

Договор на оказание платных медицинских услуг № ____

г. Майкоп

« ____ » _____ 202 ____

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Майкопский государственный технологический университет» (ФГБОУ ВО «МГТУ»), лист записи Единого государственного реестра юридических лиц от 28.07.2015, ГРН 2150105050280 выдан Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 1 по Республике Адыгея, находящейся по адресу: Республика Адыгея, г. Майкоп, ул. Привокзальная, д. 331), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице проректора по научной работе и инновационному развитию ФГБОУ ВО «МГТУ» Овсянниковой Татьяны Анатольевны, действующей на основании доверенности от 29.11.2023 № 01-У-5757/15 и лицензии на осуществление медицинской деятельности № ФС-01-01-000309 от 23.09.2019, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, с одной стороны, и

[фамилия, имя, отчество заказчика или его законного представителя], именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Потребитель (заказчик) поручает, а Исполнитель обязуется оказать, платные медицинские услуги, указанные в приложении № 1 к настоящему договору.

1.2. Стоимость услуг, предоставляемых Потребителю (заказчику), в соответствии с прейскурантом Исполнителя, действующем на дату составления настоящего договора.

1.3. При исполнении настоящего договора стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации и Республики Адыгея, в сфере здравоохранения и законодательством Российской Федерации и Республики Адыгея регулирующим предоставление гражданам платных медицинских услуг.

2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1. Услуги Потребителю (заказчику) оказываются в соответствии с режимом работы Исполнителя, который доводится до сведения Потребителя (заказчика) при заключении договора.

2.2. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг, не предусмотренных пунктом 1.1. настоящего договора, они оформляются дополнительным соглашением к настоящему договору и оплачиваются Потребителем (заказчиком) согласно прейскуранту.

2.3. В случае необходимости привлечения третьих лиц для оказания медицинских услуг Потребителю (заказчику), Исполнитель обязан привлекать третьих лиц, обладающих необходимыми разрешениями на оказание соответствующих медицинских услуг, а также обладающих необходимыми знаниями и квалификацией.

При привлечении третьих лиц для оказания медицинских услуг Потребителю, Исполнитель обязан довести до сведения Потребителя (заказчика) всю необходимую информацию о третьем лице, а также информацию о времени и месте оказания Потребителю данных медицинских услуг.

3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Расчет стоимости по договору на оказание платных медицинских услуг

наименование услуги	стоимость услуги	Отметка о предоставлении (V)
Осмотр врача-профпатолога	450	
Осмотр врача-терапевта	240	
Осмотр врача-отоларинголога	160	
Осмотр врача-дерматовенеролога	150	
Осмотр врача-гинеколога	240	
Осмотр врача-стоматолога	150	
Осмотр врача-психиатра	250	

наименование услуги	стоимость услуги	Отметка о предоставлении (V)
Осмотр врача-психиатра-нарколога	350	
– для иногородних граждан Российской Федерации	400	
Осмотр врача-невролога	290	
Осмотр врача-хирурга	250	
Осмотр врача-окулиста	250	
Общий анализ крови	300	
Общий анализ мочи	180	
Отборочный тест (микрореакция) на сифилис	200	
Определение глюкозы в сыворотке крови	180	
Определение яиц гельминтов – методом КАТО	270	
Определение холестерина в крови	180	
Обнаружение трихомонад и гонококков	200	
Гинекологическое исследование флоры	200	
Гинекологический анализ на атипичные клетки (цитограмма)	280	
Мазок из зева на стафилококк	400	
Исследование крови на ВИЧ-инфекцию	440	
Исследование крови на маркеры:		
Вирус гепатит С	300	
Вирус гепатит В	300	
РПГА компл. д-м, vi-брюшнотиф. д-м	400	
Бакпосев на кишечную группу	350	
Электрокардиография	200	
Ультразвуковое исследование органов малого таза	590	

Стоимость оказываемых услуг составляет: _____ руб.

3.2. Оплата Потребителем (заказчиком) производится по безналичному расчету на счет Исполнителя до предоставления медицинской услуги (предоплата).

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Исполнитель обязан:

4.1.1. своевременно и качественно оказать медицинские услуги в установленный договором срок;

4.1.2. предоставить доступную для понимания достоверную информацию о предоставляемых услугах до подписания договора;

4.1.3. при оказании медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке;

4.1.4. обеспечить в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о разрешении (лицензии) на медицинскую деятельность, о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг, их стоимости, условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов;

4.1.5. обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию медицинских услуг силами собственных специалистов или сотрудников медицинских учреждений, имеющих с Исполнителем договорные отношения;

4.1.6. вести установленную законодательством медицинскую документацию, а также учет видов, объемов и стоимости оказываемых услуг;

4.1.7. обеспечить непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья, и выдать по письменному требованию Потребителю (законному представителю потребителя) копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг;

4.1.8. хранить в тайне информацию, содержащуюся в медицинской документации, и предоставлять ее с согласия Потребителя (его законного представителя) в установленных законом

случаях.

4.2. Исполнитель имеет право:

4.2.1. требовать предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему медицинских услуг;

4.2.2. привлекать для оказания медицинских услуг третьих лиц;

4.2.3. в случае возникновения потенциальной угрозы жизни и здоровью, а также в иных неотложных ситуациях, действуя в условиях крайней необходимости, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной договором;

4.2.4. в случае невозможности оказания услуги отказаться от исполнения обязательств по договору при условии возврата стоимости оплаченной услуги.

4.2.5. требовать от Потребителя (заказчика) полной оплаты оказанных услуг.

