

**Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Национальный Медицинский Исследовательский Центр  
онкологии имени Н.Н. Блохина»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

# П Р И К А З

«12» сентября 2022 г.

№ 351/П

г. Москва

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

В связи с необходимостью совершенствования процесса взаимодействия структурных подразделений ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России при предоставлении платных медицинских услуг

### ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести изменения в приказ от 31.03.2020 № 94/П «Об утверждении «Положения о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России», утвердив Регламент взаимодействия структурных подразделений ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России и приложения к нему (приложение № 1 к Положению) в новой редакции согласно приложению к настоящему приказу.

2. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя директора по экономике и финансам Нейфельд Д.А.

Директор  
профессор, академик РАН



И.С. Стилиди

СОГЛАСОВАНО:

Главный врач  
клинических институтов



« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022г.

И.А. Дорошев

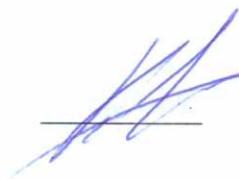
Директор научно-  
исследовательского института  
детской онкологии и гематологии



« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022г.

С.Р. Варфоломеева

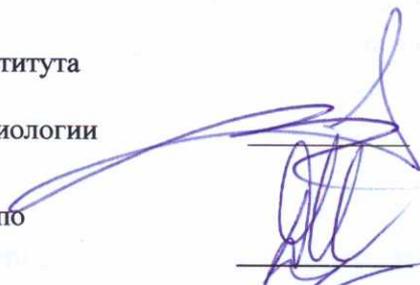
Директор научно-  
исследовательского института  
клинической онкологии  
им. академика РАН и РАМН Н.Н.  
Трапезникова



« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022г.

П.В. Кононец

Директор научно-  
исследовательского института  
клинической и  
экспериментальной радиологии



« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022г.

Б.И. Долгушин

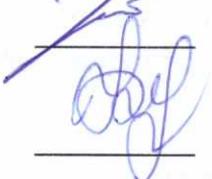
Заместитель директора по  
экономике и финансам



« 04 » 07 2022г.

Д.А. Нейфельд

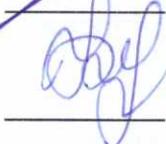
Главный бухгалтер



« 04 » 07 2022г.

В.Г. Крюков

Начальник отдела ФЭД



« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022г.

Л.Р. Рашмане

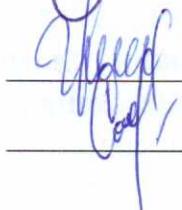
Руководитель службы  
внебюджетной медицинской  
деятельности



« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022г.

Ш.Р. Кашия

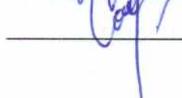
Начальник юридического отдела



« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022г.

В.П. Григоренко

Заведующий  
канцелярией



« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022г.

И.Б. Самосудова

Приложение к приказу о внесении изменений в «Положение о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина»

Минздрава России  
от 12.09.2022 № 351/П

Приложение № 1 к Положению о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России от 31.03.2020 г. № 94/П

## **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 (далее Регламент), 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, которые оказываются в соответствии с Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России (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.

1.2. Пациент (его законный представитель) подписывает информированное согласие пациента на обработку персональных данных по форме Приложения № 1.1.1., № 1.2.1. к Регламенту.

1.3. Пациент (его законный представитель) подписывает информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (Приложение № 1.3. к Регламенту) 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 службы внебюджетной медицинской деятельности по адресу: 115478, г. Москва, Каширское шоссе 23, корп. «1Б» (детство) каб. 11-17 ([www.ronc.ru](http://www.ronc.ru)), 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 - Информированное согласие на получение платных медицинских услуг (Приложение № 1.1.2., № 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 службы внебюджетной медицинской деятельности составляет направление на оплату и дополнительное соглашение к договору, являющейся неотъемлемой частью договора, визирует договор и дополнительное соглашение.

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

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

Фактом оказания медицинских услуг **амбулаторного** этапа является Реестр видов и объемов медицинской помощи (Приложение № 1.4) который составляется ежедневно и в конце отчетного месяца передается в бухгалтерию Центра. Пациенту (или его законному представителю) или заказчику предоставляется акт оказанных медицинских услуг **амбулаторного** этапа (Приложение № 1.1.4., 1.2.4.).

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 Центре.

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 и/или расходные материалы 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 по работе с физическими лицами службы внебюджетной медицинской деятельности составляет дополнительное соглашение к договору с указанием сроков оказания услуг (дата госпитализации и дата выписки) и направление на оплату.

Дополнительное соглашение к договору визирует сотрудник группы по работе с физическими лицами и представляет на подпись 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, назначенным заведующим профильного отделения, в систему заносятся данные по израсходованным лекарственным препаратам и расходным материалам.

1.14. Медицинская карта и аптечный лист (Приложение №1.5.) стационарного больного в день выписки, заполненные лечащим врачом и проверенные заведующим профильного отделения, передаются ответственным лицом профильного отделения стационара в группу по работе с физическими лицами для окончательного расчета стоимости лечения пациента. Окончательный расчет за оказанные услуги производится в день выписки пациента. Сотрудником группы по работе с физическими лицами составляется Акт оказанных медицинских услуг стационарного этапа (Приложение № 1.1.5., № 1.2.5 к Регламенту). Акт оказанных медицинских услуг составляется в двух (трех) экземплярах только на стационарный этап: один остается у пациента (заказчика), второй передается в бухгалтерию Центра, третий передается плательщику.

1.15. По результатам окончательного расчета стоимости лечения стационарного больного, при меньшем объеме фактически оказанной медицинской помощи, чем было оплачено согласно дополнительного соглашения к договору, 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 в кассу Центра.

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, сотрудник группы по работе с

физическими лицами проставляет на обложке стационарной карты синюю печать: «Перерасчет произведен, дата, подпись».

В случае если заказчик (пациент) при окончательном расчете отказывается подписывать дополнительное соглашение и вносить оплату, сотрудники группы по работе с физическими лицами ставят на обложке стационарной карты красную печать «Перерасчет не произведен, дата, подпись», а также направляют заказчику (пациенту): проект дополнительного соглашения, счет на оплату и сопроводительное письмо (Приложение №1.6.), со ссылкой на обязанность заказчика (пациента) в течение 10 рабочих дней с момента получения документов оплатить счет за оказанные медицинские услуги, а также подписать дополнительное соглашение и направить его в адрес Центра. Указанные документы должны быть направлены заказным письмом с уведомлением по адресу заказчика (пациента), указанному в договоре.

По факту обнаружения неоплаты сотрудники группы по работе с физическими лицами передают информацию и копию всех подтверждающих документов в юридический отдел по служебной записке.

## **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, является заключенный договор на оказание платных медицинских услуг (Приложение № 2.1, № 2.2, № 2.3 к Регламенту).

2.2. Медицинская организация рассматривает запрос от юридического лица и предоставленные медицинские документы на пациента для оказания медицинских услуг до 5 рабочих дней с момента заключения договора об оказании платных медицинских услуг.

2.3. При заключении договора (по требованию пациента (его законного представителя)

и (или) юридического лица) 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).

2.4. Медицинская организация по запросу от юридического лица производит предварительный расчет стоимости планируемой медицинской помощи на основании плана обследования и лечения пациента, составленного лечащим врачом/заведующим отделением, и составляет Реестр планируемой медицинской помощи (Приложение № 2.4.), являющийся Приложением к договору.

2.5. Договор и Реестр планируемой медицинской помощи, по запросу, направляются медицинской организацией юридическому лицу для согласования и подписания.

После подписания юридическим лицом Договора и подтверждения оплаты аванса (направление копии платёжного поручения на электронную почту [dms101@ronc.ru](mailto:dms101@ronc.ru), [dms102@ronc.ru](mailto:dms102@ronc.ru), [dms107@ronc.ru](mailto:dms107@ronc.ru)) юридическим лицом медицинская организация принимает пациента на амбулаторное обследование/стационарное лечение.

2.6. После заключения договора с юридическим лицом об оказании платных медицинских услуг юридическое лицо 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, также предоставляет все необходимые документы для оказания услуг пациенту: подробный выписной эпикриз, результаты клинических анализов и инструментальных методов исследования (если имеются).

2.7. При первичном обращении пациента или его законного представителя по договору от юридического лица, направившего пациента на платные медицинские услуги, пациент обращается в регистратуру платных медицинских услуг медицинской организации для оформления медицинской карты и регистрации в медицинской информационной системе, а также для записи на прием к врачу и проведения обследований. По всем возникающим вопросам пациент (его

законный представитель) обращается в службу внебюджетной медицинской деятельности по работе с юридическими лицами (далее СВМД ЮЛ) по телефонам 8-499-324-71-40, 8-499-324-75-29, 8-499-324-24-54.

2.8. Пациент (его законный представитель) подписывает информированные согласия: на обработку персональных данных пациента и биологического материала (Приложение №2.5); на медицинское вмешательство (Приложение №2.5); добровольное согласие на передачу (получение) сведений, составляющих врачебную тайну (Приложение №2.6) по форме, утвержденной в медицинской организации.

2.9. При необходимости, после проведенного амбулаторного обследования, пациент может быть госпитализирован в медицинскую организацию. Все госпитализации должны быть заранее согласованы лечащим врачом/заведующим отделения с сотрудниками СВМД ЮЛ для подтверждения гарантии оплаты. Все изменения в процессе обследования/лечения от ранее запланированных объемов медицинских услуг предварительно согласовываются лечащим врачом/заведующим отделения с сотрудником СВМД ЮЛ.

2.10. Лечащий врач профильного отделения формирует заявку на лекарственные препараты (Приложение №3) и расходные материалы (Приложение №4) в соответствии с пунктами 3-4 настоящего Регламента.

