительства Заказчика, законного представителя Потребителя, телефон)

Документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____ выдан _____

(Название выдавшего органа, дата выдачи)

именуемый(ая) в дальнейшем «**Заказчик, законный представитель Потребителя**», действующий в интересах Потребителя _____

(Ф.И.О. Потребителя)

проживающего(ей) по адресу: _____

(адрес места жительства Потребителя, телефон)

Документ, удостоверяющий личность Потребителя _____ серия _____ номер _____ выдан _____

(Название выдавшего органа, дата выдачи)

При оказании платных медицинских услуг потребителю анонимно сведения фиксируются со слов «Потребителя», («Заказчика, законного представителя Потребителя»).

Именуемые вместе – «**Стороны**», заключили настоящее дополнительное соглашение к Договору об оказании платных медицинских услуг от _____ № _____ о следующем:

1. На основании пункта 1.2 Договора, Стороны пришли к соглашению об увеличении наименований, общего количества и стоимости оказываемых услуг по Договору, в связи с чем, подпункт 1.1. Договора изложить в следующей редакции:
1.1. По настоящему договору «Исполнитель», действуя с добровольного согласия «Потребителя» («Заказчика, законного представителя Потребителя»), обязуется оказать ему медицинские услуги отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, в соответствии с медицинскими стандартами и порядками оказания медицинской помощи, на основании показаний, согласно Перечню медицинских услуг (Прейскуранту), оказываемых «Исполнителем» (далее – Услуги):

Наименование услуги	Код услуги	Количество	Цена	Сумма(руб.)	Стоимость(руб.)

(Общая сумма прописью)

а «Потребитель» («Заказчик, законный представитель Потребителя») обязуется оплатить оказанные услуги в размере, порядке и сроки, установленные настоящим договором.

2. С момента подписания настоящего Соглашения предыдущая редакция п. 1.1. Договора утрачивает силу.

3. Все остальные условия Договора остаются без изменений и сохраняют свою юридическую силу.

4. Настоящее Соглашение является неотъемлемой частью Договора, составлено в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

5. Настоящее Соглашение вступает в силу с момента его подписания и действует до момента окончания срока действия Договора.

<u>Исполнитель:</u> 443100, г. Самара, ул. Молодогвардейская 244., т. /факс (8462) 278-44-00, 278-43-11 ИНН 6315800040 КПП 631601001 УФК по Самарской области (ФГБОУ ВО «СамГТУ», л/счет 20426X98350), (X-латинская буква) Банк получателя: Отделение Самара банка России//УФК по Самарской области г. Самара БИК 013601205 к/счет 40102810545370000036 р/счет 03214643000000014200 место оказания услуг: г. Самара, ул. Революционная, д. 40, Центр профилактической медицины, тел. регистратуры 276-22-50	<u>Потребитель / «Заказчик, законный представитель Потребителя»:</u> _____ Дата рождения: _____ Паспорт: серия ____ № _____ Дата выдачи _____ Адрес регистрации: _____ Контактный телефон: _____ Подпись _____
Главный врач _____ В.Н. Платонов М.П.	