

## Уведомление

г. Тюмень

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 г.

Я \_\_\_\_\_ подтверждаю, что до заключения договора на оказание платной медицинской услуги Исполнитель уведомил меня о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

**Заказчик (Пациент):**

✓ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

**Договор на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_**

г. Тюмень

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 г.

**Государственное автономное учреждение здравоохранения Тюменской области «Областной офтальмологический диспансер»**, зарегистрировано 29 июля 1994 г. Администрацией Ленинского района г. Тюмени №76/116, (ЕГРЮЛ 04.10.2002 серия 72 номер 000123570, выдано Инспекцией МНС России по г. Тюмени №3), именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице регистратора \_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ Лицензии № ЛО41-01107-72/00563292 выданной "03" ноября 2020 г. бессрочно Территориальным органом Росздравнадзора по Тюменской области, ХМАО-Югре и ЯНАО, на осуществление медицинской деятельности при оказании медицинской помощи организуются и выполняются следующие виды работ (услуги): при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, лечебному делу, медицинской статистике, операционному делу, организации сестринского дела, сестринскому делу, физиотерапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, офтальмологии, физиотерапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: анестезиологии и реаниматологии, офтальмологии. 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: анестезиологии и реаниматологии, операционному делу, офтальмологии, сестринскому делу, физиотерапии. При осуществлении высокотехнологичной медицинской помощи по: офтальмологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лечебному делу, сестринскому делу, физиотерапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: офтальмологии, физиотерапии. 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: офтальмологии, сестринскому делу, физиотерапии, с одной стороны, и \_\_\_\_\_ (№ медкарты: \_\_\_\_\_), являющийся пациентом - и получает медицинские услуги в отношении себя лично, именуемый (ая) в дальнейшем **«Заказчик»**, с другой стороны, совместно именуемые **«Стороны»**, заключили настоящий договор о нижеследующем:

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1 По настоящему договору Исполнитель обязуется оказать Заказчику (Представителю пациента) на возмездной основе (либо указанному им Пациенту) по его поручению следующую медицинскую услугу (далее по тексту – «ПМУ»), которую обязуется оплатить:

№ п/п	Код услуги (общий)	Код услуги (по номенклатуре)	Наименование услуги	Наименование услуги (по номенклатуре)	Цена, р.	Количество	НДС, р.	Сумма (в руб.)
1								
ИТОГО: ( _____ рублей 00 копеек)								

1.2 Исполнитель оказывает ПМУ по месту нахождения Исполнителя по адресу: г. Тюмень, ул. Холодильная, 118 корпус 1 в срок с «\_\_» \_\_\_\_\_ 2024 г. до «\_\_» \_\_\_\_\_ 2024 г.

1.3 Срок ожидания предоставления медицинской услуги, предусмотренной в п.1.1. настоящего договора: 2 рабочих дня.

1.4 Данная ПМУ оказывается платно по причине:

Причина заключения договора	Подпись Заказчика
ПМУ предоставляется на иных условиях, чем предусмотрено программой, территориальными программами и (или) целевыми программами	✓
ПМУ предоставляется анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации	
ПМУ предоставляется гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации	
При самостоятельном обращении за получением медицинских услуг ПМУ, за исключением случаев и порядка, которые предусмотрены статьей 21 Федерального закона "Об основах охраны	

здоровья граждан в Российской Федерации", а также за исключением оказания медицинской помощи в экстренной форме	
---	--

## **2. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГЕ**

2.1. Подписанием настоящего договора Заказчик в безусловном порядке подтверждает, что до Заказчика и Пациента в понятной и доступной для них форме, до момента заключения настоящего договора доведена следующая информация:

- а) Исполнитель является участником Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.
  - б) Отдельные медицинские услуги, указанные в Прейскуранте Исполнителя, входящие в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи – далее «Программа» (утв. Постановлением Правительства РФ № 2353 от 28.12.2023 года) могут быть получены Пациентом бесплатно в порядке, предусмотренном Программой в медицинских организациях, участвующих в реализации программы (в том числе в государственных и муниципальных медицинских учреждениях по месту жительства пациента), а также разъяснен порядок бесплатного получения услуги. Программа размещена на информационном стенде Исполнителя в помещениях, расположенных по адресам: г. Тюмень, ул. Холодильная, д.118, корпус 1 и г.Тюмень, ул. 50 лет Октября, дом 66/1, или на информационном сайте Исполнителя в сети интернет по адресу: <http://www.oofd72.ru>.
  - в) Заказчик по своему усмотрению сделал добровольный и осознанный выбор об оказании ему платной медицинской услуги в соответствии с прейскурантом цен, действующим у Исполнителя, и отказался от получения соответствующей бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Тюменской области.
  - г) Подписанием настоящего договора Заказчик выражает свою волю Исполнителю: определить по результатам первичного приема и/или диагностики объем необходимой медицинской помощи и оказать ее в требуемом объеме (в объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения РФ, либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, либо в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи), с чем Заказчик согласен.
  - д) Несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги (осложнить процесс лечения), повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента.
  - е) Выписка из единого государственного реестра юридических лиц размещена на информационном стенде Исполнителя в помещениях, расположенных по адресам: г. Тюмень, ул. Холодильная, д.118, корпус 1 и г.Тюмень, ул. 50 лет Октября, дом 66/1, или на информационном сайте Исполнителя в сети интернет по адресу: <http://www.oofd72.ru>.
- 2.2. В связи с тем, что возможные осложнения, возникают вследствие биологических особенностей организма, и используемая технология оказания медицинской услуги не может полностью исключить их вероятность, Исполнитель не несет ответственность за наступление осложнений, если ПМУ оказана с соблюдением всех необходимых требований.
- 2.3. Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи, отражается в информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство.
- 2.4. ПМУ предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Заказчика, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.
- 2.5. Согласно Перечню непродовольственных товаров надлежащего качества, не подлежащих обмену (утв. Постановлением Правительства РФ от 31.12.2020 №2463) линзы надлежащего качества не подлежат обмену, возврату и замене, так как относятся к медицинским изделиям для профилактики и лечения заболеваний.

## **3. СТОИМОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

- 3.1. Стоимость ПМУ, оказываемых Пациенту в соответствии с настоящим договором, определяется в соответствии с Прейскурантом платных медицинских услуг, утвержденных Исполнителем, и действующим на момент предоставления соответствующей услуги. Действующий Прейскурант ПМУ размещен на информационном стенде в общедоступном месте по адресам: г. Тюмень, ул. Холодильная, д.118, корпус 1 и г.Тюмень, ул. 50 лет Октября, дом 66/1, или на сайте Исполнителя в сети интернет по адресу: [oofd72.ru](http://www.oofd72.ru).
- 3.2. Заказчик обязан оплатить оказанные исполнителем в полном объеме ПМУ. С согласия Заказчика ПМУ может быть оплачена им при заключении договора в полном размере или путем выдачи аванса в размере \_\_\_\_\_ руб. Оплата ПМУ осуществляется в валюте РФ (рублях). Оплата за медицинские услуги производится с применением контрольно-кассовой машины в кассе Исполнителя с выдачей кассового чека (или бланка строгой отчетности) или безналичным путем на расчетный счет Исполнителя.
- 3.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, исполнитель обязан предупредить об этом Пациента и (или) заказчика. 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.

## **4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

- 4.1. Исполнитель имеет право:
- 4.1.1. По согласованию с Заказчиком назначить конкретных исполнителей по оказанию услуг.
  - 4.1.2. Устанавливать время, условия оказания услуг в соответствии с режимом работы Исполнителя.
- 4.2. Исполнитель обязан:

- 4.2.1. Обеспечить надлежащее качество, своевременность, полноту оказываемых Заказчику (Пациенту) медицинских услуг в соответствии с условиями договора и установленными профессиональными стандартами, нормативами и правилами оказания медицинской помощи, при условии соблюдения Заказчиком (Пациентом) условий Договора.
- 4.2.2. Провести профилактическое или диагностическое обследование Заказчика (Пациента) для установления диагноза, определить объем необходимого лечения и о результатах обследования исчерпывающе проинформировать Заказчика.
- 4.3. Заказчик (Пациент) имеет право:
- 4.3.1. На оказание медицинской помощи в соответствии с действующим законодательством РФ и условиям настоящего договора.
- 4.3.2. По своему желанию предоставить врачу данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не у Исполнителя (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 на ход лечения.
- 4.3.3. Отказаться от проведения какой-либо процедуры.
- 4.3.4. По письменному обращению после исполнения договора получить от Исполнителя медицинские документы (копию 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 в течение 5 рабочих дней с момента обращения.
- 4.4. Заказчик (Пациент) обязуется:
- 4.4.1. Оплачивать медицинские услуги, фактически оказанные Исполнителем, в порядке и на условиях настоящего Договора.
- 4.4.2. Выполнять все указания лечащего врача и медицинского персонала, соблюдать рекомендации и назначения врачей (медицинского персонала).
- 4.4.3. Являться на прием по времени согласно предварительной записи.
- 4.4.4. Осуществлять прием всех назначенных ему препаратов и процедур, рекомендованных лечащим врачом до и после выписки, своевременно информировать врача об ухудшении состояния здоровья, в том числе и из-за оказанной услуги.
- 4.4.5. Находясь на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязан соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

## **5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

- 5.1. Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента.
- 5.2. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам оказания услуг Заказчик вправе по своему выбору:
- А) назначить новый срок оказания услуги; Б) потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги; В) потребовать исполнения услуги другим специалистом; Г) расторгнуть настоящий Договор и потребовать возмещения убытков.
- 5.3. Исполнитель за нарушение установленных настоящим Договором обязательств несет ответственность в порядке и размере, которые определяются Законом Российской Федерации от 07.02.1992 N 2300-1 "О защите прав потребителей".
- 5.4. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 5.5. Исполнитель и его работники, оказывающие услуги по настоящему Договору, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании Пациенту медицинской помощи.

## **6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

- 6.1. Договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств.
- 6.2. Пациент и (или) заказчик имеет право направить обращение (жалобу) в органы государственной власти и Исполнителю в письменной форме, путем личного предоставления или направления на почтовый адрес или адрес электронной почты. При предъявлении Пациентом и (или) заказчиком требований, в том числе при обнаружении недостатков оказанной медицинской услуги, исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей".
- 6.3. Споры, возникшие в процессе исполнения настоящего договора, стороны разрешают путем переговоров. При невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в суде в соответствии с действующим законодательством.
- 6.4. Стороны вправе расторгнуть договор по взаимному соглашению, а также по основаниям, предусмотренным действующим законодательством.
- 6.5. Настоящий договор считается расторгнутым в следующих случаях: отказа Пациента/Заказчика после заключения договора от получения медицинских услуг, если по каким-либо причинам, не зависящим от Исполнителя и Пациента, объем оказываемых Пациенту ПМУ, предусмотренный настоящим договором, сократится, либо оказание ПМУ в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным; отказа Пациента от продолжения обследования или лечения путем подачи письменного заявления на имя главного врача Исполнителя. Исполнитель информирует Пациента о расторжении договора по инициативе Заказчика, при этом Заказчик оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору. Остаток суммы в рублях, внесенной за ПМУ, возвращается Заказчику/Пациенту (либо указанному Заказчиком/Пациентом лицу) на основании соответствующего заявления Заказчика/Пациента.
- 6.6. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору, не противоречащие законодательству Российской Федерации, оформляются дополнительными соглашениями к Договору в письменной форме.

6.7. Настоящий договор составлен в 3 (трех) экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Заказчика, третий у Пациента. В случае если договор заключается Потребителем и Исполнителем, он составляется в 2 (двух) экземплярах.

#### **7. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА, БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН**

7.1. Исполнитель: юридический адрес: 625048 г.Тюмень ул.Холодильная, 118/1, телефон/факс (3452) 50-37-45 E-mail: oofd@med-to.ru ОКПО 31121772 ОГРН 1027200803651, ИНН 7203000538, КПП 720301001, л/с ЛС001151109ОФТД, Отделение Тюмень Банка России/УФК по Тюменской области г.Тюмень счет получателя 03224643710000006700, счет 40102810945370000060, БИК 017102001, сайт: <http://www.oofd72.ru>

7.2. Заказчик: Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Место регистрации: \_\_\_\_\_ Паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_, ИНН \_\_\_\_\_, Место фактического проживания: \_\_\_\_\_

**Исполнитель:**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

**Заказчик:**

✓ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /