

**Федеральное государственное бюджетное учреждение
"Национальный медицинский исследовательский центр
онкологии имени Н.Н. Блохина"
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

П Р И К А З

«36» 03 2020 г.

№ 94/17

г. Москва

**Об утверждении «Положения о порядке и условиях
предоставления платных медицинских услуг в
ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России»**

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 N 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2000 N 445/77 "О порядке приема больных учреждениями здравоохранения федерального подчинения", Законом Российской Федерации от 07.02.1992 N 2300-1 (ред. от 01.05.2017) "О защите прав потребителей", Приказом от 29.12.2012г. №1631н «Об утверждении порядка определения цен (тарифов) на медицинские услуги, предоставляемые медицинскими организациями, являющимися бюджетными и казенными государственными учреждениями, находящимися в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации» и в целях упорядочения оказания платных медицинских услуг в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России»,

Приказываю:

1. Утвердить «Положение о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России» (Приложение №1 к приказу).
2. Признать утратившим силу приказ ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» РАМН от 25.08.2017г. № 166 «Об утверждении Положения о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России» (Приложение №1 к приказу»).
3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя директора по организации медицинской деятельности - главного врача клинических институтов И.А. Дорошева.

Директор
профессор, академик РАН

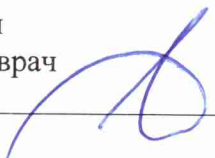


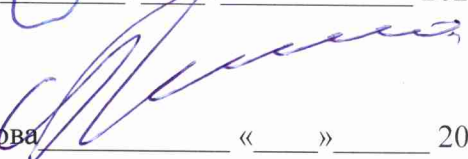
И.С. Стилиди

Согласовано:

Заместитель директора по общим вопросам  «___» _____ 2020г. А.Ю. Блау

Заместитель директора по научной и лечебной работе –
директор научно-исследовательского института
клинической онкологии 
имени академика РАН и РАМН Н.Н. Трапезникова «___» _____ 2020г. П.В. Кононец

Заместитель директора по организации
медицинской деятельности - главный врач
клинических институтов  «___» _____ 2020г. И.А. Дорошев

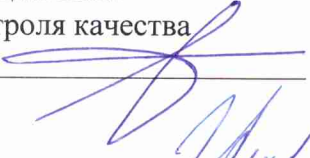
Главный врач научно - исследовательского
института клинической онкологии
имени академика РАН и РАМН Н.Н. Трапезникова  «___» _____ 2020г. А.В. Бутенко

Руководитель службы организации и
контроля качества медицинской помощи  «___» _____ 2020г. А.П. Тернавский

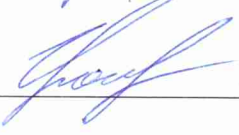
Заместитель директора по научной и лечебной работе
директор научно-исследовательского института
детской онкологии и гематологии  «___» _____ 2020г. С.Р. Варфоломеева

Главный бухгалтер  «___» _____ 2020г. А.В. Кузина

Начальник отдела ФЭД  «___» _____ 2020г. Л.А. Старовойтова

Начальник отдела организации ПМУ
службы организации и контроля качества
медицинской помощи  «___» _____ 2020г. С.В. Афонин

Начальник юридического отдела  «___» _____ 2020г. В.П. Григоренко

Заведующий канцелярией  «___» _____ 2020г.

Рассылка:

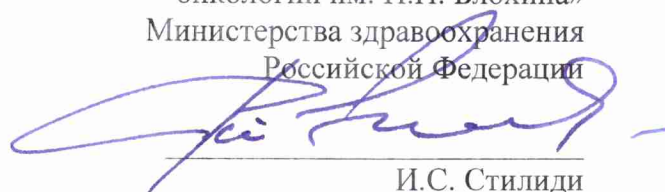
Аппарат управления, руководители или исполняющие обязанности руководителя всех структурных подразделений ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России.

Исполнитель:

Начальник группы организации ПМУ ЮЛ
Белонович О.Г. 8 (499) 324-71-40

Приложение № 1 к Приказу № 94/П от «31» 03 2020 г.

УТВЕРЖДАЮ
директор ФГБУ «НМИЦ
онкологии им. Н.Н. Блохина»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации



И.С. Стилиди

Положение
о порядке и условиях предоставления платных медицинских
услуг в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России

1. Общие положения

1.1. Настоящее положение о предоставлении платных медицинских услуг в федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее - Положение) разработано в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации, Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 N 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг", Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Российской академии медицинских наук от 20.12.2000 N 445/77 "О порядке приема больных учреждениями здравоохранения федерального подчинения", Законом Российской Федерации от 07.02.1992 N 2300-1 "О защите прав потребителей" и определяет условия и порядок оказания платных медицинских услуг ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России гражданам с целью более полного удовлетворения потребности населения в медицинской помощи, а также предоставления свободного выбора специалистов гражданами.

1.2. Настоящее Положение обязательно для соблюдения и исполнения всеми сотрудниками ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России и потребителями (заказчиками), заключившими договор оказания платных медицинских услуг с ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России

1.3. Платные медицинские услуги предоставляются ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России на основании Прейскуранта платных медицинских услуг и Лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной в установленном порядке.

1.4. В настоящем Положении используются следующие основные понятия:

1.4.1. Платные медицинские услуги - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования (далее - Договор).

1.4.2. Медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение и стоимость.

1.4.3. Потребитель - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

1.4.4. Заказчик - физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя.

1.4.5. Исполнитель или медицинская организация - ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России.

2. Условия оказания платных медицинских услуг

2.1. Основаниями для оказания платных медицинских услуг по медицинским показаниям являются:

2.1.1. Оказание медицинских услуг на иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и (или) целевыми программами, по желанию потребителя (заказчика), включая в том числе:

- установление индивидуального поста медицинского наблюдения при лечении в условиях стационара;

- применение лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, если их назначение и применение не обусловлено жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень, а также применение медицинских изделий, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, не предусмотренных стандартами медицинской помощи;

2.1.2. Предоставление медицинских услуг 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.

2.1.3. Самостоятельное обращение за получением медицинских услуг, потребителем (законным представителем), не имеющим направления в медицинскую организацию по установленной форме, для уточнения диагноза, получения плановой специализированной медицинской помощи, предоставляемой в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, за исключением случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в неотложной или экстренной форме.

2.2. Платные медицинские услуги оказываются медицинской организацией на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности, Прейскуранта платных медицинских услуг, действующих в медицинской организации на момент осуществления оплаты.

2.3. При оказании платных медицинских услуг медицинской организацией соблюдаются порядки оказания медицинской помощи, а именно:

2.3.1. Оказание платных медицинских услуг осуществляется в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, консультации и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.4. Порядок определения цен (тарифов) на медицинские услуги медицинская организация устанавливает самостоятельно.

3. Порядок заключения договора и оплаты медицинских услуг

3.1. До заключения договора исполнитель в письменной форме уведомляет потребителя (заказчика) о том, 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 здоровья потребителя.

3.2. При заключении договора потребителю (заказчику), сотрудником медицинской организации в письменной форме предоставляется 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, а также гарантий предоставления гражданам специализированной медицинской помощи.

3.3. При заключении договора, по требованию, потребителю и (или) заказчику предоставляется информация о платных медицинских услугах в доступной форме, содержащая следующие сведения:

- порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
- информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

3.4. Отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения гарантированных объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы, в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

3.5. Договор заключается потребителем (его законным представителем), исполнителем и/или заказчиком в письменном виде, по форме, являющейся приложением к настоящему Положению.

3.6. Договор составляется в 3 экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй - у заказчика, третий - у потребителя. В случае если договор заключается потребителем и исполнителем, он составляется в 2 экземплярах.

3.7. После заключения договора, потребителю (его законному представителю) выдается направление, которое содержит наименование и стоимость услуги.

- 3.8. На основании предварительного плана обследования и лечения, составляется Акт планируемой медицинской помощи (смета) с указанием наименования и стоимости услуг, которая является неотъемлемой частью договора.
- 3.9. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг исполнитель уведомляет об этом потребителя (заказчика).
- 3.10. Потребитель (заказчик) обязан оплатить предоставляемые исполнителем услуги в сроки и в порядке, которые определены договором.
- 3.11. Оплата медицинских услуг производится в безналичном порядке путем перечисления денежных средств на расчетный счет медицинской организации или путем внесения наличных денежных средств непосредственно в кассу медицинской организации с выдачей документа, подтверждающего оплату (кассового чека или документа, оформленного на бланке строгой отчетности, приравненного к кассовому чеку). По требованию лица, оплатившего услугу, медицинская организация обязана выдать справку установленной формы об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы Российской Федерации.
- 3.12. В случае отказа потребителя или его законного представителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует потребителя (его законного представителя) и заказчика о расторжении договора по инициативе потребителя или его законного представителя, при этом потребитель (заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору, остаток средств возвращается.
- 3.13. Возврат средств осуществляется на основании письменного заявления потребителя (законного представителя потребителя) или заказчика, с указанием способа возврата:
- 3.13.1. Наличными денежными средствами через кассу;
- 3.13.2. Безналичным платежом, в соответствии с реквизитами, указанными в заявлении.
- 3.14. Срок возврата денежных средств исполнителем составляет не более 5 (пяти) рабочих дней.
- 3.15. Исполнителем после исполнения договора по письменному запросу потребителя (законного представителя потребителя) выдаются медицинские документы (выписки из медицинских документов, справки), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.
- 3.16. Заключение договора со страховыми компаниями по программе добровольного медицинского страхования и оплата медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с указанным договором, осуществляются в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации и Законом Российской Федерации от 27.11.1992 N 4015-1 "Об организации страхового дела в Российской Федерации".

4. Порядок предоставления платных медицинских услуг

4.1. Основанием для оказания платных медицинских услуг потребителю является договор об оказании платных медицинских услуг.

Потребитель (законный представитель потребителя) подписывает информированное согласие пациента на обработку персональных данных.

4.2. Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

4.3. В случае если федеральным законом, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых платных медицинских услуг должно соответствовать этим требованиям.

4.4. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя) на медицинское вмешательство, предоставленного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

4.5. Исполнитель предоставляет потребителю (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.

4.6. Исполнитель обязан при оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

4.7. Достоверная, доступная и бесплатная информация, включающая в себя сведения о медицинской организации, месте ее нахождения, сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности, перечень платных медицинских услуг, порядок и условия их предоставления и оплаты, сведения о режиме работы организации (подразделений, кабинетов), сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, адреса и телефоны Министерства здравоохранения Российской Федерации, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека предоставляется посредством размещения на сайте медицинской организации в информационно-телекоммуникационной сети Интернет: www.ronc.ru и информационных стендах (стойках) медицинской организации.

4.8. Платные медицинские услуги оказываются в соответствии с утвержденным графиком приема врачей, осуществляющих оказание платных медицинских услуг.

5. Контроль за предоставлением платных медицинских услуг и ответственность исполнителя

5.1. Контроль за соблюдением настоящих Правил осуществляет в пределах своей компетенции Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

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

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

**Регламент взаимодействия структурных подразделений
ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России
при предоставлении платных медицинских услуг**

Настоящий Регламент взаимодействия структурных подразделений при предоставлении платных медицинских услуг в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России (далее также медицинская организация или исполнитель) обязателен для соблюдения и исполнения всеми сотрудниками медицинской организации при предоставлении платных медицинских услуг (далее Регламент), которые оказываются в соответствии с Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг (далее Положение).

1. Договор об оказании платных медицинских услуг заключен между пациентом (его законным представителем) и медицинской организацией (Приложение № 1.1.) или Договор об оказании платных медицинских услуг заключен между пациентом (его законным представителем), медицинской организацией и заказчиком (физическим лицом) (Приложение № 1.2).

1.1. Основанием, для оказания платных медицинских услуг пациенту является договор на оказание платных медицинских услуг (Приложение № 1.1., № 1.2. к Регламенту), который заключается с пациентом (заказчиком) в день обращения, направление на получение платных медицинских услуг, содержащее перечень и цену планируемых услуг и документ об оплате планируемых услуг (Приложение № 1.1.3.; 1.2.3. к Регламенту).

1.2. Пациент (его законный представитель) подписывает информированное согласие пациента на обработку персональных данных по форме Приложения № 1.1.2., № 1.2.2. к Регламенту.

1.3. Пациент (его законный представитель) подписывает информированное добровольное согласие на получение первичной медико-санитарной помощи (Приложение № 1.3. к Регламенту) и соответствующие медицинские вмешательства по установленной в медицинской организации форме или добровольный отказ от видов медицинских вмешательств при получении первичной медико-санитарной помощи (Приложение № 1.3.1. к Регламенту).

1.4. При первичном обращении пациент или его законный представитель, желающий получить платные медицинские услуги, обращается в регистратуру поликлиники медицинской организации, для оформления медицинской карты и регистрации в медицинской информационной системе, а также для записи на прием к врачу, дальнейших исследований и координации по подразделениям центра.

Пациенту выдается направление на прием к врачу-онкологу, консультации к врачам клинических отделений, лабораторные и инструментальные обследования в диагностических отделениях медицинской организации, с разъяснениями о месте прохождения исследований.

1.5. При заключении договора пациенту (его законному представителю) (заказчику) в письменной форме предоставляется 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, а также

гарантий предоставления гражданам специализированной медицинской помощи (Приложение № 1.1.2. и № 1.2.2. к Регламенту).

1.6. При заключении договора, по требованию, пациенту и (или) заказчику предоставляется информация о платных медицинских услугах в доступной форме, содержащая следующие сведения:

- порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
- информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи (предоставляется дежурными врачами амбулаторной службы).

1.7. На основании Прейскуранта платных медицинских услуг, плана обследования и/или лечения (при наличии на амбулаторном этапе) сотрудник группы организации платных медицинских услуг физическим лицам составляет Акт планируемой медицинской помощи, являющейся приложением к договору (Приложение №1.1.3. и № 1.2.3. к Регламенту). Акт визируется сотрудником группы организации платных медицинских услуг физическим лицам. Акт планируемой медицинской помощи представляется на подписание пациенту (или его законному представителю) (заказчику).

1.8. В рамках договора и на основании Акта планируемой медицинской помощи и направления пациент (его законный представитель) или заказчик производит оплату планируемой медицинской помощи.

Пациенту (или его законному представителю) или заказчику выдаются документы, подтверждающие произведенную оплату.

Фактом оказания медицинских услуг амбулаторного этапа является Реестр видов и объемов медицинской помощи, который составляется ежедневно и в конце отчетного месяца передается в бухгалтерию Медицинской организации.

Акт оказанных медицинских услуг амбулаторного этапа предоставляется по запросу Пациента (или его законного представителя) или заказчика.

1.9. При необходимости, после проведенного амбулаторного обследования, пациент может быть госпитализирован в медицинскую организацию. Решение о госпитализации принимается в соответствии с порядком, установленным в медицинской организации.

Заведующий профильного отделения принимает решение о назначении лечащего врача и составляется план обследования и лечения.

1.10. Лечащий врач профильного отделения формирует заявку на лекарственные препараты в соответствии с пунктом 3 настоящего Регламента.

1.11. На основании Прейскуранта платных медицинских услуг, плана обследования и/или лечения на госпитальном этапе сотрудник группы организации платных медицинских услуг физическим лицам составляет Акт планируемой медицинской помощи, являющейся приложением к договору. Акт визируется сотрудником группы организации платных медицинских услуг физическим лицам. Акт планируемой медицинской помощи представляется на подписание пациенту (или его законному представителю) (заказчику).

1.12. После оплаты стоимости медицинских услуг на госпитальном этапе сотрудниками приемного отделения оформляется медицинская карта стационарного больного и пациент направляется на лечение в профильное отделение стационара.

1.13. По окончании лечения (до выписки пациента) ответственным лицом профильного отделения, назначаемым заведующим профильного отделения, в систему заносятся данные по списанию лекарственных препаратов и расходных материалов.

1.14. Медицинская карта стационарного больного в день выписки, заполненная лечащим врачом и проверенная заведующим профильного отделения, передается ответственным лицом профильного отделения стационара в медицинскую канцелярию, далее в группу организации платных медицинских услуг физическим лицам для расчета стоимости лечения пациента.

Окончательный расчет за оказанные услуги производится в день выписки пациента.

Сотрудником группы организации платных медицинских услуг физическим лицам составляется Акт оказанных медицинских услуг (Приложение № 1.1.4., № 1.1.5., № 1.2.4. к Регламенту). Акт оказанных медицинских услуг составляется в двух (трех) экземплярах только на стационарный этап: один остается у пациента (заказчика), второй передается в бухгалтерию Медицинской организации.

1.15. По результатам окончательного расчета стоимости лечения стационарного больного, при меньшем объеме фактически оказанной медицинской помощи, чем было оплачено согласно Акту планируемой медицинской помощи, осуществляется возврат разницы денежных средств, а в случае оказания фактически большего объема медицинской помощи, пациентом (его законным представителем) (заказчиком) производится доплата разницы денежных средств в день выписки.

1.16. В день выписки лечащий врач профильного отделения только после полного расчета за оказанные платные услуги, выдает пациенту (его законному представителю) медицинские документы (копии медицинских документов), отражающие состояние его здоровья. Ответственность за закрытие стационарной карты, передачу ее в архив несет лечащий врач и заведующий отделением. Если все счета за лечение полностью оплачены сотрудниками группы организации платных медицинских услуг физическим лицам проставляют на обложке стационарной карты синюю печать: «Перерасчет произведен, дата, подпись». В случае если пациент не оплачивает выставленные за лечение счета после перерасчета, сотрудники группы организации платных медицинских услуг физическим лицам ставят на обложке стационарной карты красную печать «Перерасчет не произведен, дата, подпись». По факту обнаружения неоплаты в установленные сроки (в течении 5 рабочих дней после перерасчета), сотрудники группы организации платных медицинских услуг физическим лицам передают информацию в юридический отдел.

2. Договор об оказании платных медицинских услуг заключен между заказчиком (юридическим лицом), пациентом (его законным представителем) и медицинской организацией.

2.1. Основанием, для оказания платных медицинских услуг пациенту, направленному юридическим лицом (заказчиком), является договор на оказание платных медицинских услуг (Приложение № 2.1., № 2.2., № 2.3., № 2.4. к Регламенту).

2.2. Медицинская организация рассматривает запрос на оказание медицинских услуг и предоставленные медицинские документы на пациента до 7 рабочих дней.

