



**ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ «КРИСТАЛЛ»
(ФБУ Центр реабилитации ФСС РФ «Кристалл»)**

П Р И К А З

«27» июня 2022г.

№ 95 П

АНАПА

О внесении изменений в Приказ № 20-П от 25 января 2019 года «Об утверждении Положения о порядке оказания платных медицинских услуг»

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» **приказываю:**

1. Внести изменение в Приказ № 20-П от 25 января 2019 года «Об утверждении Положения о порядке оказания платных медицинских услуг», утвердить форму договора на оказание платных медицинских услуг согласно приложения № 1 к настоящему приказу.

2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя директора по экономике О.М. Бугаеву.

И.о. директора

А.Б. Вещиков

УТВЕРЖДЕНО

Приказом _____
от _____.20__ № _____

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг

г. Анапа

«___» _____ 20__ г.

Федеральное бюджетное учреждение Центр реабилитации Фонда социального страхования Российской Федерации «Кристалл» (ОГРН 1022300507921 от 20.08.2002 г. МНС России по г. Анапа), именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице заместителя директора по медицинской части Радык Романа Михайловича, действующего на основании доверенности от 12 апреля 2021 г № 14, и _____, именуемый в дальнейшем «Потребитель», в действующий (ая) от собственного имени и в собственном интересе. Паспорт гражданина РФ серия: _____ номер: _____ выдан: _____ дата выдачи: _____ код подразделения: _____ .”, заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель оказывает платные медицинские услуги на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № ФС-23-01-004803 от 19.11.2019 г., выданной Территориальным органом Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Краснодарскому краю (350015, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Северная, д.315 Телефон: +7(861)2011390 Факс: +7(861)2011391 E-mail: info@reg23.roszdravnadzor.gov.ru), а Потребитель на основе добровольного информированного согласия приобретает медицинскую услугу на возмездной основе за счет личных средств.

2. Обязанности и права сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказывать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с Приложением 1 к настоящему договору, с лицензионными требованиями, стандартами и порядком оказания медицинской помощи, условиями договора, нормативными документами (требованиям), установленными Министерством здравоохранения РФ, федеральными законами.

2.1.2. Платные медицинские услуги предоставлять в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.1.3. При оказании платных медицинских услуг применять методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.

2.1.4. 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. Без

согласия Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе

2.1.5. Предоставлять Потребителю 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.

2.1.6. Потребителю в соответствии с законодательством Российской Федерации выдать документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

2.1.7. После исполнения договора выдать потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг. 2.1.8. По требованию Потребителя оплатившего услуги, выдать Справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации по установленной форме.

2.2. «Потребитель» обязуется:

2.2.1. Оплатить предоставленную Исполнителем медицинскую услугу в сроки и в порядке, которые определены договором.

2.2.2. Предоставить Исполнителю полную информацию и документы (копии документов), касающихся состояния своего здоровья, перенесенных заболеваний, аллергических реакциях, противопоказаниях, которыми он располагает на момент заключения настоящего договора и в течении его действия.

2.2.3. Выполнять рекомендации лечащего врача, информировать Исполнителя о невыполнении сделанных им назначениях и причинах этого.

2.2.4. В случае возникновения условий, предусмотренных п.2.1.5. настоящего Договора, Потребитель обязуется произвести доплату в соответствии с прейскурантом.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. Требовать от Потребителя своевременной оплаты за оказанные по настоящему Договору услуги;

2.3.2. В случае отказа Потребителя от услуг, которые могли бы по мнению «Исполнителя», уменьшить или снять опасность для его здоровья, получить от него соответствующую расписку об отказе от медицинского вмешательства.

2.3.3. Незамедлительно ставить в известность Потребителя о возникновении условия невозможности оказать медицинскую услугу по объективным причинам (болезнь специалиста, поломка аппаратуры и т.п.), о возникновении обстоятельств, которые могут привести к сокращению оказываемых медицинских услуг, о выявлении у Потребителя заболевания (состояния) не по профилю направления, а также противопоказания к предоставлению медицинской услуги.

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. Требовать от Исполнителя надлежащего исполнения обязательств в соответствии с условиями Договора;

2.4.2. Требовать от Исполнителя предоставления надлежащим образом оформленных документов в соответствии с условиями Договора, подтверждающих исполнение обязательств.

2.4.3. В любое время отказаться от исполнения настоящего договора, оплатив Исполнителю услуги, оказанные до получения извещения о расторжении настоящего договора, и возместив Исполнителю расходы, произведенные до этого момента в целях исполнения настоящего договора.

2.4.4. Отказаться от медицинского вмешательства.

3. Условия предоставления услуг

3.1. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

3.2. При предоставлении платных медицинских услуг Исполнитель обязан соблюдать врачебную тайну и обеспечить конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах.

3.3. Срок и объем оказываемых медицинских услуг определяется в Приложении № 1.

4. Сроки и порядок расчетов

4.1. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору производится Потребителем в полном объеме до оказания услуги. Сумма по договору определяется в соответствии с Приложением №1 настоящего договора.

4.2. Оплата медицинских услуг производится наличными (или безналичными денежными средствами посредством терминала) ответственному сотруднику на Медицинском Рецепшене на 1 этаже 1 корпуса с оформлением кассового чека.

5. Ответственность сторон за невыполнение условий договора

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате предоставления Исполнителем некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. Возникающие противоречия, касающиеся условий выполнения данного договора, Стороны обязуются решать, прежде всего, с помощью переговоров.

5.4. При неурегулировании в процессе переговоров спорных вопросов, споры подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6. Порядок изменения и расторжения договора

6.1. Настоящий Договор, может быть расторгнут, изменен и (или) дополнен по соглашению Сторон, а также в иных случаях, предусмотренных гражданским законодательством РФ.

6.2. Все изменения и дополнения к настоящему договору, будут действительны только при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями Сторон (либо ими лично).

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

7.Срок действия договора

7.1. Договор вступает в силу с момента оплаты Пациентом медицинских услуг в порядке, предусмотренном п. 4.1. настоящего договора и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств по настоящему договору.

8. Обстоятельства освобождающие от ответственности

8.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения настоящего договора, в результате обстоятельств чрезвычайного характера, которые сторона не могла предвидеть (пожар, наводнение, землетрясение, иные явления природы, а также военные действия, решение органов государственной власти и другие обстоятельства, находящиеся вне контроля сторон).

9. Прочие условия

9.1. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

10. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель	Потребитель
ФБУ ЦР ФСС РФ «Кристалл» 353456, Краснодарский край, Анапа, Пионерский проспект 23- А ИНН 2301039943 КПП 230101001 УФК по Краснодарскому краю (ФБУ Центр реабилитации ФСС РФ «Кристалл» л/с 20186Щ20850) р/с 40501810703492000003 Южное ГУ Банка России БИК 040349001	Ф.И.О.: Адрес
Заместитель директора по медицинской части _____ Р.М. Радык	 _____ / _____ /

Спецификация на оказанные услуги

№ п/п	Наименование услуги	Срок	Количество оказанных услуг	Цена (руб.)	Сумма (руб.)
1					
Итого					

Исполнитель	Потребитель
ФБУ ЦР ФСС РФ «Кристалл» 353456, Краснодарский край, Анапа, Пионерский проспект 23- А ИНН 2301039943 КПП 230101001 УФК по Краснодарскому краю (ФБУ Центр реабилитации ФСС РФ «Кристалл» л/с 20186Ц20850) р/с 40501810703492000003 Южное ГУ Банка России БИК 040349001	Ф.И.О.: Адрес
Заместитель директора по медицинской части _____ Р.М. Радык	_____ / _____ /

Информированное добровольное согласие пациента на предоставление медицинских услуг на платной основе на предоставление медицинских услуг на платной основе и согласие на обработку персональных данных.

Заместителю директора по медицинской части Радык Роману Михайловичу

От _____

_____ В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», я _____, дата рождения _____, в рамках Договора от _____ г., № _____ желаю получить платные медицинские услуги в Федеральном бюджетном учреждении Центр реабилитации Фонда социального страхования Российской Федерации «Кристалл» по адресу: 353456 Краснодарский край, г. Анапа, Пионерский проспект 23А.

Мне разъяснено и мною осознано следующее: Я ознакомился (ась) с «Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Краснодарском крае на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов (утвержденной законом Краснодарского края от 23 декабря 2020 года № 4381-КЗ), об условиях и сроках получения бесплатной медицинской помощи информирован (а).

Мне разъяснен порядок оказания бесплатной медицинской помощи. Я ознакомлен с тем, что могу получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях на других условиях. Получив от сотрудников ФБУ Центр реабилитации ФСС РФ «Кристалл» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в ФБУ Центр реабилитации ФСС РФ «Кристалл», даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.

1. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и одновременно несколько видов медицинских услуг.

2. Я проинформирован (а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение медицинской услуги: _____ указать наименование услуги _____ именно

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

4. В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27 июля 2006г. № 152-ФЗ и Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю свое согласие на обработку ФБУ Центр реабилитации ФСС РФ «Кристалл», расположенным по адресу: 353456, Краснодарский край, г. Анапа, Пионерский проспект 23А (далее Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения

личности), реквизиты полиса ОМС, полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные и данные о состоянии рожденного мною ребенка при условии, что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, всеми возможными способами. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, а также сводки и системы хранения данных, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в медицинской документации без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну. Я разрешаю предоставлять, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, следующим лицам:
Работодател _____

Супруг(а) _____

Мать _____

Отец _____

Сын _____

Дочь _____

Иные _____ лица

_____ Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущество предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Пациент: _____, паспорт серия _____ № _____, выдан _____.

Дата: _____ г.

Подпись: _____ / _____ / Настоящее соглашение подписано Пациентом после проведения разъяснительной беседы и является приложением к Договору об оказании платных медицинских услуг.