4.3. Потребитель (заказчик) обязан:

4.3.1. своевременно оплатить стоимость услуги;

4.3.2. сообщить Исполнителю сведения, необходимые для качественного исполнения услуги (реакция на медикаменты, перенесенные заболевания и пр.);

4.3.3. соблюдать в полном объеме правила и условия получения медицинской услуги, установленные Исполнителем, неукоснительно соблюдать рекомендации врачей;

4.3.4. своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Потребителю (заказчику) условий договора, а также о необходимости изменения назначенного Потребителю (заказчику) времени получения медицинской услуги.

4.4. Потребитель (заказчик) имеет право:

4.4.1. получать от Исполнителя полную, доступную для понимания, своевременную информацию о получаемой медицинской услуге;

4.4.2. отказаться от получения услуги на любом этапе. В этом случае Потребитель (заказчик) информирует Исполнителя о расторжении договора по инициативе Потребителя (заказчика), при этом Потребитель (заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

5. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ УСЛУГЕ

5.1. Исполнитель имеет лицензию на медицинскую деятельность на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») № ФС-01-01-000309 от 23.09.2019 (перечень услуг составляющих медицинскую деятельность:

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медикосанитарной помощи в амбулаторных условиях по: лечебному делу, сестринскому делу; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), дерматовенерологии, неврологии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, профпатологии, стоматологии общей практики, ультразвуковой диагностики, функциональной диагностики.

При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе профессиональной пригодности.

Лицензия выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, расположена по адресу: территориальный орган Росздравнадзора по Республике Адыгея 385000, Республика Адыгея, г. Майкоп, ул. Советская, д.166, тел. 8(8772) 57-17-52.

5.2. Срок оказания медицинских услуг _____.

5.3. Потребитель информирован:

о несовершенстве медицинской науки и практики, и невозможности в связи с этим гарантировать ожидаемые результаты лечения.

5.4. В случае оказания услуги, связанной с медицинским вмешательством, Исполнитель

обязан до начала оказания услуги получить информированное добровольное согласие Потребителя (его законного представителя).

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Исполнителем условий договора Потребитель (заказчик) вправе по своему выбору потребовать:

6.1.1. Назначения нового срока оказания услуги;

6.1.2. Исполнения услуги другим специалистом;

6.1.3. Расторжения договора и возмещения убытков, в том числе понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги.

6.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

6.3. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

6.4. Вред, причиненный жизни и здоровью потребителю услуг в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.5. Контроль, за соблюдением правил оказания платных медицинских услуг осуществляет Федеральная служба в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в рамках установленных полномочий.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ЕГО ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ

7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до исполнения обязательств сторонами.

7.2. Условия договора могут быть изменены по соглашению сторон путем оформления в письменной форме дополнений, являющихся неотъемлемой частью договора.

7.3. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор также расторгается.

8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

8.1. Споры и разногласия, возникающие в процессе исполнения данного договора, разрешаются путем переговоров, а в случае не достижения согласия – в судебном порядке.

8.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой стороны.

9. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:	Потребитель (заказчик):
ФГБОУ ВО «МГТУ»	_____
385000, г. Майкоп, ул. Первомайская, 191	(ФИО)
ИНН 0105014177, КПП 010501001	_____
УФК по Республике Адыгея (ФГБОУ ВО «МГТУ» л/сч 20766Х59110)	(паспорт)
Отделение НБ Республика Адыгея	_____
Банка России/УФК по Республике Адыгея г. Майкоп	_____
р/сч 03214643000000017600	(адрес места жительства, регистрации)
к/сч 40102810145370000066	_____
БИК 017908101, ОГРН 1020100698595, Код по ОКПО 32351356 ОКТМО 79701000	(номер телефона)
КБК 000000000000000000130	_____
Проректор по научной работе и инновационному развитию ФГБОУ ВО «МГТУ»	/
_____ Т.А. Овсянникова	Подпись /ФИО

подпись
Приложение № 1 к договору
№ _____ от _____ 202__ г.

УВЕДОМЛЕНИЕ

Несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, порядка обследования могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

С вышеуказанным уведомлением ознакомлен(а)

(ФИО)

(подпись)

Приложение № 2 к
договору № _____ от _____ 202__ г.

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся (-аяся)

(Ф.И.О. полностью)

паспорт серия _____ номер _____

выдан _____

дата выдачи _____

Адрес: _____

телефон: _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» подтверждаю свое согласие на обработку Федеральным государственным бюджетным образовательным учреждением высшего образования «Майкопский государственный технологический университет» (ФГБОУ ВО «МГТУ») (385000, г. Майкоп, ул. Первомайская, 191) (далее – оператор) моих персональных данных, персональных данных представляемого мной:

(Ф.И.О. полностью),

включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию – 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. В процессе оказания Оператором мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные (персональные данные представляемого мной лица), в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения и внутреннего учета Оператора.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (в страховую медицинскую организацию, организацию – заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты).

Настоящее согласие действует бессрочно, и может быть отозвано мною путем направления в адрес Оператора соответствующего письменного документа (по почте заказным письмом с уведомлением о вручении) либо путем вручения лично под расписку представителю Оператора.

(ФИО)

(подпись)

Дата: « ____ » _____ 202__ г.

Приложение № 3 к договору № _____ от _____ 202__ г.

Приложение № 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2021 № 1051н

Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

"__" ____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения гражданина
либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

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

"__" ____ г. рождения, проживающего по адресу:

(дата рождения пациента при подписании
законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в
Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают
информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения
первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и
социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 № 390н (далее – виды медицинских
вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной
помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого
я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

Многопрофильный медицинский центр Медицинского института ФГБОУ ВО «МГТУ»

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии)
медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный
с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе
вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской
помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских
вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением
случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об
основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с
пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья
граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или
состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе
после смерти:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного
представителя гражданина)

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

“__” ____ г.
(дата оформления)