

Уведомление

г. Тюмень

«___» _____ 20__ г.

Я _____ (Ф.И.О.) 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 моего здоровья.

Потребитель (Пациент):

✓ _____ / _____ /

Договор на оказание платных медицинских услуг № _____

г. Тюмень

«___» _____ 20__ 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 *Ф.И.О. сотрудника*, действующего на основании доверенности № (номер доверенности) Лицензии № Л041-01107-72/00563292 выданной 03.11.2020г бессрочно Территориальным органом Росздравнадзора по Тюменской области, Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре и Ямало-Ненецкому автономному округу (625023, Россия, г. Тюмень, ул. Энергетиков, д.26, тел. (3452) 39-32-81, (3452) 39-32-78, (3452) 39-32-84, факс. (3452) 39-34-80), 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 *(Ф.И.О. пациента, № карты)*, являющийся пациентом - и получает медицинские услуги в отношении себя лично, именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель (Пациент)», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Пациенту) на возмездной основе по его поручению медицинские услуги (далее по тексту – «ПМУ»), согласно спецификации № 1, которые Потребитель (Пациент) обязуется оплатить.
- 1.2. Исполнитель оказывает ПМУ по месту нахождения Исполнителя по адресу: _____.
- 1.3. Предельный срок ожидания предоставления медицинской услуги, предусмотренной в п. 1.1 настоящего договора, указан в спецификации №1 и устанавливается от даты заключения настоящего договора.
- 1.4. Данная ПМУ оказывается платно по причине:

Причина заключения договора	Подпись Потребителя (Пациента)
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 Потребитель (Пациент) в безусловном порядке подтверждает, что до Потребителя (Пациента) в понятной и доступной для него форме, до момента заключения настоящего договора доведена следующая информация:

- а) Исполнитель является участником Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
- б) Отдельные медицинские услуги, указанные в Прейскуранте Исполнителя, входящие в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи – далее «Программа» (утв. Постановлением Правительства РФ № 2188 от 29.12.2025 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) Потребитель (Пациент) 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 Потребитель (Пациент) 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 Потребитель (Пациент) 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 Потребителя (Пациента), 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. Потребитель (Пациент) обязан оплатить оказанные Исполнителем в полном объеме ПМУ. С согласия Потребителя (Пациента) ПМУ может быть оплачена им при заключении договора в полном размере или путем выдачи аванса в размере, указанном в спецификации. 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 Потребителя (Пациента). 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 Потребителем (Пациентом) 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 Потребителю (Пациенту) медицинских услуг в соответствии с условиями договора и установленными профессиональными стандартами, нормативами и правилами оказания медицинской помощи, при условии соблюдения Потребителем (Пациентом) условий Договора.

4.2.2. Провести профилактическое или диагностическое обследование Потребителя (Пациента) для установления диагноза, определить объем необходимого лечения и о результатах обследования исчерпывающе проинформировать Потребителя (Пациента).

4.3. Потребитель (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. Потребитель (Пациент) обязуется:

4.4.1. Выполнять все указания лечащего врача и медицинского персонала, соблюдать рекомендации и назначения врачей (медицинского персонала).

4.4.2. Являться на прием по времени согласно предварительной записи.

4.4.3. 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.

4.4.4. Находиться 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.

4.4.5. Оплачивать медицинские услуги, фактически оказанные Исполнителем, в порядке и на условиях настоящего Договора.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

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

5.2. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам оказания услуг Потребитель (Пациент) 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 _____ 20 ____ г., а в части принятых обязательств до полного исполнения сторонами своих обязательств.

6.2. Потребитель (Пациент) 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 Потребителем (Пациентом) 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 Потребителя (Пациента) после заключения договора от получения медицинских услуг, если по каким-либо причинам, не зависящим от Исполнителя и Потребителя (Пациента), объем оказываемых Пациенту ПМУ, предусмотренный настоящим договором, сократится, либо оказание ПМУ в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным; отказа Потребителя (Пациента) от продолжения обследования или лечения путем подачи письменного заявления на имя главного врача Исполнителя. Исполнитель информирует Потребителя (Пациента) о расторжении договора по инициативе Потребителя (Пациента), при этом Потребитель (Пациент) оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору. Остаток суммы в рублях, внесенной за ПМУ, возвращается Потребителю (Пациенту) на основании соответствующего заявления Потребителя (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 2 (двух) экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Потребителя (Пациента).

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, ОКЦ № 4 УГУ Банка России// УФК по Тюменской области г. Тюмень счет получателя 03224643710000006700, счет 40102810945370000060, БИК 017102001, сайт: <http://www.oofd72.ru>

7.2. Потребитель (Пациент): Ф.И.О. _____ Место регистрации: _____
Паспорт _____, выдан _____ тел. _____, ИНН _____, Место фактического проживания: _____

Исполнитель:

_____ / _____ /

Потребитель (Пациент):

✓ _____ / _____ /

СПЕЦИФИКАЦИЯ № 1

№ п/п	Код услуги (общий)	Код услуги	Наименование услуги	Цена, руб.	Кол-во	НДС, руб.	Сумма, руб.	в том числе оплата за счет личных средств *	В том числе оплата за счет средств юридического лица	Срок ожидания
1										
ИТОГО: (Сумма прописью рублей __ копеек)										

* В том числе авансовый платеж в размере __ (Сумма прописью рублей __ копеек).

Исполнитель

ГАУЗ ТО «Областной офтальмологический диспансер»
Юридический адрес:
625048 г. Тюмень, ул. Холодильная, 118 корпус 1
ИНН/КПП: 7203000538/720301001

Представитель по доверенности

МП

Потребитель (Пациент):

Ф.И.О. _____
Место регистрации: _____
Паспорт _____, выдан _____
тел. _____
Место фактического проживания: _____

✓