2.3. Пациент (его законный представитель) подписывает информированное согласие пациента на обработку персональных данных по форме Приложения № 1.1.2., № 1.2.2. к Регламенту.

2.4. Пациент (его законный представитель) подписывает информированное добровольное согласие на получение первичной медико-санитарной помощи (Приложение № 1.3. к Регламенту) и соответствующие медицинские вмешательства по установленной в медицинской организации

форме или добровольный отказ от видов медицинских вмешательств при получении первичной медико-санитарной помощи (Приложение № 1.3.1. к Регламенту).

2.5. При заключении договора пациенту (его законному представителю), в письменной форме предоставляется 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, а также гарантий предоставления гражданам специализированной медицинской помощи (Приложение № 1.1.2., № 1.2.2. к Регламенту).

2.6. При первичном обращении пациента или его законного представителя, по договору от юридического лица, желающего получить платные медицинские услуги, обращается в регистратуру медицинской организации, для оформления медицинской карты и регистрации в медицинской информационной системе, а также для записи на прием к врачу, дальнейших исследований и координации по подразделениям центра.

2.7. При заключении договора, по требованию, пациенту (его законному представителю) и (или) заказчику предоставляется информация о платных медицинских услугах в доступной форме, содержащая следующие сведения:

- порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
- информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи (предоставляется врачами).

2.8. После заключения договора заказчик направляет в адрес медицинской организации направление (гарантийное письмо) на получение медицинской помощи на пациента с указанием ФИО и паспортных данных на пациента и предварительного диагноза, предоставляет все необходимые документы для оказания услуг пациенту: подробный выписной эпикриз, результаты клинических анализов и инструментальных методов исследования.

2.9. Медицинская организация по запросу от заказчика, производит расчет стоимости планируемой медицинской помощи, необходимой пациенту и составляет Акт планируемой медицинской помощи, являющейся приложением к договору.

2.10. Договор и Акт планируемой медицинской помощи, направляются медицинской организацией заказчику для согласования и подписания.

После подписания заказчиком Договора и перечисления предоплаты на расчетный счет исполнителя на основании Акта планируемой медицинской помощи, медицинская организация принимает пациента на амбулаторное обследование/лечение.

2.11. В случае назначения лечащим врачом дополнительных обследований объем медицинских услуг согласовывается и оплачивается заказчиком дополнительно.

2.12. При необходимости, после проведенного амбулаторного обследования, пациент может быть госпитализирован в медицинскую организацию. Решение о госпитализации принимается в соответствии с порядком, установленным в медицинской организации.

Заведующий профильного отделения принимает решение о назначении лечащего врача и составляется план обследования и лечения.

2.13. На основании Прейскуранта платных медицинских услуг, плана обследования и/или лечения пациента сотрудник группы организации платных медицинских услуг юридическим лицам составляет Акт планируемой медицинской помощи в условиях стационара (дневного стационара) медицинского учреждения, являющегося приложением к договору. Акт визируется главным врачом медицинской организации.

2.14. Лечащий врач профильного отделения формирует заявку на лекарственные препараты и расходные материалы в соответствии с пунктом 3 настоящего Регламента.

2.15. Сотрудники группы организации платных медицинских услуг юридическим лицам в течение трех-пяти рабочих дней сообщают заказчику о предварительной стоимости лечения в условиях стационара (дневного стационара). После перечисления предоплаты на расчетный счет исполнителя медицинская организация принимает пациента на госпитализацию.

В день госпитализации на основании предоплаты или Гарантийного письма заказчика на пациента оформляется медицинская карта стационарного больного и пациент госпитализируется в профильное отделение.

2.16. По окончании лечения (до выписки пациента) ответственным лицом профильного отделения, назначаемым заведующим профильного отделения, в систему заносятся данные по списанию лекарственных препаратов и расходных материалов.

2.17. В день выписки лечащий врач профильного отделения выдает пациенту (его законному представителю) выписной эпикриз, отражающий состояние его здоровья и иные медицинские документы.

2.18. Медицинская карта амбулаторного/стационарного больного заполненная лечащим врачом в соответствии с действующим Прейскурантом (**с указанием кода услуг**), проверенная заведующим профильного отделения о наличии всех медицинских документов, после выписки в течение трех-пяти рабочих дней, в том числе информации о списании лекарственных препаратов и расходных материалов (где указаны наименование, количество и стоимость), передается в медицинскую канцелярию, далее в группу организации платных медицинских услуг юридическим лицам для фактического расчета стоимости лечения пациента.

2.19. Сотрудником группы организации платных медицинских услуг юридическим лицам составляется Акт оказанных медицинских услуг, реестр оказанных медицинских услуг не позднее 15 (пятнадцати) календарных дней с момента передачи амбулаторной/стационарной медицинской карты пациента в группу организации платных медицинских услуг юридическим лицам. Акт оказанных медицинских услуг, реестр оказанных медицинских услуг и счет на оплату/доплату направляются заказчику для окончательного расчета за оказанные медицинские услуги.

После осуществления расчета за оказанные услуги сотрудник группы организации платных медицинских услуг юридическим лицам обязан передать карту в медицинский архив учреждения для статистического анализа и последующего хранения.

2.20. Оплата медицинских услуг производится заказчиком в порядке и сроки, установленные в договоре.

3. Обеспечение пациента лекарственными препаратами

3.1. Заявка на предоставление лекарственных препаратов по форме согласно Приложению № 3 к Регламенту (далее – заявка) формируется лечащим врачом пациента на догоспитальном этапе (за 5-

7 дней до госпитализации для источников финансирования ДМС и ПМУ ЮЛ) и передается в аптеку медицинской организации.

В заявке заполняются все предусмотренные графы (в том числе источник финансирования).

Заявка подписывается лечащим врачом и заведующим профильным отделением.

3.2. При необходимости использования дополнительных лекарственных препаратов в процессе госпитализации пациента – лечащий врач оформляет дополнительную заявку на лекарственные препараты и передает в аптеку медицинской организации.

Заявка подписывается лечащим врачом и заведующим профильным отделением. Если лекарственный препарат отсутствует на складе и необходима закупка лекарственного препарата, заявка должна быть подписана главным врачом соответствующего клинического института.

3.3. При отсутствии лекарственного препарата, заведующий аптекой передает комплект документов на согласование и проведение закупки заместителю директора по общим вопросам.

3.4. В графе заявки «показания к закупке» указывается цель госпитализации. При проведении курсового лечения указывается количество запланированных курсов лечения (закупка лекарственных препаратов производится на все курсы лечения).

3.5. Для закупки лекарственного препарата с определенным торговым наименованием пациенту (либо его законному представителю) необходимо оформить письменное заявление по форме Приложения № 3.2 к настоящему Регламенту и протокол врачебной подкомиссии по закупке по согласно действующему внутреннему приказу учреждения.

При наличии медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям) по решению врачебной подкомиссии по закупке осуществляется назначение и выписывание лекарственных препаратов: не входящих в стандарты медицинской помощи; по торговым наименованиям.

3.6. Уполномоченный сотрудник аптеки заполняет графы заявки «комментарий аптеки» о наличии/отсутствии лекарственного препарата по соответствующему источнику финансирования:

- лекарственный препарат находится на складе аптеки (возможна выдача лекарственного препарата в отделение по требованию);

- лекарственный препарат законтрактован (возможна выдача лекарственного препарата в отделение в течение 3-5 рабочих дней);

- лекарственный препарат отсутствует на складе аптеки и не законтрактован (возможна выдача лекарственного препарата в отделение после оформления документов для закупки лекарственного препарата в течение 3 рабочих дней и более).

3.7. Заведующий аптекой проверяет и подписывает заявку.

3.8. Скан копия заявки с комментариями аптеки направляется на рабочую почту лечащего врача для информации в течение 2 (двух) рабочих дней после поступления заявки в аптеку.

3.9. О поступлении лекарственного препарата в аптеку, уполномоченный сотрудник аптеки в кратчайшие сроки информирует лечащего врача.

4. Обеспечение пациента расходными материалами

4.1. Заявка на приобретение материально-технических ценностей (Приложение 4 к Регламенту) формируется лечащим врачом и заведующим отделением исходя из потребностей и количества

исследований. В заявке заполняются все предусмотренные графы. Заявка подписывается заведующим профильного отделения, главным врачом и заместителем директора.

4.1.1. Заявка на приобретение материально-технических ценностей передается через канцелярию учреждения заместителю директора по общим вопросам, после визы заместителя директора по общим вопросам - в отдел материально-технического снабжения, который сверяет остатки расходных материалов на складе.

4.2. Если медицинский расходный материал находится на складе отдела материально-технического снабжения, то выдается по требованию накладной в отделение. В требовании накладной указано наименование расходного материала, номенклатурный номер, количество и сумма. Подписывается материально-ответственным сотрудником отделения и заведующим склада отдела материально-технического снабжения.

4.3. Если медицинский расходный материал отсутствует на складе отдела материально-технического снабжения, то происходит процедура закупки. Способ закупки определяет финансово-экономический отдел учреждения.

4.4. При необходимости использования дополнительных материально-технических ценностей по жизненным показаниям, которые требует срочной закупки, лечащий врач оформляет служебную записку и справку, которые подписываются главным врачом, заведующим отделением, лечащим врачом. На основании этих документов формируется протокол решения подкомиссии на закупку расходного материала по жизненным показаниям, который подписывается главным врачом, заместителем главного врача, заведующим аптекой и секретарем подкомиссии. Происходит процедура закупки с поставщиком по методу сопоставимых рыночных цен (анализ рынка), заключается договор на основании ФЗ от 05.04.2013 № 44-ФЗ или ФЗ от 18 июля 2011 г. N 223-ФЗ. После получения первичных документов от поставщика, медицинский расходный материал приходуется на склад отдела материально-технического снабжения, далее выдается в отделение по требованию накладной материально-ответственному сотруднику отделения.

Договор N _____
об оказании платных медицинских услуг

г. Москва

"__" _____ г.

_____, именуемый (-ая) в дальнейшем «Пациент», с одной стороны, и Медицинская организация, лицензия _____, выданная Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения бессрочно, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании доверенности № _____ от _____ с другой стороны, вместе также именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПОНЯТИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В НАСТОЯЩЕМ ДОГОВОРЕ

- 1.1. Для целей настоящего Договора используются следующие основные понятия: **платные медицинские услуги** - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования; **пациент** - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"; **исполнитель** - Медицинская организация.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 2.1. Исполнитель на основании обращения Пациента (или его законного представителя) обязуется оказать Пациенту платные медицинские услуги, именуемые далее «Услуги», отвечающие требованиям законодательства Российской Федерации, предъявляемым к методам диагностики, лечения и реабилитации, силами работников Исполнителя, а Пациент (или его законный представитель) обязуется оплатить Услуги вразмере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.
- 2.2. Перечень и стоимость Услуг, согласованных с Пациентом (или его законным представителем), содержатся в Приложении(-ях) к настоящему Договору.
- 2.3. Пациент (или его законный представитель), на момент подписания настоящего Договора, проинформирован о порядке оказания бесплатной медицинской помощи в рамках государственных гарантий и согласен с условиями оказания ему (или его законному представителю) Услуг Исполнителем.
- 2.4. Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу: 115478, г. Москва, Каширское шоссе, д. 23, в соответствии с Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России, размещенным на сайте в сети Интернет по адресу www.ronc.ru.
- 2.5. Медицинские услуги должны быть предоставлены в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, в том числе предъявляемыми к качеству медицинских услуг.
- 2.6. Пациент так же имеет право на получение платных немедицинских услуг (сервисных и иных услуг), предоставляемых Исполнителем дополнительно при оказании медицинских услуг.
- 2.7. Сроки оказания медицинских услуг, определяются в соответствии с возможностями медицинской организации и состоянием пациента. Диагностические услуги оказываются по предварительной записи, консультативные услуги оказываются в день обращения в соответствии с графиком приема врачей.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 3.1. **Исполнитель обязуется:**
- 3.1.1. Обеспечить Пациента (или его законного представителя) бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения о:
- 3.1.1.1. порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;
- 3.1.1.2. данных о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- 3.1.1.3. сведениях о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- 3.1.1.4. других сведениях, относящихся к предмету настоящего Договора.
- 3.1.2. При оказании услуг, соблюдать врачебную тайну.
- 3.1.2.1. до оказания услуг в письменной форме уведомить Пациента (или его законного представителя)

- о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника Исполнителя, непосредственно оказывающего Услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой Услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.
- 3.1.2.2. по письменному запросу, представлять Пациенту (или его законному представителю) материалы и заключения о ходе оказания услуг.
- 3.1.3. При наличии согласия информировать Пациента (или его законного представителя) и заинтересованных лиц, уполномоченных Пациентом (или его законным представителем) или действующим законодательством о ходе оказания услуг, включая государственные и судебные органы.
- 3.1.4. Предоставить в доступной форме информацию 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.
- 3.1.5. Представлять для ознакомления по требованию Пациента (или его законного представителя):
- 3.1.5.1. информацию об Исполнителе;
 - 3.1.5.2. копию лицензии на осуществление медицинской деятельности.
- 3.1.6. Соблюдать порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.
- 3.2. **Пациент (или его законный представитель) обязуется:**
- 3.2.1. По запросу Исполнителя представить ему необходимые документы и материалы, необходимые для надлежащего оказания услуг.
 - 3.2.2. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.
 - 3.2.3. Подписывать своевременно акты об оказании услуг Исполнителем.
 - 3.2.4. Информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;
 - 3.2.5. Соблюдать правила поведения пациентов в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения;
 - 3.2.6. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, выполнять все рекомендации медицинского персонала, оказывающих ему по настоящему Договору медицинские услуги, по лечению, в том числе соблюдать указания медицинского учреждения, предписанные на период после оказания услуг.
- 3.3. **Исполнитель имеет право:**
- 3.3.1. Получать от Пациента (или его законного представителя) любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредставления либо неполного или неверного предоставления Пациентом (или его законным представителем) информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.
 - 3.3.2. Требовать от Пациента (или его законного представителя) соблюдения Правил оказания медицинских услуг.
 - 3.3.3. Получать оплату за оказание услуг по настоящему Договору.
- 3.4. **Пациент (или его законный представитель) имеет право:**
- 3.4.1. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.
 - 3.4.2. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.
 - 3.4.3. Предоставление Исполнителем дополнительных услуг, которое оформляется дополнительным соглашением Сторон и оплачивается дополнительно.

4. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА

- 4.1. Консультативные услуги предоставляются Исполнителем в соответствии с графиком приема пациентов. Диагностические услуги, оказываются Исполнителем по предварительной записи или в соответствии с графиком, в зависимости от сложности процедуры. Информация о графике работы Исполнителя размещается на стендах на территории Исполнителя в общедоступных местах, а также на сайте в сети Интернет по адресу www.ronc.ru.
- 4.2. Стоимость услуг определяется на основании утвержденного прейскуранта, ознакомиться с которым Потребитель (или его законный представитель) может на стенде, размещенном в общедоступных местах Исполнителя, а также на сайте в сети Интернет по адресу www.ronc.ru.
- 4.3. Исполнителем, формируется Акт планируемой медицинской помощи, содержащий наименование и стоимость услуг и направление, являющееся основанием для оплаты медицинских услуг.

- 4.4. Пациент (или его законный представитель) производит оплату планируемой услуги в кассу Исполнителя, либо производит безналичный перевод на счет Исполнителя.
- 4.5. Основанием для предоставления платных услуг, является настоящий Договор, чек (или иной документ), подтверждающий произведенную оплату.
- 4.6. Пациент (или его законный представитель) в любое время, до фактического оказания услуг, может отказаться от исполнения настоящего Договора, возместив Исполнителю фактически понесенные расходы. Возврат денежных средств, за неоказанные услуги, производится на основании заявления Пациента (или его законного представителя) с приложением документов, подтверждающих произведенную оплату.
- 4.7. В случае отказа Пациента (или его законного представителя) после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. При этом Пациент (или его законный представитель) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.
- 4.8. При оказании стационарных медицинских услуг Исполнитель производит предварительный расчет стоимости услуг. В день выписки Пациента из стационара Исполнитель предоставляет Пациенту (или его законному представителю) Акт об оказанных медицинских услугах, на основании которого производится перерасчет предварительной стоимости стационарных услуг.
- 4.9. Подписываемый Сторонами Акт об оказанных медицинских услугах является подтверждением оказания услуг Исполнителем Пациенту (или его законному представителю).
- 4.10. Пациент (или его законный представитель) обязуется рассмотреть и подписать Акт об оказанных медицинских услугах, представленный Исполнителем, в день получения Акта при условии отсутствия у Пациента (или его законного представителя) каких-либо замечаний к оказанным Исполнителем услугам. При наличии замечаний к оказанным Исполнителем услугам, Пациент (или его законный представитель) предоставляет такие замечания в письменном виде Исполнителю в день получения Акта. При отсутствии замечаний Пациента, Акт считается подписанным без замечаний.
- 4.11. Пациент (или его законный представитель) обязуется произвести окончательный расчет за оказанные стационарные услуги в день подписания Акта об оказанных медицинских услугах.
- 4.12. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг с учетом уточненного диагноза, сложности операции и иных затрат на лечение Пациента, не предусмотренных настоящим Договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Пациента (или его законного представителя).
- 4.13. Без согласия Пациента (или его законного представителя) Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.
- 4.14. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
- 4.15. К отношениям, связанным с исполнением настоящего Договора, применяются положения Закона Российской Федерации от 07.02.1992 N 2300-1 "О защите прав потребителей".
- 4.16. До заключения настоящего Договора Исполнитель в письменной форме уведомляет Пациента (или его законного представителя) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (работающего у него медицинского работника), 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 здоровья Пациента.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 5.1. Исполнитель несет ответственность перед Пациентом за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики, лечения и реабилитации, 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 Пациент (или его законный представитель) вправе по своему выбору:
- назначить новый срок оказания услуги;
 - потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;
 - потребовать исполнения услуги другим специалистом;
 - расторгнуть договор и потребовать возмещения убытков.
- 5.3. Нарушение установленных настоящим Договором сроков исполнения услуг должно сопровождаться выплатой Пациенту неустойки в порядке и размере, которые определяются Законом Российской Федерации от 07.02.1992 N 2300-1 "О защите прав потребителей".
- 5.4. По соглашению Сторон указанная в п. 5.3 настоящего Договора неустойка может быть выплачена за счет уменьшения стоимости предоставленной медицинской услуги, предоставления Пациенту дополнительных услуг без оплаты, возврата части ранее внесенного аванса.

- 5.5. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения настоящего Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.
- 5.6. Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в настоящем Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.
- 5.7. Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по настоящему Договору, обязана не позднее 15 (пятнадцати) дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.
- 5.8. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 5.9. 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. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

- 6.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.
- 6.2. При не урегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

- 7.1. Настоящий Договор заключается на один год с момента заключения
- 7.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию Сторон.
- 7.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на, то представителями обеих Сторон.

8. ИНЫЕ УСЛОВИЯ

- 8.1. Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.
- 8.2. Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.
- 8.3. Пациент дает свое согласие на направление медицинской информации (результатов анализов/отчетов) на адрес электронной почты в сети Интернет _____ и смс оповещение по телефону _____ : / ДА / НЕТ / (ненужное зачеркнуть).
- 8.4. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются:
- 8.4.1. Акт планируемой медицинской помощи (Приложение N 1).
- 8.4.2. Акт об оказанных медицинских услугах (форма) (Приложение N 2).

9. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Пациент: ФИО _____
дата рождения «__» _____ г., паспорт серии _____ N _____ выдан _____ «__» _____ г., код-подразделения _____, зарегистрирован (а) по адресу: _____
свидетельство о рождении _____ серия _____ № _____

Законный представитель пациента: ФИО _____, дата рождения «__» _____ г.,
паспорт серии _____ N _____ выдан _____ " " _____ г. код-подразделения _____, зарегистрирован(а) по адресу: _____

Исполнитель: Медицинская организация

Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ФС-99-01-009344, выдана 17.01.2017 года Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения бессрочно, расположенной по адресу: 109074, Москва, Славянская площадь, д. 4, стр. 1, тел.: 8 (495) 698-45-38

Фактический адрес: 115478, г. Москва, Каширское ш., д.23; Юридический адрес: 115478, г. Москва, Каширское ш., д.24; Телефон: 8(499)324-24-24

Реквизиты: ИНН/КПП: 7724075162/772401001; УФК по г. Москве (ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России л/с 20736У14790, р/с: 40501810845252000079 Банк получатель: ГУ Банк России по ЦФО; БИК: 044525000; ОКПО: 01897624; ОКВЭД: 73.10; 85.12; ОКАТО:45296569000; ОКТМО: 45917000000; ОКФС: 12; ОКОПФ: 75103.

ПОДПИСИ СТОРОН:

Пациент или его законный представитель:	Исполнитель:
_____ (ФИО)	_____ (ФИО) М.П.

Приложение № 1.1.1. к Регламенту взаимодействия структурных подразделений
ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России
при предоставлении платных медицинских услуг

Приложение № 3 к Регламенту «Обработки и защите персональных данных
пациентов ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России
(Приложение № 6 к Приказу № 436/П от 20.11.2019)

ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина Минздрава России

Информированное согласие пациента на обработку персональных данных

(в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ)

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)
_____ серия _____ № _____ выдан
(вид документа, удостоверяющего личность)
_____ (орган и дата выдачи)
зарегистрированный(ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных пациентов:

Я, _____
Паспорт: _____
выдан: _____ «___» _____ г.
являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или
пациента, признанного недееспособным:
_____ (Ф.И.О. ребенка и год рождения или Ф.И.О. недееспособного гражданина - полностью)
Паспорт недееспособного пациента: _____, выдан
_____ «___» _____ г.

настоящим даю согласие ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, расположенному по адресу: г. Москва, Каширское шоссе, д. 24, ОГРН 1037739447525, ИНН/КПП 7724075162/772401001 (далее – «Оператор персональных данных») на обработку и использование моих (или представляемого лица) персональных данных, в целях оказания медицинской помощи, в том числе:

- 1) фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии);
- 2) пол;
- 3) дата рождения;
- 4) место рождения;
- 5) гражданство;
- 6) данные документа, удостоверяющего личность;
- 7) место жительства;
- 8) место регистрации;
- 9) дата регистрации;
- 10) страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии) в системе обязательного пенсионного страхования (СНИЛС, если применимо);
- 11) наименование страховой компании, серия и номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица (ОМС, если применимо);
- 12) анамнез;
- 13) диагноз;
- 14) сведения об организации, осуществляющей медицинскую деятельность;
- 15) вид, условия, сроки, объем, результат оказанной медицинской помощи и медицинских услуг;
- 16) условия оказания медицинской помощи;
- 17) сроки оказания медицинской помощи;
- 18) объем оказанной медицинской помощи, включая сведения об оказанных медицинских услугах;
- 19) результат обращения за медицинской помощью;
- 20) серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии);

- 21) сведения о проведенных медицинских экспертизах, медицинских осмотрах и медицинских освидетельствованиях и их результаты;
- 22) примененные стандарты медицинской помощи;
- 23) сведения о медицинском работнике или медицинских работников, оказавших медицинскую помощь, проводивших медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей. Эти действия могут включать: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными с учетом действующего законодательства.

Настоящим я признаю и подтверждаю, что в случае необходимости предоставления персональных данных для достижения указанных выше целей третьему лицу, а равно как при привлечении третьих лиц к оказанию услуг в указанных целях, передачи ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России принадлежащих ему функций и полномочий иному лицу, ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России вправе в необходимом объеме раскрывать для совершения вышеуказанных действий мои персональные данные таким третьим лицам, их агентам и иным уполномоченным ими лицам, а также представлять таким лицам соответствующие документы, содержащие такую информацию. Настоящее согласие считается данным мною любым третьим лицам, указанным выше, с учетом соответствующих изменений, и любые такие третьи лица имеют право на обработку персональных и биометрических данных на основании настоящего согласия.

Учреждение имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС, а также по работе с платными медицинскими услугами на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией (при наличии) и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и понятны.

Настоящее согласие действует бессрочно со дня его подписания.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Я осведомлен(а) о моем праве отозвать согласие на обработку персональных данных посредством направления письменного заявления заказным почтовым отправлением с описью вложения, либо вручено лично под роспись уполномоченному представителю ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Учреждение обязано прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи (если применимо) или в течение тридцати дней.

Я даю согласие на ознакомление с материалами и информацией, касающимися моего состояния здоровья, результатов обследований, анализов и других медицинских документов, содержащих мои персональные данные

(ФИО доверенного лица)
Паспорт _____, выдан _____
_____ «__» _____ года.

(подпись) _____
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя)

(подпись медработника) _____
(Ф.И.О. медицинского работника)

"__" ____ 20__ г.
(дата оформления)

г. Москва

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я, _____, пациент ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России, настоящим выражаю свое согласие на получение и оплату медицинских услуг в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, проинформирован(а) о возможности и условиях 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, а также гарантий предоставления гражданам специализированной медицинской помощи в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России или иных медицинских организациях, даю свое согласие без какого-либо принуждения на получение платной медицинской помощи в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России.

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

3. Мне разъяснено, и я осознал(а), что проводимое лечение не гарантирует 100% результат и, что при проведении лечения и после него, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.

4. Я согласен(а) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России не несет ответственности за их возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, 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.

6. Я понимаю, что в ходе назначенного режима лечения могут быть запланированы необходимые диагностические исследования, в том числе с применением рентгеноконтрастных веществ, диагностические инвазивные вмешательства, медицинские процедуры, манипуляции, а также медицинские вмешательства, и даю добровольное согласие на их выполнение.

7. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(а) оплатить стоимость указанной(ых) медицинской(их) услуги в соответствии с ним. Мне разъяснено и понятно, что оплаченные мной денежные средства, не будут компенсированы (возвращены) за счет средств фондов обязательного медицинского страхования (ОМС) и иных государственных программ.

8. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с ответственными специалистами ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России, и я даю свое согласие на их оплату в кассу или по безналичному перечислению в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России.

9. Настоящее согласие мною прочитано, я полностью понимаю его текст, возражений по нему не имею.

Пациент: дата рождения «__» _____ г., паспорт серии _____ N _____ выдан
«__» _____ г. код-подразделения _____,
зарегистрирован(а) по адресу: _____

(Ф.И.О.)

(подпись)

Время составления: «__» _____ 20__ г., в ____:

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
"НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ОНКОЛОГИИ
ИМЕНИ Н.Н. БЛОХИНА" МИНЗДРАВА РОССИИ**

**Акт планируемой медицинской помощи ОБРАЗЕЦ
К договору об оказании платных медицинских услуг
№ DB.117208.0517 от 31.05.2017**

Карта №	2017/13226				
Пациент:	КУЛЬГАВЧУК НАТАЛЬЯ ВЛАДИМИРОВНА			Дата рождения	01.04.1975
Плательщик:	КУЛЬГАВЧУК НАТАЛЬЯ ВЛАДИМИРОВНА				
Код услуги	Наименование услуги	Кол-во	Цена (руб.)	Сумма (руб.)	
A07.30.016.005	Позитронная Эмиссионная Томография с 18F ФДГ всего тела, совмещенная с КТ всего тела	1	45000.00	45000.00	
Итого сумма:				45000.00	

Подписи сторон

Пациент:

Исполнитель:
ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина»
Минздрава России

_____(ФИО)

_____(ФИО)
М.П.

Время составления: 14 сентября 2017, в 13:21:31

АКТ ОБ ОКАЗАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГАХ №

по Договору № _____ от _____
об оказании платных медицинских услуг
Медицинская карта № _____

г. Москва

Мы, нижеподписавшиеся,

_____, далее по тексту ЗАКАЗЧИК/ПЛАТЕЛЬЩИК, с одной стороны, и
ФГБУ "НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина" Минздрава России, далее по тексту ИСПОЛНИТЕЛЬ, в лице

_____, действующего на основании доверенности _____ г., с другой стороны,

составили настоящий Акт о том, что согласно Договору № _____ об
оказании платных медицинских услуг, за период с _____ по _____
ИСПОЛНИТЕЛЕМ были оказаны медицинские услуги пациенту ФИО _____
на общую сумму _____ согласно прилагаемому

Реестру о видах и объеме медицинской помощи.

Стороны претензий к качеству оказанных услуг не имеют.

Медицинские услуги НДС не облагаются.

Настоящий Акт составлен в двух экземплярах по одному для каждой из сторон.

ИСПОЛНИТЕЛЬ
ФГБУ "НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина"
Минздрава России

М.П.

ПАЦИЕНТ

ФИО

ФОРМА

АКТ ОБ ОКАЗАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГАХ

по Договору № _____ от _____ г.
на предоставление медицинских услуг

г. Москва

Мы, нижеподписавшиеся, _____ г.
_____, в лице _____, действующей на основании _____, с одной стороны, и Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина» Министерства здравоохранения Российской Федерации (лицензия № ФС-99-01-009344 от 17.01.2017г.), далее по тексту «ИСПОЛНИТЕЛЬ», в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны, составили настоящий Акт о том, что согласно Договору № _____ от _____ г. на предоставление медицинских услуг за период с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г. ИСПОЛНИТЕЛЕМ были оказаны медицинские услуги на общую сумму _____ (сумма прописью) рублей 00 копеек согласно прилагаемому Реестру о видах и объеме медицинской помощи.

Стороны претензий к качеству оказанных услуг не имеют.

Медицинские услуги НДС не облагаются.

Настоящий Акт составлен в двух экземплярах по одному для каждой из сторон.

ИСПОЛНИТЕЛЬ: ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава

М.П.

ЗАКАЗЧИК:

М.П.

Договор N _____
об оказании платных медицинских услуг
г. Москва "___" _____ г.

_____, именуемый(-ая) в дальнейшем «Пациент», с одной стороны, и _____, именуемый(-ая) далее «Заказчик», а также Медицинская организация, лицензия № _____, выданная Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения бессрочно, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании доверенности № _____ от _____ с другой стороны, вместе также именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПОНЯТИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В НАСТОЯЩЕМ ДОГОВОРЕ

- 1.1. Для целей настоящего Договора используются следующие основные понятия: **платные медицинские услуги** - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования; **пациент** - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"; **заказчик** - физическое лицо, заказывающее и оплачивающее медицинские услуги в пользу Пациента; **исполнитель** – Медицинская организация.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 2.1. Исполнитель на основании обращения Заказчика обязуется оказать Пациенту платные медицинские услуги, именуемые далее «Услуги», отвечающие требованиям законодательства Российской Федерации, предъявляемым к методам диагностики, лечения и реабилитации, силами работников Исполнителя, а Заказчик, действующий в интересах Пациента, обязуется оплатить Услуги в размере, порядке и сроки, установленные настоящим Договором.
- 2.2. Перечень и стоимость Услуг, согласованных с Пациентом и Заказчиком, содержатся в Приложении (-ях) к настоящему Договору.
- 2.3. Пациент (или его законный представитель) и Заказчик, на момент подписания настоящего Договора, проинформированы о порядке оказания бесплатной медицинской помощи в рамках государственных гарантий и согласны с условиями оказания Услуг Исполнителем.
- 2.4. Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу: 115478, г. Москва, Каширское шоссе, д. 23, в соответствии с Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России, размещенным на сайте в сети Интернет по адресу www.ronc.ru.
- 2.5. Медицинские услуги должны быть предоставлены в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, в том числе предъявляемыми к качеству медицинских услуг.
- 2.6. Пациент также имеет право на получение платных немедицинских услуг (сервисных и иных услуг), предоставляемых Исполнителем дополнительно при оказании медицинских услуг.
- 2.7. Сроки оказания медицинских услуг, определяются в соответствии с возможностями медицинской организации и состоянием пациента. Диагностические услуги оказываются по предварительной записи, консультативные услуги, оказываются в день обращения в соответствии с графиком приема врачей.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 3.1. **Исполнитель обязуется:**
- 3.1.1. Обеспечить Пациента (или его законного представителя) и Заказчика бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения о:
- 3.1.1.1. порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;
- 3.1.1.2. данных о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- 3.1.1.3. сведениях о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

- 3.1.1.4. других сведениях, относящихся к предмету настоящего Договора.
- 3.1.2. При оказании услуг, соблюдать врачебную тайну.
 - 3.1.2.1. до оказания услуг в письменной форме уведомить Пациента (или его законного представителя) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника Исполнителя, непосредственно оказывающего Услуги), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой Услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.
 - 3.1.2.2. По письменному запросу, представлять Пациенту (или его законному представителю) материалы и заключения о ходе оказания услуг.
- 3.1.3. При наличии согласия информировать Пациента (или его законного представителя) и заинтересованных лиц, уполномоченных Пациентом (или его законным представителем) или действующим законодательством о ходе оказания услуг, включая государственные и судебные органы.
- 3.1.4. Предоставить в доступной форме информацию 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.
- 3.1.5. Представлять для ознакомления по требованию Пациента (или его законного представителя):
 - 3.1.5.1. Информацию о Исполнителе;
 - 3.1.5.2. Копию лицензии на осуществление медицинской деятельности.
- 3.1.6. Соблюдать порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.
- 3.2. **Исполнитель имеет право:**
 - 3.2.1. Получать от Пациента (или его законного представителя) любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредставления либо неполного или неверного предоставления Пациентом информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.
 - 3.2.2. Требовать от Пациента (или его законного представителя) соблюдения Правил оказания медицинских услуг.
 - 3.2.3. Получать оплату за оказание услуг по настоящему Договору.
- 3.3. **Пациент (или его законный представитель) обязуется:**
 - 3.3.1. По запросу Исполнителя представить ему необходимые документы и материалы, необходимые для надлежащего оказания услуг;
 - 3.3.2. Подписывать своевременно акты об оказании услуг Исполнителем.
 - 3.3.3. Информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;
 - 3.3.4. Соблюдать правила поведения пациентов в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения;
 - 3.3.5. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, выполнять все рекомендации медицинского персонала, оказывающих ему по настоящему Договору медицинские услуги, по лечению, в том числе соблюдать указания медицинского учреждения, предписанные на период после оказания услуг.
- 3.4. **Пациент (или его законный представитель) имеет право:**
 - 3.4.1. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.
 - 3.4.2. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.
 - 3.4.3. Получать от Исполнителя дополнительные услуги, что оформляется дополнительным соглашением Сторон и оплачивается дополнительно.
- 3.5. **Заказчик обязуется:**
 - 3.5.1. Принять и оплатить оказанные по настоящему Договору услуги.
 - 3.5.2. Подписывать своевременно акты об оказании услуг Исполнителем.
 - 3.5.3. Информировать врача о перенесенных Пациентом заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

4. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА

- 4.1. Консультативные услуги предоставляются Исполнителем в соответствии с графиком приема пациентов. Диагностические услуги, оказываются Исполнителем по предварительной записи или в соответствии с графиком, в зависимости от сложности процедуры. Информация о графике работы

- Исполнителя размещается на стендах на территории Исполнителя в общедоступных местах, а также на сайте в сети Интернет по адресу www.ronc.ru.
- 4.2. Стоимость услуг определяется на основании утвержденного прейскуранта, ознакомиться с которым Заказчик может на стенде, размещенном в общедоступных местах Исполнителя, а также на сайте в сети Интернет по адресу www.ronc.ru.
- 4.3. Исполнителем, формируется Акт планируемой медицинской помощи, содержащее наименование и стоимость услуг и направление, являющееся основанием для оплаты медицинских услуг.
- 4.4. Заказчик производит оплату планируемой услуги в кассу Исполнителя, либо производит безналичный перевод на счет Исполнителя.
- 4.5. Основанием для предоставления платных услуг, является настоящий Договор, чек (или иной документ), подтверждающий произведенную оплату.
- 4.6. Заказчик в любое время, до фактического оказания услуг, может отказаться от исполнения настоящего Договора, возместив Исполнителю фактически понесенные расходы. Возврат денежных средств, за неоказанные услуги, производится на основании заявления Заказчика, с приложением документов, подтверждающих произведенную оплату.
- 4.7. В случае отказа Пациента или Заказчика после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. При этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.
- 4.8. При оказании стационарных медицинских услуг Исполнитель производит предварительный расчет стоимости услуг. В день выписки Пациента из стационара Исполнитель направляет Заказчику Акт об оказанных медицинских услугах, на основании которого производится перерасчет предварительной стоимости оказанных стационарных услуг.
- 4.9. Подписываемый Сторонами Акт об оказанных медицинских услугах является подтверждением оказания услуг Исполнителем Пациенту и Заказчику.
- 4.10. Пациент (или его законный представитель) и Заказчик обязуются рассмотреть и подписать Акт об оказанных медицинских услугах, представленный Исполнителем, в день получения Акта при условии отсутствия у Пациента (или его законного представителя) и(или) Заказчика каких-либо замечаний к оказанным Исполнителем услугам.
- 4.11. Заказчик обязуется произвести окончательный расчет за оказанные стационарные услуги в день подписания Акта об оказанных медицинских услугах.
- 4.12. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг с учетом уточненного диагноза, сложности операции и иных затрат на лечение Пациента, не предусмотренных настоящим Договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Пациента и Заказчика.
- 4.13. Без согласия Пациента и Заказчика Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.
- 4.14. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
- 4.15. К отношениям, связанным с исполнением настоящего Договора, применяются положения Закона Российской Федерации от 07.02.1992 N 2300-1 "О защите прав потребителей".
- 4.16. До заключения настоящего Договора Исполнитель в письменной форме уведомляет Пациента о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (работающего у него медицинского работника), 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 здоровья Пациента.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 5.1. Исполнитель несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики, лечения и реабилитации, 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 Пациент вправе по своему выбору:
- назначить новый срок оказания услуги;
 - потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;
 - потребовать исполнения услуги другим специалистом;
 - расторгнуть договор и потребовать возмещения убытков.
- 5.3. Нарушение установленных Договором сроков исполнения услуг должно сопровождаться выплатой неустойки в порядке и размере, которые определяются Законом Российской Федерации от 07.02.1992 N 2300-1 "О защите прав потребителей".

- 5.4. По соглашению Сторон указанная в п. 5.3 настоящего Договора неустойка может быть выплачена за счет уменьшения стоимости предоставленной медицинской услуги, предоставления Пациенту дополнительных услуг без оплаты, возврата части ранее внесенного аванса.
- 5.5. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению Договора, возникшие после заключения договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.
- 5.6. Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.
- 5.7. Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по Договору, обязана не позднее 15 дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.
- 5.8. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 5.9. Исполнитель и его работники, оказывающие услуги по 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. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

- 6.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.
- 6.2. При не урегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

- 7.1. Настоящий Договор заключается на один год с момента заключения
- 7.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию Сторон.
- 7.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон.

8. ИНЫЕ УСЛОВИЯ

- 8.1. Все дополнительные соглашения Сторон, подписываемые Сторонами, являются его неотъемлемой частью.
- 8.2. Договор составлен в 3 (трех) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.
- 8.3. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются:
- 8.3.1. Перечень и стоимость Услуг (Приложение N 1).
- 8.3.2. Акт об оказанных медицинских услугах (форма) (Приложение N 2).

9. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Пациент : ФИО _____, дата рождения «__» _____ г., паспорт серии _____ N _____ выдан _____ «__» _____ г. код-подразделения _____, зарегистрирован(а) _____ по _____ адресу:

свидетельство _____ о
рождении _____ серия _____ № _____

Законный представитель пациента: ФИО _____, дата рождения «__» _____ г., паспорт серии _____ N _____ выдан _____ " " _____ г. код-подразделения _____, зарегистрирован(а) _____ по _____ адресу:

Заказчик: ФИО _____, дата рождения «__» _____ г., паспорт серии _____ N _____ выдан _____ «__» _____ г. код-подразделения _____,

зарегистрирован(а)

по

адресу:

Исполнитель: Медицинская организация

Фактический адрес: 115478, г. Москва, Каширское ш., д.23; Юридический адрес: 115478, г. Москва, Каширское ш., д.24; Телефон: 8(499)324-24-24

Реквизиты:

ОГРН: 1037739447525; ИНН/КПП: 7724075162/772401001; УФК по г. Москве (ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России л/с 20736У14790, р/с: 40501810845252000079 Банк получатель: ГУ Банк России по ЦФО; БИК: 044525000; ОКПО: 01897624; ОКВЭД: 73.10; 85.12; ОКАТО:45296569000; ОКТМО: 45917000000; ОКФС: 12; ОКОПФ: 75103.

ПОДПИСИ СТОРОН:

Пациент или его законный представитель: Заказчик:

Исполнитель:

Медицинская организация

_____(ФИО)

_____(ФИО)

М.П.

Приложение № 1.2.1. к Регламенту взаимодействия структурных подразделений
ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России
при предоставлении платных медицинских услуг

Приложение № 3 к Регламенту «Обработки и защите персональных данных
пациентов ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России
(Приложение № 6 к Приказу № 436/П от 20.11.2019)

ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина Минздрава России

Информированное согласие пациента на обработку персональных данных

(в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ)

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)
_____ серия _____ № _____ выдан
(вид документа, удостоверяющего личность)

(орган и дата выдачи)
зарегистрированный(ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных пациентов:

Я, _____
Паспорт: _____
выдан: _____ «__» _____ г.
являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или пациента, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка и год рождения или Ф.И.О. недееспособного гражданина - полностью)
Паспорт недееспособного пациента: _____, выдан
_____ «__» _____ г.

настоящим даю согласие ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, расположенному по адресу: г. Москва, Каширское шоссе, д. 24, ОГРН 1037739447525, ИНН/КПП 7724075162/772401001 (далее – «Оператор персональных данных») на обработку и использование моих (или представляемого лица) персональных данных, в целях оказания медицинской помощи, в том числе:

- 1) фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии);
- 2) пол;
- 3) дата рождения;
- 4) место рождения;
- 5) гражданство;
- 6) данные документа, удостоверяющего личность;
- 7) место жительства;
- 8) место регистрации;
- 9) дата регистрации;
- 10) страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии) в системе обязательного пенсионного страхования (СНИЛС, если применимо);
- 11) наименование страховой компании, серия и номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица (ОМС, если применимо);
- 12) анамнез;
- 13) диагноз;
- 14) сведения об организации, осуществляющей медицинскую деятельность;
- 15) вид, условия, сроки, объем, результат оказанной медицинской помощи и медицинских услуг;
- 16) условия оказания медицинской помощи;
- 17) сроки оказания медицинской помощи;
- 18) объем оказанной медицинской помощи, включая сведения об оказанных медицинских услугах;
- 19) результат обращения за медицинской помощью;
- 20) серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии);

- 21) сведения о проведенных медицинских экспертизах, медицинских осмотрах и медицинских освидетельствованиях и их результаты;
- 22) примененные стандарты медицинской помощи;
- 23) сведения о медицинском работнике или медицинских работников, оказавших медицинскую помощь, проводивших медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей. Эти действия могут включать: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными с учетом действующего законодательства.

Настоящим я признаю и подтверждаю, что в случае необходимости предоставления персональных данных для достижения указанных выше целей третьему лицу, а равно как при привлечении третьих лиц к оказанию услуг в указанных целях, передачи ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России принадлежащих ему функций и полномочий иному лицу, ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России вправе в необходимом объеме раскрывать для совершения вышеуказанных действий мои персональные данные таким третьим лицам, их агентам и иным уполномоченным ими лицам, а также представлять таким лицам соответствующие документы, содержащие такую информацию. Настоящее согласие считается данным мною любым третьим лицам, указанным выше, с учетом соответствующих изменений, и любые такие третьи лица имеют право на обработку персональных и биометрических данных на основании настоящего согласия.

Учреждение имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС, а также по работе с платными медицинскими услугами на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией (при наличии) и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и понятны.

Настоящее согласие действует бессрочно со дня его подписания.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Я осведомлен(а) о моем праве отозвать согласие на обработку персональных данных посредством направления письменного заявления заказным почтовым отправлением с описью вложения, либо вручено лично под роспись уполномоченному представителю ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Учреждение обязано прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи (если применимо) или в течение тридцати дней.

Я даю согласие на ознакомление с материалами и информацией, касающимися моего состояния здоровья, результатов обследований, анализов и других медицинских документов, содержащих мои персональные данные

(ФИО доверенного лица)
Паспорт _____, выдан _____
_____ «__» _____ года.

(подпись) _____
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя)

(подпись медработника) _____
(Ф.И.О. медицинского работника)

__ " _____ 20__ г.
(дата оформления)

г. Москва

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я, _____, пациент ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России, настоящим выражаю свое согласие на получение и оплату медицинских услуг в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, проинформирован(а) о возможности и условиях 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, а также гарантий предоставления гражданам специализированной медицинской помощи в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России или иных медицинских организациях, даю свое согласие без какого-либо принуждения на получение платной медицинской помощи в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России.

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

3. Мне разъяснено, и я осознал(а), что проводимое лечение не гарантирует 100% результат и, что при проведении лечения и после него, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.

4. Я согласен(а) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России не несет ответственности за их возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, 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.

6. Я понимаю, что в ходе назначенного режима лечения могут быть запланированы необходимые диагностические исследования, в том числе с применением рентгеноконтрастных веществ, диагностические инвазивные вмешательства, медицинские процедуры, манипуляции, а также медицинские вмешательства, и даю добровольное согласие на их выполнение.

7. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(а) оплатить стоимость указанной(ых) медицинской(их) услуги в соответствии с ним. Мне разъяснено и понятно, что оплаченные мной денежные средства, не будут компенсированы (возвращены) за счет средств фондов обязательного медицинского страхования (ОМС) и иных государственных программ.

8. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с ответственными специалистами ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России, и я даю свое согласие на их оплату в кассу или по безналичному перечислению в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России.

9. Настоящее согласие мною прочитано, я полностью понимаю его текст, возражений по нему не имею.

Пациент: дата рождения «___» _____ г., паспорт серии _____ N _____ выдан
«___» _____ г. код-подразделения _____,
зарегистрирован(а) по адресу: _____

(Ф.И.О.)

(подпись)

Время составления: «___» _____ 20__ г., в ____: ____

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
"НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ОНКОЛОГИИ
ИМЕНИ Н.Н. БЛОХИНА" МИНЗДРАВА РОССИИ**

**Акт планируемой медицинской помощи ОБРАЗЕЦ
К договору об оказании платных медицинских услуг
№ DV.117208.0517 от 31.05.2017**

Карта № 2017/13226

Пациент или его
законный представитель: КУЛЬГАВЧУК НАТАЛЬЯ ВЛАДИМИРОВНА

Дата рождения 01.04.1975

Заказчик: КУЛЬГАВЧУК НАТАЛЬЯ ВЛАДИМИРОВНА

Дата рождения 01.04.1975

Код услуги	Наименование услуги	Кол-во	Цена (руб.)	Сумма (руб.)
A07.30.016.005	Позитронная Эмиссионная Томография с 18F ФДГ всего тела, совмещенная с КТ всего тела	1	45000.00	45000.00

Итого сумма: 45000.00

ПОДПИСИ СТОРОН:

Пациент или его законный представитель:

Заказчик:

Исполнитель:
ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.
Минздрава России

_____(ФИО)

_____(ФИО)

М.П.

Время составления: 14 сентября 2017, в 13:21:31

АКТ ОБ ОКАЗАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГАХ №

по Договору № _____ от _____
об оказании платных медицинских услуг
Медицинская карта № _____

г. Москва

Мы, нижеподписавшиеся,

_____, далее по тексту ЗАКАЗЧИК/ПЛАТЕЛЬЩИК, с одной стороны, и
ФГБУ "НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина" Минздрава России, далее по тексту ИСПОЛНИТЕЛЬ, в лице

_____, действующего на основании доверенности _____ г., с другой стороны,

составили настоящий Акт о том, что согласно Договору № _____ об
оказании платных медицинских услуг _____ по

_____ ИСПОЛНИТЕЛЕМ были оказаны медицинские услуги пациенту ФИО _____
на общую сумму _____ согласно прилагаемому

Реестру о видах и объеме медицинской помощи.

Стороны претензий к качеству оказанных услуг не имеют.

Медицинские услуги НДС не облагаются.

Настоящий Акт составлен в трёх экземплярах по одному для каждой из сторон.

ИСПОЛНИТЕЛЬ
ФГБУ "НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина"
Минздрава России

М.П.

ПАЦИЕНТ

ФИО _____

ЗАКАЗЧИК

ФИО _____

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

Я, _____,
(Ф.И.О. гражданина)
" ____ " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, паспорт: _____, выдан: _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

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 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи мной/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь *(ненужное зачеркнуть)* в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, а именно:

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 (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, внутривожно.
 13. Медицинский массаж.
 14. Лечебная физкультура.
- Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. 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 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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)*

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

« ____ » _____ г.
(дата оформления)

**Отказ от видов медицинских вмешательств при получении первичной
медико-санитарной помощи**

Я, _____,
(Ф.И.О. гражданина)
" " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, паспорт: _____, выдан: _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи /при оказании первичной медико-санитарной помощи лицу, законным представителем которого я являюсь (*ненужное зачеркнуть*) в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных 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 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – виды медицинских вмешательств):

(наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

" " _____ г.
(дата оформления)

ДОГОВОР № _____
на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг)
по добровольному медицинскому страхованию

г.Москва

«Дата_договора»г.

Заказчик (лицензия «Лицензия»), далее по тексту "ЗАКАЗЧИК", в лице «Должность» «ФИО», действующего на основании «Действует_на_основании», с одной стороны, и

Медицинская организация (лицензия № _____ г.), далее по тексту "ИСПОЛНИТЕЛЬ", в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны,

заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1 ЗАКАЗЧИК поручает, а ИСПОЛНИТЕЛЬ принимает на себя обязательства оказывать медицинскую помощь гражданам, застрахованным у ЗАКАЗЧИКА (далее по тексту "ЗАСТРАХОВАННЫЕ").
- 1.2 Основанием предоставления ЗАСТРАХОВАННОМУ медицинской помощи является наличие у ЗАСТРАХОВАННОГО действующего страхового полиса, а также наличие направления ЗАКАЗЧИКА (Приложение № 3).
- 1.3 ЗАКАЗЧИК оплачивает ИСПОЛНИТЕЛЮ стоимость оказанной ЗАСТРАХОВАННЫМ медицинской помощи, в объеме, определенном программой страхования (Приложение №1). Оплата осуществляется на основании Прейскуранта (Приложение №2) на медицинскую помощь, утвержденного ИСПОЛНИТЕЛЕМ, согласованного СТОРОНАМИ.
- 1.4 Виды лечебной помощи, оказываемой ЗАСТРАХОВАННЫМ, определяются в соответствии с лицензией ИСПОЛНИТЕЛЯ (Приложение № 4), являющейся неотъемлемой частью Договора.
- 1.5 Количество ЗАСТРАХОВАННЫХ, направляемых для оказания медицинской помощи, определяется и письменно согласовывается СТОРОНАМИ по каждому случаю конкретно, исходя из потребностей ЗАКАЗЧИКА и возможностей ИСПОЛНИТЕЛЯ.

2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 2.1 ЗАКАЗЧИК обязуется:
 - 2.1.1 выдать ЗАСТРАХОВАННОМУ страховой медицинский полис, удостоверяющий право ЗАСТРАХОВАННОГО на получение медицинской помощи, предоставляемой ИСПОЛНИТЕЛЕМ;
 - 2.1.2 при наличии медицинских показаний, выдать направление ЗАСТРАХОВАННОМУ на госпитализацию, после предварительного письменного согласования с ИСПОЛНИТЕЛЕМ;
 - 2.1.3 довести определенный ИСПОЛНИТЕЛЕМ порядок оказания медицинской помощи до ЗАСТРАХОВАННЫХ;
 - 2.1.4 своевременно, в соответствии с требованиями, установленными настоящим Договором, производить оплату за оказанную ЗАСТРАХОВАННЫМ медицинскую помощь.
- 2.2 ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется:
 - 2.2.1 обеспечить оказание качественной медицинской помощи ЗАСТРАХОВАННЫМ. Оказание медицинской помощи осуществляется согласно внутреннему распорядку работы ИСПОЛНИТЕЛЯ;
 - 2.2.2 поддерживать качественно высокий уровень комплекса медицинской помощи, оказываемой ИСПОЛНИТЕЛЕМ ЗАСТРАХОВАННОМУ согласно Приложению №2, в соответствии с существующими технологиями и медицинскими стандартами;
 - 2.2.3 вести учет видов, объемов, стоимости оказанной медицинской помощи ЗАСТРАХОВАННЫМ, а также денежных средств, поступивших от ЗАКАЗЧИКА;
 - 2.2.4 незамедлительно ставить в известность ЗАКАЗЧИКА о следующих событиях:
 - обстоятельствах, которые могут привести к сокращению объема оказываемой медицинской помощи;
 - о выявлении у ЗАСТРАХОВАННОГО заболевания (состояния), не входящего в программу ДМС;
 - о необходимости оказания ЗАСТРАХОВАННОМУ медицинской помощи, не входящей в перечень видов медицинской помощи, предоставляемых ИСПОЛНИТЕЛЕМ или в программу ДМС.
 - 2.2.5 выдавать ЗАСТРАХОВАННЫМ необходимую медицинскую документацию установленного образца (выписной эпикриз, лист временной нетрудоспособности и др.);

- 2.2.6 закончить начатый в течение срока действия настоящего Договора курс лечения ЗАСТРАХОВАННЫХ. ЗАКАЗЧИК обязуется оплатить выставленные ИСПОЛНИТЕЛЕМ счета по указанным ЗАСТРАХОВАННЫМ, при этом счета должны быть выставлены в точном соответствии с положениями настоящего Договора.
- 2.3 ЗАКАЗЧИК имеет право:
 - 2.3.1 не оплачивать медицинскую помощь в случае, если она была оказана ИСПОЛНИТЕЛЕМ ЗАСТРАХОВАННОМУ в период прекращения действия лицензии на медицинскую деятельность;
 - 2.3.2 требовать от ИСПОЛНИТЕЛЯ надлежащего выполнения принятых им обязательств по настоящему Договору;
 - 2.3.3 вносить рекомендации по улучшению качества медицинского обслуживания ЗАСТРАХОВАННЫХ лиц.
- 2.4 ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право:
 - 2.4.1 требовать от ЗАКАЗЧИКА выполнения обязательств, взятых на себя согласно настоящему Договору;
 - 2.4.2 при оказании медицинской помощи ЗАСТРАХОВАННЫМ согласно Программе ДМС, ИСПОЛНИТЕЛЬ вправе привлекать соисполнителей, оплата которых будет осуществляться в рамках Прейскуранта и Лицензии ИСПОЛНИТЕЛЯ на медицинскую помощь.

3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

- 3.1 По результатам выполненных работ, не позднее 10 дней после окончания курса лечения ЗАСТРАХОВАННОГО, ИСПОЛНИТЕЛЬ выставляет ЗАКАЗЧИКУ счет за оказанную медицинскую помощь, предоставляет акт об оказанных медицинских услугах и реестр о видах и объеме медицинской помощи. ЗАКАЗЧИК оплачивает выставленный счет в течении 15 дней с момента его получения.
- 3.2 Счет должен содержать все необходимые реквизиты для перечисления денег и ссылку на настоящий Договор. К счету прилагается Реестр о видах и объеме оказанной медицинской помощи ЗАСТРАХОВАННОМУ, который заполняется по установленной форме в соответствии с Прейскурантом.
- 3.3 Расчеты между СТОРОНАМИ ведутся безналичным платежом в рублях или иным образом, по согласованию обеих СТОРОН. Оплата стоимости медицинских услуг, указанная в Прейскуранте в иностранной валюте, производится в рублях по курсу ЦБ РФ на день выставления счета.
- 3.4 ЗАКАЗЧИК в течение 10-ти банковских дней со дня получения Акта об оказанных медицинских услугах, подписывает его и один экземпляр направляет ИСПОЛНИТЕЛЮ. В случае, если ЗАКАЗЧИК обнаружит недостатки оказанных медицинских услуг, он направляет ИСПОЛНИТЕЛЮ мотивированный отказ с указанием сроков на устранение недостатков оказанных медицинских услуг. В случае не получения ИСПОЛНИТЕЛЕМ от ЗАКАЗЧИКА Акта об оказанных медицинских услугах в течение 10 дней, услуги считаются оказанными в полном объеме. Счет, направленный по факсу, является полноценным документом для проведения оплаты, с последующей заменой его оригиналом в течение 30 дней.
- 3.5 ЗАКАЗЧИК производит предоплату за услуги амбулаторного этапа в сумме 60 000,00 рублей (*шестьдесят тысяч*), стационарного этапа по согласованию СТОРОН, но не менее 300 000,00 рублей (*трехсот тысяч*). На основании выставленного ИСПОЛНИТЕЛЕМ счета. После его оплаты ЗАКАЗЧИКОМ дальнейшие взаиморасчеты ведутся по счетам с учетом перечисленного аванса.
- 3.6 По окончании действия Договора СТОРОНЫ производят окончательный взаиморасчет в течение 30-ти календарных дней, который оформляется в виде Акта сверки взаиморасчетов. Долг в пользу одной из сторон по Акту сверки взаиморасчетов перечисляется в течение 15 календарных дней.
- 3.7 ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право в одностороннем порядке пересматривать и утверждать цены на медицинскую помощь, оказываемую по настоящему Договору. Для ЗАКАЗЧИКА новый Прейскурант начинает действовать не ранее, чем через 30-ть календарных дней после официального уведомления и согласования с ЗАКАЗЧИКОМ в письменном виде.
- 3.8 В случае возникновения у ЗАСТРАХОВАННЫХ обоснованных жалоб к качеству и объему услуг, срокам их оказания ЗАКАЗЧИК вправе предъявить ИСПОЛНИТЕЛЮ претензии в объеме стоимости оказанных услуг в течение 30-ти дней с момента выписки больного.
- 3.9 В случае ликвидации или реорганизации ЗАКАЗЧИКА финансовые расчеты проводятся с его правопреемником.

4. КОНТРОЛЬ

- 4.1 ЗАКАЗЧИК контролирует соответствие оказываемой ИСПОЛНИТЕЛЕМ медицинской помощи требованиям настоящего Договора.

- 4.2 Контроль осуществляется путем проверок, проводимых представителем ЗАКАЗЧИКА, имеющим соответствующие полномочия и квалификацию. Проверка может осуществляться в течение 30-ти банковских дней со дня получения счета за оказанную ЗАСТРАХОВАННЫМ медицинскую помощь. Результаты проверок доводятся ЗАКАЗЧИКОМ до сведения ИСПОЛНИТЕЛЯ.
- 4.3 ИСПОЛНИТЕЛЬ обязан обеспечить представителю ЗАКАЗЧИКА, осуществляющему проверку, свободное ознакомление с деятельностью ИСПОЛНИТЕЛЯ, связанной с выполнением данного Договора.
- 4.4 При несогласии ИСПОЛНИТЕЛЯ с выводами представителя ЗАКАЗЧИКА СТОРОНЫ совместно или по отдельности вправе в 10-ти дневный срок представить свои возражения в письменной форме в согласительную комиссию.
- 4.5 Согласительная комиссия создается из представителей ИСПОЛНИТЕЛЯ и ЗАКАЗЧИКА для каждого конкретного случая, при необходимости с привлечением независимого эксперта, согласованного обеими сторонами. Если «Согласительная комиссия» признала обоснованными претензии Заказчика, то расходы на оплату работы независимых специалистов, включенных в состав «Согласительная комиссия», производит ИСПОЛНИТЕЛЬ, а при признании претензий необоснованными – расходы возмещает ЗАКАЗЧИК

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 5.1 За просрочку платежей, предусмотренных настоящим Договором, ЗАКАЗЧИК уплачивает ИСПОЛНИТЕЛЮ неустойку в размере 1% от суммы, подлежащей оплате, за каждый день просрочки. Уплата неустойки не освобождает ЗАКАЗЧИКА от осуществления основного платежа.
- 5.2 СТОРОНЫ могут предъявлять взаимные претензии по факту нарушений, связанных с исполнением настоящего Договора, в течение всего срока действия Договора и после его окончания в соответствии с законодательством РФ. При наличии претензий и при согласии с ними, виновная сторона должна в 3-х дневный срок представить объяснения, исправить упущения и учесть в последующей работе требования, содержащиеся в претензии. В случае несогласия с предъявленными претензиями, СТОРОНА, к которой такие претензии предъявлены, вправе обратиться за разрешением спора в согласительную комиссию.
- 5.3 Ни одна из СТОРОН не будет нести ответственность за полное или частичное неисполнение любой из своих обязанностей, если докажет, что надлежащее исполнение оказалось невозможным вследствие действия непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств. К таким обстоятельствам не относятся, в частности, нарушение обязанностей со стороны контрагентов должника, отсутствие на рынке нужных для исполнения товаров, отсутствие у должника необходимых денежных средств.
- 5.4 Срок исполнения обязательств по настоящему Договору отодвигается соразмерно времени действия обстоятельств непреодолимой силы.
- 5.5 СТОРОНА, для которой создалась невозможность исполнения обязательств, обязана немедленно известить другую СТОРОНУ о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.
- 5.6 Все уведомления и сообщения, направляемые СТОРОНАМИ в связи с исполнением настоящего Договора, должны быть сделаны в письменной форме.
- 5.7 СТОРОНЫ обязуются известить друг друга об изменении своего юридического статуса в течение 2-х недель с даты регистрации, а также уведомить в письменной форме в течение 3-х рабочих дней об изменении адреса (юридического и фактического), платежных реквизитов, номеров телефонов, факса и т.п.
- 5.8 Все споры и разногласия, которые могут возникнуть из настоящего Договора или в связи с ним, СТОРОНЫ по возможности будут решать путем переговоров.
- 5.9 В случае если споры и разногласия не будут решены путем переговоров, они подлежат разрешению в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации в Арбитражном суде г.Москвы.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

- 6.1 Срок действия договора с _____ г. по _____ г.
- 6.2 Если ни одна из сторон за 1 месяц до окончания настоящего Договора не заявит о его расторжении и не предложит иные условия, Договор считается продленным на каждый последующий календарный год на тех же условиях, с обязательным предоставлением лицензий в случае окончания ранее действовавших.
- 6.3 Предложения СТОРОН об изменении или дополнении условий Договора рассматриваются в течение 2-х недель с момента поступления. Изменения и дополнения к настоящему Договору

будут считаться имеющими силу, если они выполнены в письменной форме и подписаны обеими СТОРОНАМИ.

- 6.4 Изменение и расторжение Договора возможны:
- при отзыве или замене лицензии одной из СТОРОН;
 - по соглашению СТОРОН;
 - по инициативе одной из СТОРОН;
 - при существенном нарушении Договора другой СТОРОНОЙ;
 - если ЗАКАЗЧИК в течение календарного года не направляет ни одного ЗАСТРАХОВАННОГО;
 - в связи с существенным изменением обстоятельств, в соответствии с ГК РФ.
- 6.5 Изменения и расторжение Договора между СТОРОНАМИ производятся в соответствии с ГК РФ и настоящим Договором.
- 6.6 Окончание срока действия Договора влечет прекращение обязательств СТОРОН по Договору, но не освобождает СТОРОНЫ от ответственности за его нарушение.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

- 7.1 По вопросам, не предусмотренным настоящим Договором, стороны руководствуются законодательством РФ.
- 7.2 Приложения к Договору являются неотъемлемой частью Договора.
- Приложение № 1 – Программа страхования
 - Приложение № 2 – Прейскурант ИСПОЛНИТЕЛЯ (в экземпляре ЗАКАЗЧИКА)
 - Приложение № 3 – Образец направления на лечение от ЗАКАЗЧИКА (Гарантийное письмо)
 - Приложение № 4 – Лицензия с приложением ЗАКАЗЧИКА / Лицензия с приложением ИСПОЛНИТЕЛЯ
- 7.3 Настоящий Договор составлен в 2-х экземплярах, каждый из которых имеет одинаковую юридическую силу: один экземпляр находится у ЗАКАЗЧИКА, другой у ИСПОЛНИТЕЛЯ.

8. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА СТОРОН

ЗАКАЗЧИК:	ИСПОЛНИТЕЛЬ:
«Заказчик»	
«Расчетный_счет»	)
	ИНН/КПП: 7724075162/772401001
	ОКПО: ОКОНХ: ОКТМО:
	Счет:
	Банк:
	БИК:
Адрес: «Адрес»	Юридический адрес: 115478, г.Москва, Каширское шоссе, д.24
Тел.: «Телефон_»	Фактический адрес поликлиники и стационара: г.Москва, Каширское шоссе, д.23
факс: «Факс»	Тел.бух.: 8-499-324-94-60
E-mail: «Email»	Тел./факс: 8-499-324-24-54, 8-499-324-71-40
	E-mail: dms101@ronc.ru dms102@ronc.ru dms103@ronc.ru

9. ПОДПИСИ СТОРОН

ЗАКАЗЧИК:
«Должность» «Заказчик»

М.П.

«ФИО»

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

«Должность»

М.П.

«ФИО»

«СОГЛАСОВАНО»
«Должность» «Заказчик»

М.П.

«ФИО»

«УТВЕРЖДАЮ»

М.П.

ПРЕЙСКУРАНТ
ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

ПРЕЙСКУРАНТ
ПЛАТНЫХ НЕМЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Москва 20__ г.

«Заказчик»

Адрес: «Адрес»
Тел.: «Телефон_»
Факс: «Факс»
E-mail:

№ _____
Исх. № _____ от _____

Директору

Образец направления на лечение от ЗАКАЗЧИКА (Гарантийное письмо)

На основании Договора № _____ «Договор» от _____ 20__ г. на
предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг), просим Вас организовать
обследование и лечение (консультацию) пациенту _____ (ФИО, г.р.) с диагнозом:

(Выписка прилагается).

Госпитализация/амбулаторное обращение с «_____» _____ 20__ года.

Условия пребывания _____

Ограничение страховой суммы: _____

Оплату гарантируем (в срок или в соответствии с договором)

Наши реквизиты: _____

Юридический/фактический адрес: «Адрес» _____

Должность руководителя _____

ФИО _____

Главный бухгалтер _____

ФИО _____

МП _____

Исполнитель _____
Тел. _____

* Особенностью данного вида писем является наличие наряду с подписью директора организации подписи должностного лица, в непосредственном ведении которого находятся финансовые или иные вопросы, например, главного бухгалтера. Если гарантийное письмо направляется как обязательство оплаты покупки, оказанной услуги, выполненных работ и т.п., то в нем обязательно указываются банковские реквизиты организации-плательщика. Письмо скрепляется печатью организации.

* Если же организация работает на праве одной подписи, необходимо предоставить информационное письмо или доверенность на право ведения финансовых манипуляций.

ДОГОВОР № _____
на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг)

г. Москва

«Дата_договора» г.

Заказчик, далее по тексту "ПЛАТЕЛЬЩИК", в лице «Должность» «ФИО», действующего на основании «Действует_на_основании»,

Медицинская организация (лицензия № _____ г.), далее по тексту "ИСПОЛНИТЕЛЬ", в лице _____, действующего на основании _____, и гражданин РФ «ФИО», именуемый в дальнейшем «ЗАКАЗЧИК»,

заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1 По настоящему Договору ИСПОЛНИТЕЛЬ принимает на обследование и лечение «ФИО» (в дальнейшем - ЗАКАЗЧИК), и обеспечивает высококвалифицированную медицинскую помощь.
- 1.2 Оплату по настоящему Договору ИСПОЛНИТЕЛЮ за оказанные ЗАКАЗЧИКУ медицинские услуги обязуется произвести ПЛАТЕЛЬЩИК.
- 1.3 Права и обязанности между ПЛАТЕЛЬЩИКОМ и ЗАКАЗЧИКОМ, возникшие в связи с заключением настоящего Договора, регулируются отдельным соглашением между поименованными в настоящем пункте сторонами.
- 1.4 Начало лечения проводится после перечисления ПЛАТЕЛЬЩИКОМ аванса на расчетный счет ИСПОЛНИТЕЛЯ – _____,00 (_____ рублей 00 копеек).
- 1.5 ИСПОЛНИТЕЛЬ предъявляет ПЛАТЕЛЬЩИКУ счет на оплату лечения ЗАКАЗЧИКА после прохождения амбулаторного обследования / выписки из стационара. Стоимость лечения определяется в соответствии с ценами на дорогостоящие лекарства, Прейскурантом ИСПОЛНИТЕЛЯ и фактическим объемом оказанных медицинских услуг.

2. ОБЯЗАННОСТИ ЗАКАЗЧИКА и ПЛАТЕЛЬЩИКА

- 2.1 ЗАКАЗЧИК обязуется предоставить ИСПОЛНИТЕЛЮ все необходимые документы для оказания услуг ЗАКАЗЧИКУ по настоящему Договору: подробный выписной эпикриз, результаты клинических анализов и инструментальных методов исследования.
- 2.2 Стороны (ЗАКАЗЧИК, ПЛАТЕЛЬЩИК), в течение 10 дней со дня получения трехстороннего Акта об оказанных медицинских услугах, подписывают его и один экземпляр направляет ИСПОЛНИТЕЛЮ. В случае, если ЗАКАЗЧИК обнаружит недостатки оказанных медицинских услуг, он направляет ИСПОЛНИТЕЛЮ мотивированный отказ с указанием сроков на устранение недостатков оказанных медицинских услуг. В случае неполучения подписанного Акта об оказанных медицинских услуг ИСПОЛНИТЕЛЕМ от ЗАКАЗЧИКА и ПЛАТЕЛЬЩИКА в течение 10 дней, услуги считаются оказанными в полном объеме.
- 2.3 Счет, посланный по факсу или электронной почте ПЛАТЕЛЬЩИКУ, является полноценным документом для проведения оплаты, с последующей заменой его оригиналом в течение 30 дней.

3. ОБЯЗАННОСТИ ИСПОЛНИТЕЛЯ

- 3.1 Предоставлять ЗАКАЗЧИКУ, направленному ЗАКАЗЧИКОМ, медицинскую помощь квалифицированными медицинскими кадрами, с использованием диагностической аппаратуры и современных методов лечения.
- 3.2 Выдавать ЗАКАЗЧИКУ необходимые медицинские документы установленного образца.

4. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

- 4.1 В случае, когда в процессе лечения состояние ЗАКАЗЧИКА не позволит ему выразить свою волю, а дополнительное медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах ЗАКАЗЧИКА решается на основаниях и в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.
- 4.2 ИСПОЛНИТЕЛЬ не несет ответственности за возникшие у ЗАКАЗЧИКА в процессе лечения осложнения заболеваний и послеоперационного периода в случаях, когда эти осложнения

- обусловлены наличием тяжелых сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, иммунодефицитные состояния и др. заболевания).
- 4.3 В случае нарушения ЗАКАЗЧИКОМ режима лечения, медицинских предписаний, указаний врачей, ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право отказаться от дальнейшего лечения ЗАКАЗЧИКА, с возмещением со стороны ЗАКАЗЧИКА (ПЛАТЕЛЬЩИКА) всех фактически понесенных расходов.
- 4.4 Все изменения и дополнения к этому Договору считаются действительными, если они выполнены в письменной форме и подписаны уполномоченными лицами трех СТОРОН.
- 4.5 Этот Договор приобретает силу с момента подписания и действует до выполнения всех принятых обязательств СТОРОНАМИ.
- 4.6 Окончание срока действия Договора влечет прекращение обязательств СТОРОН по Договору, но не освобождает СТОРОНЫ от ответственности за его нарушение.
- 4.7 К данному Договору и отношениям СТОРОН, вытекающим из него, применяется законодательство РФ.

5. СТОИМОСТЬ РАБОТ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

- 5.1 Сумма аванса по данному договору составляет _____,00 руб. (_____ рублей 00 копеек). Оказываемые услуги не облагаются НДС в соответствии с пп.2 п.2 ст. 149 Налогового кодекса РФ.
- 5.2 Общая стоимость Договора будет определена после заключительного курса лечения ЗАКАЗЧИКА на основании трехстороннего Акта об оказанных медицинских услугах со ссылкой на настоящий Договор, с приложением Реестра о видах и объеме медицинской помощи, оказанной ЗАКАЗЧИКУ, который заполняется по установленной форме в соответствии с Прейскурантом.
- 5.3 На основании п.п.1 п. 3 ст. 169 НК РФ ИСПОЛНИТЕЛЬ не выставляет счета-фактуры в адрес ПЛАТЕЛЬЩИКА по операциям, не подлежащим налогообложению в соответствии со ст. 149 НК РФ.
- 5.4 Оплата стоимости услуг, оказанных ИСПОЛНИТЕЛЕМ, производится путем перечисления ПЛАТЕЛЬЩИКОМ денежных средств на счет ИСПОЛНИТЕЛЯ в течение 10 дней с момента выставления счета.
- 5.5 Расчеты между СТОРОНАМИ ведутся безналичным платежом, в рублях.
- 5.6 По окончании действия Договора СТОРОНЫ производят окончательный взаиморасчет в течение 30-ти календарных дней, который оформляется в виде двухстороннего Акта сверки взаиморасчетов. Долг в пользу одной из сторон по Акту сверки взаиморасчетов перечисляется в течение 15 календарных дней.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 6.1 СТОРОНЫ несут гражданско-правовую ответственность по Договору.
- 6.2 СТОРОНЫ несут ответственность за сохранение конфиденциальности в вопросах, связанных с проведением лечения и диагнозом.
- 6.3 Все вопросы и разногласия, которые могут возникнуть при использовании настоящего Договора, СТОРОНЫ будут стремиться разрешить путем переговоров.
- 6.4 За нарушение условий настоящего Договора всю ответственность несет ЗАКАЗЧИК.
- 6.5 В случае если указанные споры и разногласия не могут быть разрешены путем переговоров, они подлежат разрешению в соответствии с законодательством РФ в Арбитражном суде по месту исполнения настоящего Договора.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

- 7.1 Приложения к Договору являются неотъемлемой частью Договора.
- Приложение №1 – Лицензия исполнителя (в экземпляре ЗАКАЗЧИКА)
- 7.2. Настоящий Договор составлен в 3-х одинаковых экземплярах, каждый из которых имеет одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

8. АДРЕСА и другие реквизиты СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ИНН/КПП: 7724075162/772401001

ОКПО: ОКОНХ: ОКТМО:

Счет:

Банк:

БИК:

Адрес: 115478, г.Москва, Каширское шоссе, д.24

Телефон: 8-499-324-71-40, 8-499-324-94-60

ПЛАТЕЛЬЩИК: «Заказчиккраткое»

«Расчетный_счет»

«Адрес»

Тел./факс: «Телефон_»

ЗАКАЗЧИК: «Клиент»,

Паспорт «Паспорт»

Адрес: «Адрес1»

Телефон:

9. ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ

Медицинская организация

ПЛАТЕЛЬЩИК

«Заказчиккраткое»

«Должность»

«ФИО»

ЗАКАЗЧИК

Гражданин РФ

«Клиент»

Исполнитель:

Тел/факс:

ДОГОВОР № _____

на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг)

г. Москва

«Дата_договора»г.

Заказчик, далее по тексту ЗАКАЗЧИК, в лице «Должность» «ФИО», действующего на основании «Действует_на_основании», с одной стороны, и

Медицинская организация (лицензия на осуществление медицинской деятельности № _____ г.), далее по тексту ИСПОЛНИТЕЛЬ, в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны,

также именуемые в отдельности СТОРОНА, а совместно – СТОРОНЫ,
заключили настоящий договор (далее-Договор) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1 ЗАКАЗЧИК поручает, а ИСПОЛНИТЕЛЬ принимает на себя обязательство оказывать медицинскую помощь гражданам, направляемым ЗАКАЗЧИКОМ (далее – ПАЦИЕНТЫ).
- 1.2 Виды медицинской помощи, которые могут оказываться ИСПОЛНИТЕЛЕМ ПАЦИЕНТАМ, определяются приложением, являющимся неотъемлемой частью лицензии ИСПОЛНИТЕЛЯ на осуществление медицинской деятельности № _____ г. (Приложение №2).
- 1.3 Оплата ЗАКАЗЧИКОМ услуг, оказанных ИСПОЛНИТЕЛЕМ, осуществляется на основании утвержденного ИСПОЛНИТЕЛЕМ и согласованного с Заказчиком Прейскуранта на платные медицинские услуги, оказываемые ИСПОЛНИТЕЛЕМ (Приложение №1).
- 1.4 Основанием предоставления ПАЦИЕНТАМ медицинской помощи является направление ЗАКАЗЧИКА на получение медицинской помощи (Приложение №3).
- 1.5 ЗАКАЗЧИК оплачивает ИСПОЛНИТЕЛЮ стоимость оказанной ПАЦИЕНТАМ медицинской помощи по счетам, выставленным на основании Акта о видах и объеме медицинской помощи, оказанной пациенту.
- 1.6 Количество ПАЦИЕНТОВ, направляемых для оказания медицинской помощи, определяется и письменно согласовывается СТОРОНАМИ по каждому случаю отдельно исходя из потребностей ЗАКАЗЧИКА и возможностей ИСПОЛНИТЕЛЯ.

2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1 ЗАКАЗЧИК обязуется:

- 2.1.1 выдать ПАЦИЕНТУ направление на получение медицинской помощи (без госпитализации), оказываемой ИСПОЛНИТЕЛЕМ;
- 2.1.2 при наличии медицинских показаний выдать ПАЦИЕНТУ направление на получение медицинской помощи с госпитализацией при условии предварительного письменного согласования с ИСПОЛНИТЕЛЕМ;
- 2.1.3 довести до сведения ПАЦИЕНТОВ определенный ИСПОЛНИТЕЛЕМ порядок оказания медицинской помощи;
- 2.1.4 своевременно, в соответствии с требованиями, установленными настоящим Договором, производить оплату за оказанную ПАЦИЕНТАМ медицинскую помощь.

2.2 ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется:

- 2.2.1 обеспечить оказание качественной медицинской помощи ПАЦИЕНТАМ.
Оказание медицинской помощи осуществляется согласно внутреннему распорядку работы ИСПОЛНИТЕЛЯ;
- 2.2.2 вести учет видов, объема, стоимости оказанной медицинской помощи ПАЦИЕНТАМ, а также денежных средств, поступивших от ЗАКАЗЧИКА;
- 2.2.3 незамедлительно ставить в известность ЗАКАЗЧИКА о следующих событиях:
 - обстоятельствах, которые могут привести к сокращению объема оказываемой медицинской помощи;
 - о необходимости оказания ПАЦИЕНТУ медицинской помощи, не входящей в перечень видов медицинской помощи, предоставляемых ИСПОЛНИТЕЛЕМ (Приложение №2);
- 2.2.4 выдавать ПАЦИЕНТАМ необходимую медицинскую документацию установленного образца (выписной эпикриз, лист временной нетрудоспособности и др.);
- 2.2.5 закончить курс лечения ПАЦИЕНТОВ, который был начат ИСПОЛНИТЕЛЕМ в течение срока действия настоящего Договора.

ЗАКАЗЧИК обязуется оплатить счета в отношении указанных ПАЦИЕНТОВ, выставленные Исполнителем; при этом счета должны быть выставлены в точном соответствии с положениями настоящего Договора.

2.3 ЗАКАЗЧИК имеет право:

- 2.3.1 не оплачивать медицинскую помощь в случае, если она была оказана ИСПОЛНИТЕЛЕМ ПАЦИЕНТУ в период прекращения действия лицензии на осуществление медицинской деятельности;
- 2.3.2 требовать от ИСПОЛНИТЕЛЯ надлежащего и безотлагательного выполнения принятых им обязательств по настоящему Договору;
- 2.3.3 вносить рекомендации по улучшению качества медицинского обслуживания ПАЦИЕНТОВ.

2.4 ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право:

- 2.4.1 требовать от ЗАКАЗЧИКА выполнения обязательств, взятых на себя согласно настоящему Договору;
- 2.4.2 при оказании медицинской помощи ПАЦИЕНТАМ ИСПОЛНИТЕЛЬ вправе привлекать соисполнителей, оплата которых будет осуществляться в соответствии с Прейскурантом (Приложение №1). Медицинская помощь и в этом случае будет оказываться на основании лицензии ИСПОЛНИТЕЛЯ на осуществление медицинской деятельности.

3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

- 3.1 ЗАКАЗЧИК производит предоплату за услуги амбулаторного этапа в сумме 60 000,00 рублей (*шестьдесят тысяч*), стационарного этапа по согласованию СТОРОН, но не менее 200 000,00 рублей (*двухсот тысяч*). На основании выставленного ИСПОЛНИТЕЛЕМ счета.
- 3.2 По завершении оказания услуг (не позднее 40 дней после окончания курса оказания медицинской помощи ПАЦИЕНТУ), ИСПОЛНИТЕЛЬ выставляет ЗАКАЗЧИКУ счет за оказанные услуги.
- 3.3 Счет должен содержать все необходимые реквизиты для перечисления денег и ссылку на настоящий Договор. К счету прилагается Акт о видах и объеме медицинской помощи, оказанной пациенту.
- 3.4 Расчеты между СТОРОНАМИ ведутся безналичным платежом, в рублях или иным образом по согласованию между СТОРОНАМИ.
- 3.5 ЗАКАЗЧИК в течение 10-ти банковских дней со дня получения Акта об оказанных медицинских услугах, подписывает его и один экземпляр направляет ИСПОЛНИТЕЛЮ. В случае, если ЗАКАЗЧИК обнаружит недостатки оказанных медицинских услуг, он направляет ИСПОЛНИТЕЛЮ мотивированный отказ с указанием сроков на устранение недостатков оказанных медицинских услуг. В случае неполучения ИСПОЛНИТЕЛЕМ от ЗАКАЗЧИКА Акта об оказанных медицинских услугах в течение 10 дней, услуги считаются оказанными в полном объеме. Счет, направленный по электронной почте, является полноценным документом для проведения оплаты, с последующей заменой его оригиналом в течение 30 дней.
- 3.6 ЗАКАЗЧИК обязуется произвести оплату в течение 10-ти банковских дней с момента получения счета об оказанных медицинских услугах.
- 3.7 По завершении процесса оказания услуг СТОРОНЫ составляют Акт об оказанных услугах.
- 3.8 По согласованию СТОРОН ИСПОЛНИТЕЛЬ может выставить ЗАКАЗЧИКУ счет на аванс за медицинскую помощь, предусмотренную настоящим Договором. После его оплаты ЗАКАЗЧИКОМ дальнейшие взаиморасчеты ведутся по счетам с учетом перечисленного аванса.
- 3.9 По окончании действия Договора СТОРОНЫ производят окончательный взаиморасчет в течение 30-ти календарных дней, который оформляется Актом сверки взаиморасчетов. Долг в пользу одной из сторон по Акту сверки взаиморасчетов перечисляется в течение 15 календарных дней.
- 3.10 ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право пересматривать цены на медицинскую помощь. В отношении ЗАКАЗЧИКА новый Прейскурант на платные медицинские услуги начинает действовать по истечении 30 календарных дней после официального уведомления ИСПОЛНИТЕЛЕМ ЗАКАЗЧИКА о новом Прейскуранте и согласования с ЗАКАЗЧИКОМ нового Прейскуранта в письменном виде.
- 3.11 В случае ликвидации или реорганизации ЗАКАЗЧИКА финансовые расчеты проводятся с его правопреемником.

4. КОНТРОЛЬ

- 4.1 ЗАКАЗЧИК вправе контролировать соответствие оказываемой ИСПОЛНИТЕЛЕМ медицинской помощи требованиям настоящего Договора.
- 4.2 Контроль осуществляется путем проверок, проводимых представителем ЗАКАЗЧИКА, имеющим соответствующие полномочия и квалификацию. Проверка может осуществляться в течение 30-ти банковских дней со дня получения счета за оказанную ПАЦИЕНТАМ медицинскую помощь. Результаты проверок доводятся ЗАКАЗЧИКОМ до сведения ИСПОЛНИТЕЛЯ.

- 4.3 ИСПОЛНИТЕЛЬ обязан обеспечить представителю ЗАКАЗЧИКА, осуществляющему проверку, свободное ознакомление с деятельностью ИСПОЛНИТЕЛЯ, связанной с исполнением обязательств по настоящему Договору.
- 4.4 При несогласии ИСПОЛНИТЕЛЯ с выводами представителя ЗАКАЗЧИКА СТОРОНЫ совместно или по отдельности вправе в 10-дневный срок представить свои возражения в письменной форме в согласительную комиссию.
- 4.5 Согласительная комиссия создается из представителей ИСПОЛНИТЕЛЯ и ЗАКАЗЧИКА с привлечением независимого эксперта (при необходимости). Если Согласительная комиссия признает претензию ЗАКАЗЧИКА обоснованной, то расходы на оплату работы независимых специалистов, включенных в состав Согласительной комиссии, несет ИСПОЛНИТЕЛЬ, а при признании претензии необоснованной – ЗАКАЗЧИК.
5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН
- 5.1 За просрочку платежей, предусмотренных настоящим Договором, ЗАКАЗЧИК уплачивает ИСПОЛНИТЕЛЮ неустойку в размере 1% от суммы, подлежащей оплате, за каждый день просрочки. Уплата неустойки не освобождает ЗАКАЗЧИКА от осуществления основного платежа.
- 5.2 В случае возникновения у ПАЦИЕНТОВ обоснованных жалоб к качеству и объему услуг, срокам их оказания ИСПОЛНИТЕЛЬ несет ответственность по настоящему Договору в объеме стоимости оказанных услуг.
- 5.3 Заказчик вправе предъявить ИСПОЛНИТЕЛЮ претензию, связанную с конкретным ПАЦИЕНТОМ, не позднее 30-ти дней с момента выписки ПАЦИЕНТА.
- 5.4 СТОРОНЫ могут предъявлять претензии по факту нарушений, связанных с исполнением настоящего Договора, в течение всего срока действия настоящего Договора и после его окончания в соответствии с законодательством Российской Федерации.
В случае согласия с предъявленной претензией, виновная СТОРОНА должна в 3-хдневный срок исправить упущения и вернуть другой СТОРОНЕ все полученное от нее, связанное с предметом претензии.
В случае несогласия с предъявленной претензией СТОРОНА, к которой такая претензия предъявлена, вправе обратиться за разрешением спора в Согласительную комиссию.
- 5.5 Ни одна из СТОРОН не будет нести ответственность за полное или частичное неисполнение любого из своих обязательств, если докажет, что надлежащее исполнение оказалось невозможным вследствие действия непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств. К таким обстоятельствам не относятся, в частности, нарушение обязанностей со стороны контрагентов должника, отсутствие на рынке нужных для исполнения товаров, отсутствие у должника необходимых денежных средств.
- 5.6 Срок исполнения обязательств по настоящему Договору отодвигается соразмерно времени действия обстоятельств непреодолимой силы.
- 5.7 СТОРОНА, для которой создалась невозможность исполнения обязательств, обязана немедленно известить другую СТОРОНУ о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.
- 5.8 Ответственность за причинение вреда здоровью ПАЦИЕНТА регулируется гражданским законодательством Российской Федерации.
- 5.9 Все споры и разногласия, которые могут возникнуть из настоящего Договора или в связи с ним, СТОРОНЫ будут стремиться разрешать путем переговоров.
- 5.10 В случае, если споры и разногласия не будут урегулированы путем переговоров, они подлежат передаче на рассмотрение в Арбитражный суд г.Москвы.
- 5.11 По вопросам, не предусмотренным настоящим Договором, стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.
6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА
- 6.1 Настоящий Договор действует с _____ г. по _____ г.
- 6.2 Если ни одна из СТОРОН за 1 месяц до окончания срока действия настоящего Договора не заявит о его расторжении или не предложит иные условия, Договор считается продленным на следующий год на таких же условиях, которые предусмотрены настоящим Договором, с обязательным предоставлением копии лицензии на осуществление медицинской деятельности в случае утраты силы ранее действовавшей лицензии.
- 6.3 Предложения СТОРОН об изменении или дополнении условий настоящего Договора рассматриваются в течение 2-х недель с момента поступления. Изменения и дополнения к настоящему Договору будут считаться имеющими силу, если они совершены в письменной форме и подписаны обеими СТОРОНАМИ.
- 6.4 Изменение и расторжение настоящего Договора возможны:

- при отзыве или замене лицензии на осуществление медицинской деятельности;
 - по соглашению СТОРОН;
 - по инициативе одной из СТОРОН, для которой выполнение обязательств стало нецелесообразным;
 - при существенном нарушении настоящего Договора другой СТОРОНОЙ;
 - в связи с существенным изменением обстоятельств, в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации.
- 6.5 Изменения и расторжение настоящего Договора между СТОРОНАМИ производятся в соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации и настоящим Договором.
- 6.6 Окончание срока действия Договора влечет прекращение обязательств СТОРОН по настоящему Договору (за исключением случаев, предусмотренных пунктом 2.2.5 настоящего Договора), но не освобождает СТОРОНЫ от ответственности за его нарушение.
7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ
- 7.1 Все уведомления и сообщения, направляемые СТОРОНАМИ в связи с исполнением настоящего Договора, должны быть совершены в письменной форме.
- 7.2 СТОРОНЫ обязуются извещать друг друга об изменении своего юридического статуса в течение 2-х недель с даты государственной регистрации таких изменений, а также уведомлять в письменной форме в течение 3-х рабочих дней об изменении адреса (юридического и фактического), платежных реквизитов, номеров телефонов, факса и т.п.
- 7.3 Неотъемлемой частью настоящего Договора являются следующие Приложения.
- Приложение №1 – Прейскурант ИСПОЛНИТЕЛЯ (в экземпляре ЗАКАЗЧИКА);
 - Приложение №2 – Лицензия ИСПОЛНИТЕЛЯ на осуществление медицинской деятельности с приложением (в экземпляре ЗАКАЗЧИКА);
 - Приложение №3 – Форма направления на получение медицинской помощи (Гарантийное письмо);
- 7.4 Настоящий Договор составлен в 2-х экземплярах, каждый из которых имеет одинаковую юридическую силу: один экземпляр находится у ЗАКАЗЧИКА, другой – у ИСПОЛНИТЕЛЯ.
8. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА СТОРОН

ЗАКАЗЧИК:

«Заказчик»

«Расчетный_счет»

Адрес юридический: «Адрес»

Адрес почтовый:

Тел.: «Телефон_»

факс: «Факс»

E-mail: «Email»

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

УФК по г.Москве

ИНН / КПП: 7724075162 / 772401001

ОКПО:

ОГРН:

ОКВЭД:

Счет:

Банк:

БИК:

Адрес: 115478, г.Москва, Каширское шоссе, д.24

Тел.бух.: 8-499-324-94-60

Тел./факс: 8-499-324-24-54, 8-499-324-71-40

E-mail: dms102@ronc.ru dms103@ronc.ru

9. ПОДПИСИ СТОРОН

ЗАКАЗЧИК:

«Должность» «Код»

М.П.

«ФИО»

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

М.П.

«Заказчик»

Адрес: «Адрес»
Тел.: «Телефон_»
Факс: «Факс»
E-mail:

№ _____
на № _____ от _____

Директору медицинской
организации

Форма направления на получение медицинской помощи
(Гарантийное письмо)

На основании Договора № _____ «Договор» от _____ 20 ____ г. на предоставление
лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг), просим Вас организовать обследование и лечение
(консультацию) пациенту (ФИО _____ г.р. _____) с _____
(Выписка прилагается).

Госпитализация/амбулаторное обращение с «_____» _____ 20 ____ года.

Условия пребывания _____
Оплату гарантируем (в срок или в соответствии с договором).

Наши реквизиты:

Юридический/фактический адрес: «Адрес»

Должность руководителя

ФИО

Главный бухгалтер

ФИО

МП

Исполнитель _____
Тел. _____

* Особенностью данного вида писем является наличие наряду с подписью директора организации подписи должностного лица, в непосредственном ведении которого находятся финансовые или иные вопросы, например главного бухгалтера. Если гарантийное письмо направляется как обязательство оплаты покупки, оказанной услуги, выполненных работ и т.п., то в нем обязательно указываются банковские реквизиты организации-плательщика. Письмо скрепляется печатью организации.

* Если же организация работает на праве одной подписи, необходимо предоставить информационное письмо или доверенность на право ведения финансовых манипуляций.

ДОГОВОР № _____
на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг)

г. Москва

«Дата_договора»г.

Заказчик, далее по тексту "ЗАКАЗЧИК", с одной стороны и
Медицинская организация (лицензия № _____ г.), в лице
_____, действующего на основании _____,
далее по тексту «ИСПОЛНИТЕЛЬ», с другой стороны,
заключили договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1 ИСПОЛНИТЕЛЬ оказывает высокотехнологические медицинские услуги «ФИО» по хранению биоматериала «Клиент» в течение срока, определенного данным договором. Стоимость медицинских услуг определяется в соответствии с расценками на лечение, утвержденными ИСПОЛНИТЕЛЕМ и объемом планируемых медицинских услуг (Приложение №1).
- 1.2 ИСПОЛНИТЕЛЬ предъявляет ЗАКАЗЧИКУ счет на оплату медуслуг по криоконсервации и хранению биоматериала в соответствии с п.1.1.

2. ОБЯЗАННОСТИ ИСПОЛНИТЕЛЯ

- 2.1 Предоставлять ЗАКАЗЧИКУ медицинскую помощь квалифицированными медицинскими кадрами, с использованием современной диагностической аппаратуры в соответствии с приложением, являющимся неотъемлемой частью лицензии ИСПОЛНИТЕЛЯ.
- 2.1.1 Произвести прием представленного ЗАКАЗЧИКОМ биоматериала, оформить Акт приема биоматериала (Приложение №2). ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право отказаться от своих обязанностей по Договору в случае несоответствия доставленного биоматериала утвержденным стандартам качества.
- 2.1.2 Провести все необходимые лабораторные исследования биоматериала.
- 2.1.3 В случае соответствия биоматериала стандартам качества, осуществить хранение биоматериала.
- 2.2 Официально уведомить ЗАКАЗЧИКА о пересмотре и утверждении новых цен на медицинские услуги, оказываемые по настоящему Договору, причем для ЗАКАЗЧИКА новый Прейскурант начинает действовать не ранее, чем через 30 календарных дней после уведомления.

3. ОБЯЗАННОСТИ ЗАКАЗЧИКА

- 3.1 Представить биоматериал ИСПОЛНИТЕЛЮ для его дальнейшего исследования и хранения.
- 3.2 Своевременно, в течение 10 дней с момента выставления счета, производить оплату за оказываемые ИСПОЛНИТЕЛЕМ медицинские услуги.

4. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

- 4.1 Все изменения и дополнения к этому Договору считаются действительными, если они выполнены в письменной форме и подписаны уполномоченными лицами обеих СТОРОН.
- 4.2 Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания и действует до выполнения всех принятых обязательств СТОРОНАМИ.
- 4.3 Окончание срока действия Договора влечет прекращение обязательств СТОРОН по Договору, но не освобождает СТОРОНЫ от ответственности за его нарушение.

5. СТОИМОСТЬ РАБОТ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

- 5.1 Стоимость Договора определяется на основании Акта о видах и объеме планируемой медицинской помощи (Приложение №1).
- 5.2 Оплата стоимости услуг, оказываемых ИСПОЛНИТЕЛЕМ, производится путем перечисления ЗАКАЗЧИКОМ денежных средств на расчетный счет ИСПОЛНИТЕЛЯ, или иным образом, по согласованию СТОРОН.
- 5.3 По истечении срока договора СТОРОНЫ подписывают Акт об оказанных медицинских услугах и производят окончательный взаиморасчет, который оформляется в виде Акта сверки взаиморасчетов.
- 5.4 ИСПОЛНИТЕЛЬ приступает к выполнению своих обязанностей по настоящему договору после доставки биоматериала и 100% предварительной оплаты ЗАКАЗЧИКОМ стоимости медицинских услуг по настоящему Договору.
- 5.5 В случае изменения расценок утвержденных ИСПОЛНИТЕЛЕМ в сторону их увеличения в период действия настоящего Договора, стоимость предоставляемых медицинских услуг, указанных в п. 1.1. Договора увеличивается пропорционально вновь утвержденному Прейскуранту.

6. ФОРС-МАЖОР

- 6.1 Участники освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения Договора в результате событий чрезвычайного характера, которые участник не мог ни предвидеть, ни предотвратить разумными мерами.

- 6.2 К обстоятельствам непреодолимой силы относятся события, на которые Участник не может оказывать влияние и за возникновение которых не несет ответственности, например, землетрясение, наводнение, пожар, а также забастовка, правительственные постановления или распоряжения государственных органов, военные действия любого характера, препятствующие выполнению предмета данного Договора.
- 6.3 Сторона, ссылающаяся на обстоятельства непреодолимой силы, обязана незамедлительно информировать другую Сторону о наступлении подобных обстоятельств в письменной форме.
- 6.4 Если состояние невыполнения обязательств, вытекающих из Договора, длится более 30 дней, то каждая из СТОРОН имеет право расторгнуть настоящий Договор в одностороннем порядке, известив об этом другую СТОРОНУ.

7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 7.1 СТОРОНЫ несут гражданско-правовую ответственность по Договору.
- 7.2 СТОРОНЫ несут ответственность за сохранение конфиденциальности в вопросах, связанных с проведением лечения и диагнозом.
- 7.3 Все вопросы и разногласия, которые могут возникнуть при использовании настоящего Договора, СТОРОНЫ будут стремиться разрешить путем переговоров.
- 7.4 В случае если указанные споры и разногласия не могут быть разрешены путем переговоров, они подлежат разрешению в соответствии с законодательством РФ в суде общей юрисдикции по месту исполнения Договора.

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

- 8.1. Срок действия договора с _____ г. по _____ г.
- 8.2. За 1 месяц до окончания действия настоящего Договора Заказчик должен заявить о его расторжении или продлении на 1 год на тех же условиях и внести предоплату в размере 100%.
- 8.3. Если до истечения срока действия настоящего Договора, Заказчик не заявит о дальнейших действиях по Договору, биоматериал, переданный на хранение (п.1.1.), утилизируется Исполнителем на следующий день после окончания срока действия настоящего Договора.

9. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

- 9.1. Приложения к Договору являются неотъемлемой частью Договора.
- Приложение 1 – Акт о видах и объеме планируемой медицинской помощи
 - Приложение 2 – Акт приема биоматериала
- 9.2. Настоящий Договор составлен в 2-х экземплярах, каждый из которых имеет одинаковую юридическую силу: один экземпляр находится у ЗАКАЗЧИКА, другой у ИСПОЛНИТЕЛЯ.

10. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА СТОРОН

ЗАКАЗЧИК:

«ЗАКАЗЧИК»

Паспорт: «Расчетный_счет»

Паспорт выдан:

Дата выдачи:

Адрес: «Адрес»

Тел.: «Телефон_»

E-mail: «email»

«Заказчик»

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

УФК по г.Москве

ИНН / КПП: 7724075162 / 772401001

ОГРН: ОКПО: ОКТМО

Счет:

Банк:

БИК:

Адрес: 115478, г.Москва, Каширское шоссе, д.24

Тел./факс: 8-499-324-24-54, 8-499-324-71-40

E-mail: dms102@ronc.ru dms101@ronc.ru

11. ПОДПИСИ СТОРОН.

«ФИО»

М.П.

Исполнитель:
Тел/факс:

АКТ О ВИДАХ И ОБЪЕМЕ ПЛАНИРУЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
 по Договору № «Договор» от «Дата договора» г.
 на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг)

г. Москва

«__» _____ 20__ г.

Заказчик	«Заказчик»			
ФИО	«Клиент»			
Вид материала	Стволовые клетки			
№ хранения	«ИБ__»			
Срок хранения:	с	«ДатаГ» г.	по	«ДатаВ» г.

Код	Название мед/ услуги	Стоимость	Кол-во	Сумма
		1.		
		2.		
		3.		
		4.		
		5.		
		6.		
		7.		
		8.		
		9.		
	ИТОГО:			,00р.

Зав. отделения

М.П.

ИСПОЛНИТЕЛЬ

АКТ ПРИЕМКИ БИОМАТЕРИАЛА

Ф.И.О. «Клиент»

Вид материала Стволовые клетки «ИБ_»

Дата сбора «ДатаГ» время сбора

Дата доставки «ДатаГ» время доставки

Группа крови (нужное подчеркнуть) O(I) A(II) B(III) AB(IV)

Резус-фактор (нужное подчеркнуть) положит. отрицат.

Объем материала мл

Внешний вид материала Без особенностей

(отмечается цвет, наличие сгустков, преципитатов и другие особенности материала)

Гепатиты, RW, HIV Не выявлены

Заключение о качестве материала соответствует не соответствует
(нужное подчеркнуть)кол-во ЯК в материале $\times 10^9$

Ответственный за приемку (подпись)

Зав. отделения (подпись)

ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России
НИИ клинической онкологии/НИИ ДОГ

З А Я В К А В АПТЕКУ

«__» _____ 20__ г.

Пациент, дата рождения: _____

Мед/карта №: _____

Предполагаемая дата госпитализации/начало
терапии(ОБЯЗАТЕЛЬНО!!!): _____

Отделение: _____

Лечащий врач, № тел, e-mail: _____

Показания к закупке: _____

Источник финансирования: _____

ДМС

ПМУ (юридические лица)

ПМУ (физические лица)

Для оказания медицинской помощи пациенту прошу предоставить следующие ЛП:

№	Наименование лекарственного препарата (МНН), лекарственная форма, дозировка	Кол-во (уп., амп.)	Комментарий аптеки (наличие на складе аптеки, в контракте №..., отсутствует)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Лечащий врач

подпись

ФИО

Заведующий отделением

подпись

ФИО

Заведующий аптекой-провизор

дата

подпись

ФИО

Главный врач НИИ КО/НИИ ДОГ

дата

подпись

ФИО

Прошу согласовать закупку отсутствующих лекарственных препаратов на основании решения комиссии по закупке

Заместитель директора по общим вопросам

дата

подпись

ФИО

**ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России
НИИ клинической онкологии/НИИ ДОГ**

о б р а з е ц

З А Я В К А В А П Т Е К У

« 30 » января 2019 г.

Пациент, дата рождения:	Иванов Иван Иванович, 21.01.1977
Мед\карта №:	2018\11111-3
Предполагаемая дата госпитализации/начало терапии:	11.02.2019г
Отделение:	Клинической фармакологии и химиотерапии
Лечащий врач, № тел, e-mail:	Петров В.В., тел: 8(903)000-00-00, e-mail: dr.petrov@mail.ru
Показания к закупке:	3 курса химиотерапии по схеме XELOX
Источник финансирования:	ПМУ (физические лица)

Для оказания медицинской помощи пациенту прошу предоставить следующие ЛП:

№	Наименование лекарственного препарата (МНН), лекарственная форма, дозировка	Кол-во	Комментарий аптеки (наличие на складе аптеки, в контракте №..., отсутствует)
1.	Ондансетрон 8 мг, р-р д/в/в и в/м.введ.№5	9 амп.	наличие в контракте №1025
2.	Капецитабин 500 мг, таб. №120	1 упак.	отсутствует
3.	Оксалиплатин 5мг/мл-10мл (50мг) №1	5 фл.	наличие на складе аптеки
4.	Натрия хлорид р-р 0,9%, 250мл	1 фл	наличие на складе аптеки
5.	Глюкоза р-р 5%, 500мл	1 фл	наличие на складе аптеки
6.			
7.			

Лечащий врач

подпись

ФИО

Заведующий отделением

подпись

ФИО

Заведующий аптекой-провизор

дата

подпись

ФИО

Главный врач НИИ КО/НИИ ДОГ

дата

подпись

ФИО

Прошу согласовать закупку отсутствующих лекарственных препаратов на основании решения комиссии по закупке

Заместитель директора по общим вопросам

дата

подпись

ФИО

Образец заявления

ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России
НИИ КЛИНИЧЕСКОЙ ОНКОЛОГИИ/НИИ ДОГ

Главному врачу НИИ клинической онкологии
Бутенко А.В.
от пациента отделения _____
ФИО

Заявление

В связи с (указать диагноз) мне планируется проведение курса лечения с использованием лекарственных препаратов _____ (МНН) _____, так как (указать причину закупки лекарственного препарата под определенным торговым наименованием) *например: проведение предыдущих курсов химиотерапии с использованием лекарственных препаратов _____ осложнилось выраженной токсичностью.*

Прошу Вас согласовать лечение с применением следующих лекарственных препаратов по торговому наименованию:

1. (торговое наименование, доза, лек. форма ЛП) _____;
2. (торговое наименование, доза, лек. форма ЛП) _____.

Дата : _____ Подпись пациента: _____

Подпись пациента подтверждаю, леч.врач _____

Заявка на приобретение материально-технических ценностей

Прошу приобрести для (ФИО пациента, номер медицинской карты, название отделения)

Следующее:

Описание материально-технических ценностей (указывается только один вид товара)	Фирма изготовитель, каталожный номер Инвентарный № оборудования (заполняется при необходимости)	Единица измерения	Количество

Ф.И.О., должность, телефон лица, подавшего заявку: _____ / _____ /

«__» _____ 20__ г.

«Заявку подтверждаю _____ / _____ /

«__» _____ 20__ г.

Регистрация заявки в отделе снабжения

Ф.И.О. исполнителя _____

Входящий номер и дата поступления _____

Отрывной талон для структурного подразделения, подавшего заявку

Входящий номер и дата _____

Ф.И.О. исполнителя и дата _____

Приложение № 1 к Положению о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России от «31» марта 2020 г.

УТВЕРЖДАЮ
директор ФГБУ «НМИЦ
онкологии им. Н.Н.Блохина»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

И.С. Стилиди

**Регламент взаимодействия структурных подразделений
ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России
при предоставлении платных медицинских услуг**

Настоящий Регламент взаимодействия структурных подразделений при предоставлении платных медицинских услуг в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России (далее также медицинская организация или исполнитель) обязателен для соблюдения и исполнения всеми сотрудниками медицинской организации при предоставлении платных медицинских услуг (далее Регламент), которые оказываются в соответствии с Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг (далее Положение).

1. Договор об оказании платных медицинских услуг заключен между пациентом (его законным представителем) и медицинской организацией (Приложение № 1.1.) или Договор об оказании платных медицинских услуг заключен между пациентом (его законным представителем), медицинской организацией и заказчиком (физическим лицом) (Приложение № 1.2).

1.1. Основанием, для оказания платных медицинских услуг пациенту является договор на оказание платных медицинских услуг (Приложение № 1.1., № 1.2. к Регламенту), который заключается с пациентом (заказчиком) в день обращения, направление на получение платных медицинских услуг, содержащее перечень и цену планируемых услуг и документ об оплате планируемых услуг (Приложение № 1.1.3.; 1.2.3. к Регламенту).

1.2. Пациент (его законный представитель) подписывает информированное согласие пациента на обработку персональных данных по форме Приложения № 1.1.2., № 1.2.2. к Регламенту.

1.3. Пациент (его законный представитель) подписывает информированное добровольное согласие на получение первичной медико-санитарной помощи (Приложение № 1.3. к Регламенту) и соответствующие медицинские вмешательства по установленной в медицинской организации форме или добровольный отказ от видов медицинских вмешательств при получении первичной медико-санитарной помощи (Приложение № 1.3.1. к Регламенту).

1.4. При первичном обращении пациент или его законный представитель, желающий получить платные медицинские услуги, обращается в регистратуру поликлиники медицинской организации, для оформления медицинской карты и регистрации в медицинской информационной системе, а также для записи на прием к врачу, дальнейших исследований и координации по подразделениям центра.

Пациенту выдается направление на прием к врачу-онкологу, консультации к врачам клинических отделений, лабораторные и инструментальные обследования в диагностических отделениях медицинской организации, с разъяснениями о месте прохождения исследований.

1.5. При заключении договора пациенту (его законному представителю) (заказчику) в письменной форме предоставляется 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, а также гарантий предоставления гражданам специализированной медицинской помощи (Приложение № 1.1.2. и № 1.2.2. к Регламенту).

1.6. При заключении договора, по требованию, пациенту и (или) заказчику предоставляется информация о платных медицинских услугах в доступной форме, содержащая следующие сведения:

- порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
- информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи (предоставляется дежурными врачами амбулаторной службы).

1.7. На основании Прейскуранта платных медицинских услуг, плана обследования и/или лечения (при наличии на амбулаторном этапе) сотрудник группы организации платных медицинских услуг физическим лицам составляет Акт планируемой медицинской помощи, являющейся приложением к договору (Приложение №1.1.3. и № 1.2.3. к Регламенту). Акт визируется сотрудником группы организации платных медицинских услуг физическим лицам. Акт планируемой медицинской помощи представляется на подписание пациенту (или его законному представителю) (заказчику).

1.8. В рамках договора и на основании Акта планируемой медицинской помощи и направления пациент (его законный представитель) или заказчик производит оплату планируемой медицинской помощи.

Пациенту (или его законному представителю) или заказчику выдаются документы, подтверждающие произведенную оплату.

Фактом оказания медицинских услуг амбулаторного этапа является Реестр видов и объемов медицинской помощи, который составляется ежедневно и в конце отчетного месяца передается в бухгалтерию Медицинской организации.

Акт оказанных медицинских услуг амбулаторного этапа предоставляется по запросу Пациента (или его законного представителя) или заказчика.

1.9. При необходимости, после проведенного амбулаторного обследования, пациент может быть госпитализирован в медицинскую организацию. Решение о госпитализации принимается в соответствии с порядком, установленным в медицинской организации.

Заведующий профильного отделения принимает решение о назначении лечащего врача и составляется план обследования и лечения.

1.10. Лечащий врач профильного отделения формирует заявку на лекарственные препараты в соответствии с пунктом 3 настоящего Регламента.

1.11. На основании Прейскуранта платных медицинских услуг, плана обследования и/или лечения на госпитальном этапе сотрудник группы организации платных медицинских услуг физическим лицам составляет Акт планируемой медицинской помощи, являющейся приложением к договору. Акт визируется сотрудником группы организации платных медицинских услуг физическим лицам. Акт планируемой медицинской помощи представляется на подписание пациенту (или его законному представителю) (заказчику).

1.12. После оплаты стоимости медицинских услуг на госпитальном этапе сотрудниками приемного отделения оформляется медицинская карта стационарного больного и пациент направляется на лечение в профильное отделение стационара.

1.13. По окончании лечения (до выписки пациента) ответственным лицом профильного отделения, назначаемым заведующим профильного отделения, в систему заносятся данные по списанию лекарственных препаратов и расходных материалов.

1.14. Медицинская карта стационарного больного в день выписки, заполненная лечащим врачом и проверенная заведующим профильного отделения, передается ответственным лицом профильного отделения стационара в медицинскую канцелярию, далее в группу организации платных медицинских услуг физическим лицам для расчета стоимости лечения пациента.

Окончательный расчет за оказанные услуги производится в день выписки пациента.

Сотрудником группы организации платных медицинских услуг физическим лицам составляется Акт оказанных медицинских услуг (Приложение № 1.1.4., № 1.1.5., № 1.2.4. к Регламенту). Акт оказанных медицинских услуг составляется в двух (трех) экземплярах только на стационарный этап: один остается у пациента (заказчика), второй передается в бухгалтерию Медицинской организации.

1.15. По результатам окончательного расчета стоимости лечения стационарного больного, при меньшем объеме фактически оказанной медицинской помощи, чем было оплачено согласно Акту планируемой медицинской помощи, осуществляется возврат разницы денежных средств, а в случае оказания фактически большего объема медицинской помощи, пациентом (его законным представителем) (заказчиком) производится доплата разницы денежных средств в день выписки.

1.16. В день выписки лечащий врач профильного отделения только после полного расчета за оказанные платные услуги, выдает пациенту (его законному представителю) медицинские документы (копии медицинских документов), отражающие состояние его здоровья. Ответственность за закрытие стационарной карты, передачу ее в архив несет лечащий врач и заведующий отделением. Если все счета за лечение полностью оплачены сотрудниками группы организации платных медицинских услуг физическим лицам проставляют на обложке стационарной карты синюю печать: «Перерасчет произведен, дата, подпись». В случае если пациент не оплачивает выставленные за лечение счета после перерасчета, сотрудники группы организации платных медицинских услуг физическим лицам ставят на обложке стационарной карты красную печать «Перерасчет не произведен, дата, подпись». По факту обнаружения неоплаты в установленные сроки (в течении 5 рабочих дней после перерасчета), сотрудники группы организации платных медицинских услуг физическим лицам передают информацию в юридический отдел.

2. Договор об оказании платных медицинских услуг заключен между заказчиком (юридическим лицом), пациентом (его законным представителем) и медицинской организацией.

2.1. Основанием, для оказания платных медицинских услуг пациенту, направленному юридическим лицом (заказчиком), является договор на оказание платных медицинских услуг (Приложение № 2.1., № 2.2., № 2.3., № 2.4. к Регламенту).

2.2. Медицинская организация рассматривает запрос на оказание медицинских услуг и предоставляемые медицинские документы на пациента до 7 рабочих дней.

2.3. Пациент (его законный представитель) подписывает информированное согласие пациента на обработку персональных данных по форме Приложения № 1.1.2., № 1.2.2. к Регламенту.

2.4. Пациент (его законный представитель) подписывает информированное добровольное согласие на получение первичной медико-санитарной помощи (Приложение № 1.3. к Регламенту) и соответствующие медицинские вмешательства по установленной в медицинской организации форме или добровольный отказ от видов медицинских вмешательств при получении первичной медико-санитарной помощи (Приложение № 1.3.1. к Регламенту).

2.5. При заключении договора пациенту (его законному представителю), в письменной форме предоставляется 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, а также гарантий предоставления гражданам специализированной медицинской помощи (Приложение № 1.1.2., № 1.2.2. к Регламенту).

2.6. При первом обращении пациента или его законного представителя, по договору от юридического лица, желющего получить платные медицинские услуги, обращается в регистратуру медицинской организации, для оформления медицинской карты и регистрации в медицинской информационной системе, а также для записи на прием к врачу, дальнейших исследований и координации по подразделениям центра.

2.7. При заключении договора, по требованию, пациенту (его законному представителю) и (или) заказчику предоставляется информация о платных медицинских услугах в доступной форме, содержащая следующие сведения:

- порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
- информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи (предоставляется врачами).

2.8. После заключения договора заказчик направляет в адрес медицинской организации направление (гарантийное письмо) на получение медицинской помощи на пациента с указанием ФИО и паспортных данных на пациента и предварительного диагноза, предоставляет все необходимые документы для оказания услуг пациенту: подробный выписной эпикриз, результаты клинических анализов и инструментальных методов исследования.

2.9. Медицинская организация по запросу от заказчика, производит расчет стоимости планируемой медицинской помощи, необходимой пациенту и составляет Акт планируемой медицинской помощи, являющийся приложением к договору.

2.10. Договор и Акт планируемой медицинской помощи, направляются медицинской организацией заказчику для согласования и подписания.

После подписания заказчиком Договора и перечисления предоплаты на расчетный счет исполнителя на основании Акта планируемой медицинской помощи, медицинская организация принимает пациента на амбулаторное обследование/лечение.

2.11. В случае назначения лечащим врачом дополнительных обследований объем медицинских услуг согласовывается и оплачивается заказчиком дополнительно.

2.12. При необходимости, после проведенного амбулаторного обследования, пациент может быть госпитализирован в медицинскую организацию. Решение о госпитализации принимается в соответствии с порядком, установленным в медицинской организации.

Заведующий профильного отделения принимает решение о назначении лечащего врача и составляется план обследования и лечения.

2.13. На основании Прейскуранта платных медицинских услуг, плана обследования и/или лечения пациента сотрудник группы организации платных медицинских услуг юридическим лицам составляет Акт планируемой медицинской помощи в условиях стационара (дневного стационара) медицинского учреждения, являющегося приложением к договору. Акт визируется главным врачом медицинской организации.

2.14. Лечащий врач профильного отделения формирует заявку на лекарственные препараты и расходные материалы в соответствии с пунктом 3 настоящего Регламента.

2.15. Сотрудники группы организации платных медицинских услуг юридическим лицам в течение трех-пяти рабочих дней сообщают заказчику о предварительной стоимости лечения в условиях стационара (дневного стационара). После перечисления предоплаты на расчетный счет исполнителя медицинская организация принимает пациента на госпитализацию.

В день госпитализации на основании предоплаты или Гарантийного письма заказчика на пациента оформляется медицинская карта стационарного больного и пациент госпитализируется в профильное отделение.

2.16. По окончании лечения (до выписки пациента) ответственным лицом профильного отделения, назначаемым заведующим профильного отделения, в систему заносятся данные по списанию лекарственных препаратов и расходных материалов.

2.17. В день выписки лечащий врач профильного отделения выдает пациенту (его законному представителю) выписной эпикриз, отражающий состояние его здоровья и иные медицинские документы.

2.18. Медицинская карта амбулаторного/стационарного больного заполненная лечащим врачом в соответствии с действующим Прейскурантом (с указанием кода услуг), проверенная заведующим профильного отделения о наличии всех медицинских документов, после выписки в течение трех-пяти рабочих дней, в том числе информации о списании лекарственных препаратов и расходных материалов (где указаны наименование, количество и стоимость), передается в медицинскую канцелярию, далее в группу организации платных медицинских услуг юридическим лицам для фактического расчета стоимости лечения пациента.

2.19. Сотрудником группы организации платных медицинских услуг юридическим лицам составляется Акт оказанных медицинских услуг, реестр оказанных медицинских услуг не позднее 15 (пятнадцати) календарных дней с момента передачи амбулаторной/стационарной медицинской карты пациента в группу организации платных медицинских услуг юридическим лицам. Акт оказанных медицинских услуг, реестр оказанных медицинских услуг и счет на оплату/доплату направляются заказчику для окончательного расчета за оказанные медицинские услуги.

5

После осуществления расчета за оказанные услуги сотрудник группы организации платных медицинских услуг юридическим лицам обязан передать карту в медицинский архив учреждения для статистического анализа и последующего хранения.

2.20. Оплата медицинских услуг производится заказчиком в порядке и сроки, установленные в договоре.

3. Обеспечение пациента лекарственными препаратами

3.1. Заявка на предоставление лекарственных препаратов по форме согласно Приложению № 3 к Регламенту (далее – заявка) формируется лечащим врачом пациента на догоспитальном этапе (за 5-7 дней до госпитализации для источников финансирования ДМС и ПМУ ЮЛ) и передается в аптеку медицинской организации.

В заявке заполняются все предусмотренные графы (в том числе источник финансирования).

Заявка подписывается лечащим врачом и заведующим профильным отделением.

3.2. При необходимости использования дополнительных лекарственных препаратов в процессе госпитализации пациента – лечащий врач оформляет дополнительную заявку на лекарственные препараты и передает в аптеку медицинской организации.

Заявка подписывается лечащим врачом и заведующим профильным отделением. Если лекарственный препарат отсутствует на складе и необходима закупка лекарственного препарата, заявка должна быть подписана главным врачом соответствующего клинического института.

3.3. При отсутствии лекарственного препарата, заведующий аптекой передает комплект документов на согласование и проведение закупки заместителю директора по общим вопросам.

3.4. В графе заявки «показания к закупке» указывается цель госпитализации. При проведении курсового лечения указывается количество запланированных курсов лечения (закупка лекарственных препаратов производится на все курсы лечения).

3.5. Для закупки лекарственного препарата с определенным торговым наименованием пациенту (либо его законному представителю) необходимо оформить письменное заявление по форме Приложения № 3.2 к настоящему Регламенту и протокол врачебной подкомиссии по закупке по согласно действующему внутреннему приказу учреждения.

При наличии медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям) по решению врачебной подкомиссии по закупке осуществляется назначение и выписывание лекарственных препаратов: не входящих в стандарты медицинской помощи; по торговым наименованиям.

3.6. Уполномоченный сотрудник аптеки заполняет графы заявки «комментарий аптеки» о наличии/отсутствии лекарственного препарата по соответствующему источнику финансирования:

- лекарственный препарат находится на складе аптеки (возможна выдача лекарственного препарата в отделение по требованию);
- лекарственный препарат законтрактован (возможна выдача лекарственного препарата в отделение в течение 3-5 рабочих дней);
- лекарственный препарат отсутствует на складе аптеки и не законтрактован (возможна выдача лекарственного препарата в отделение после оформления документов для закупки лекарственного препарата в течение 3 рабочих дней и более).

3.7. Заведующий аптекой проверяет и подписывает заявку.

Скан копия заявки с комментариями аптеки направляется на рабочую почту лечащего врача информации в течение 2 (двух) рабочих дней после поступления заявки в аптеку.

3.9. О поступлении лекарственного препарата в аптеку, уполномоченный сотрудник аптеки в кратчайшие сроки информирует лечащего врача.

4. Обеспечение пациента расходными материалами

4.1. Заявка на приобретение материально-технических ценностей (Приложение 4 к Регламенту) формируется лечащим врачом и заведующим отделения исходя из потребностей и количества исследований. В заявке заполняются все предусмотренные графы. Заявка подписывается заведующим профильного отделения, главным врачом и заместителем директора.

4.1.1. Заявка на приобретение материально-технических ценностей передается через канцелярию учреждения заместителю директора по общим вопросам, после визы заместителя директора по общим вопросам - в отдел материально-технического снабжения, который сверяет остатки расходных материалов на складе.

4.2. Если медицинский расходный материал находится на складе отдела материально-технического снабжения, то выдается по требованию накладной в отделение. В требовании накладной указано наименование расходного материала, номенклатурный номер, количество и сумма. Подписывается материально-ответственным сотрудником отделения и заведующим склада отдела материально-технического снабжения.

4.3. Если медицинский расходный материал отсутствует на складе отдела материально-технического снабжения, то происходит процедура закупки. Способ закупки определяет финансово-экономический отдел учреждения.

4.4. При необходимости использования дополнительных материально-технических ценностей по жизненным показаниям, которые требует срочной закупки, лечащий врач оформляет служебную записку и справку, которые подписываются главным врачом, заведующим отделением, лечащим врачом. На основании этих документов формируется протокол решения подкомиссии на закупку расходного материала по жизненным показаниям, который подписывается главным врачом, заместителем главного врача, заведующим аптекой и секретарем подкомиссии. Происходит процедура закупки с поставщиком по методу сопоставимых рыночных цен (анализ рынка), заключается договор на основании ФЗ от 05.04.2013 № 44-ФЗ или ФЗ от 18 июля 2011 г. N 223-ФЗ. После получения первичных документов от поставщика, медицинский расходный материал приходится на склад отдела материально-технического снабжения, далее выдается в отделение по требованию накладной материально-ответственному сотруднику отделения.

Приложение № 3 к Регламенту взаимодействия структурных подразделений
ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России
при предоставлении платных медицинских услуг

**ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России
НИИ клинической онкологии/НИИ ДОГ**

З А Я В К А В АПТЕКУ

«__» _____ 20__ г.

Пациент, дата рождения:

Мед/карта №:

Предполагаемая дата госпитализации/начало
терапии(ОБЯЗАТЕЛЬНО!!!):

Отделение:

Лечащий врач, № тел, e-mail:

Показания к закупке:

Источник финансирования:

ДМС

ПМУ (юридические лица)

ПМУ (физические лица)

Для оказания медицинской помощи пациенту прошу предоставить следующие ЛП:

№	Наименование лекарственного препарата (МНН), лекарственная форма, дозировка	Кол-во (уп., амп.)	Комментарий аптеки (наличие на складе аптеки, в контракте №..., отсутствует)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Лечащий врач

подпись

ФИО

Заведующий отделением

подпись

ФИО

Заведующий аптекой-провизор

дата

подпись

ФИО

8

КОПИИ ДОГ

дата

подпись

ФИО

исовать закупку отсутствующих лекарственных препаратов на основании решения комиссии по закупке

Завеститель директора по общим вопросам

дата

подпись

ФИО

Приложение № 3.1. к Регламенту взаимодействия структурных подразделений
ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России
при предоставлении платных медицинских услуг

ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России НИИ клинической онкологии/НИИ ДОГ

о б р а з е ц

ЗАЯВКА В АПТЕКУ

« 30 » января 2019 г.

Пациент, дата рождения: **Иванов Иван Иванович, 21.01.1977**

Мед\карта №: **2018\11111-3**

Предполагаемая дата
госпитализации/начало терапии: **11.02.2019г**

Отделение: **Клинической фармакологии и химиотерапии**

Лечащий врач, № тел, e-mail: **Петров В.В., тел: 8(903)000-00-00, e-mail: dr.petrov@mail.ru**

Показания к закупке: **3 курса химиотерапии по схеме XELOX**

Источник финансирования: **ПМУ (физические лица)**

Для оказания медицинской помощи пациенту прошу предоставить следующие ЛП:

№	Наименование лекарственного препарата (МНН), лекарственная форма, дозировка	Кол-во	Комментарий аптеки (наличие на складе аптеки, в контракте №..., отсутствует)
1.	Ондансетрон 8 мг, р-р д/в/в и в/м.введ.№5	9 амп.	наличие в контракте №1025
2.	Капецитабин 500 мг, таб. №120	1 упак.	отсутствует
3.	Оксалиплатин 5мг/мл-10мл (50мг) №1	5 фл.	наличие на складе аптеки
4.	Натрия хлорид р-р 0,9%, 250мл	1 фл	наличие на складе аптеки
5.	Глюкоза р-р 5%, 500мл	1 фл	наличие на складе аптеки
6.			
7.			

Лечащий врач

подпись

ФИО

Заведующий отделением

подпись

ФИО

Заведующий аптекой-провизор

дата

подпись

ФИО

9

НИИ КО/НИИ ДОГ

дата

подпись

ФИО

согласовать закупку отсутствующих лекарственных препаратов на основании решения комиссии по закупке

Заместитель директора по общим вопросам

дата

подпись

ФИО

Приложение № 3.2. к Регламенту взаимодействия структурных подразделений
ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России
при предоставлении платных медицинских услуг

Образец заявления

ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России
НИИ КЛИНИЧЕСКОЙ ОНКОЛОГИИ/НИИ ДОГ

Главному врачу НИИ клинической онкологии
Бутенко А.В.
от пациента отделения _____
ФИО

Заявление

В связи с (указать диагноз) мне планируется проведение курса лечения с использованием лекарственных препаратов _____ (МНН), так как (указать причину закупки лекарственного препарата под определенным торговым наименованием) *например: проведение предыдущих курсов химиотерапии с использованием лекарственных препаратов _____ осложнилось выраженной токсичностью.*

Прошу Вас согласовать лечение с применением следующих лекарственных препаратов по торговому наименованию:

1. (торговое наименование, доза, лек. форма ЛП) _____;
2. (торговое наименование, доза, лек. форма ЛП) _____.

Дата : _____ Подпись пациента: _____

Подпись пациента подтверждаю, леч.врач _____

Приложение № 4 к Регламенту взаимодействия структурных подразделений
ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России
при предоставлении платных медицинских услуг

Заявка на приобретение материально-технических ценностей

Прошу приобрести для (ФИО пациента, номер медицинской карты, название отделения)

Следующее:

Описание материально-технических ценностей (указывается только один вид товара)	Фирма изготовитель, каталожный номер Инвентарный № оборудования (заполняется при необходимости)	Единица измерения	Количество

Ф.И.О., должность, телефон лица, подавшего заявку: _____ / _____ /

«__» _____ 20__ г.

«Заявку подтверждаю _____ / _____ /

«__» _____ 20__ г.

Регистрация заявки в отделе снабжения

Ф.И.О. исполнителя _____

Входящий номер и дата поступления _____

11

Отрывной талон для структурного подразделения, подавшего заявку

Входящий номер и дата _____

Ф.И.О. исполнителя и дата _____

протокол
и
сертификат
для
договоров
на оказание платных
медицинских услуг
№1
МОСКВА