2.11. Сотрудники группы СВМД ЮЛ в срок до 5 рабочих дней сообщают юридическому лицу о предварительной стоимости лечения в условиях стационара (дневного стационара). После подтверждения оплаты аванса (направление копии платёжного поручения на электронную почту [dms101@ronc.ru](mailto:dms101@ronc.ru), [dms102@ronc.ru](mailto:dms102@ronc.ru), [dms107@ronc.ru](mailto:dms107@ronc.ru)) юридическим лицом медицинская организация принимает пациента на госпитализацию.

2.12. В день госпитализации на основании Гарантийного письма от юридического лица на пациента оформляется медицинская карта стационарного больного и пациент госпитализируется в профильное отделение.

2.13. В день выписки лечащий врач профильного отделения выдает пациенту (его законному представителю) выписной эпикриз, отражающий объем проведенного лечения и иные медицинские документы.

2.14. По окончании лечения (в день выписки пациента) медицинская карта стационарного больного, заполняется лечащим врачом в соответствии с

действующим Прейскурантом или тарифами ОМС для силовых структур (МВД) (с указанием кода услуг).

Ответственное лицо профильного отделения заносит в информационную систему данные по списанию лекарственных препаратов и расходных материалов, где указаны наименование, количество и стоимость. Также печатная версия, подписанная ответственным лицом, дублируется в стационарную карту пациента.

2.15. Медицинская карта, проверенная заведующим профильного отделения, передается

в медицинскую канцелярию/архив в срок до 5 рабочих дней после выписки пациента. Если выписка пациента происходит в последних числах месяца, то медицинская карта должна быть оформлена и передана в медицинскую канцелярию/архив в срок до 2 рабочих дней после выписки пациента.

2.16. Сотрудником группы СВМД ЮЛ составляется акт оказанных медицинских услуг (Приложение №2.8, 2.8.1., 2.8.2), реестр оказанных медицинских услуг (Приложение №2.7) не позднее 15 (пятнадцати) календарных дней с момента передачи амбулаторной/стационарной медицинской карты пациента в группу СВМД ЮЛ. После осуществления расчета за оказанные услуги сотрудник группы СВМД ЮЛ обязан передать медицинскую карту стационарного больного в медицинский архив учреждения для статистического анализа и последующего хранения.

Акт оказанных медицинских услуг, реестр оказанных медицинских услуг и счет на оплату/доплату направляются юридическому лицу для оплаты оказанных медицинских услуг.

2.17. Оплата медицинских услуг производится юридическим лицом в порядке и сроки, установленные в договоре.

### **3. Обеспечение пациента лекарственными препаратами**

3.1 Заявка в аптеку (приложение №3) на предоставление лекарственных препаратов формируется лечащим врачом на догоспитальном этапе (минимум за 5-7 дней до госпитализации). При необходимости предоставления дополнительных лекарственных препаратов в процессе госпитализации – лечащий врач оформляет еще одну заявку на лекарственные препараты для данного пациента.

В случае оплаты лечения юридическим лицом заявку необходимо предварительно согласовать с сотрудником СВМД ЮЛ для получения гарантии оплаты.

- 3.2 В заявке лечащий врач заполняет все предусмотренные графы.
- 3.3 Обязательно указывается источник финансирования, по которому пациент госпитализируется на лечение.
- 3.4 В графе «показания к закупке» указывается цель данной госпитализации. При проведении курсового лечения – приветствуется указание количества запланированных курсов лечения (закупка лекарственных препаратов будет также проведена сразу на указанное количество курсов).
- 3.5 В таблице лекарственные препараты указываются по **МНН (международное непатентованное наименование)**.
- 3.6 При желании пациента и наличии оснований (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям) возможна закупка лекарственных препаратов с определенным торговым наименованием. Для данной закупки необходимо оформить письменное заявление от пациента (либо его законного представителя) (Приложение №3.2.) и протокол врачебной подкомиссии по закупке (согласно приказу по центру).
- 3.7 Оформление заявления и протокола врачебной комиссии могут проводиться на амбулаторном этапе.
- 3.8 Заявка в аптеку подписывается лечащим врачом, заведующим профильного отделения.
- 3.9 Заявка (с\без заявления больного) и решение врачебной комиссии передаются в аптеку (каб. №151).
- 3.10 В аптеке, уполномоченное лицо заполняет графы «комментарий аптеки»:
- наличие лекарственных препаратов на складе аптеки (выдача лекарственных препаратов в отделение по требованию);
  - наличие лекарственных препаратов в контракте (выдача лекарственных препаратов в отделение в течение 3-5 рабочих дней\*);
  - отсутствие лекарственных препаратов на складе аптеки и в контрактах (оформление документов для закупки лекарственных препаратов (после согласования и оформления контракта) выдача лекарственных препаратов в отделение в течение 3 рабочих дней и более\*);
  - ориентировочная стоимость лекарственных препаратов.
- 3.11 Заведующий аптекой проверяет (в части касающейся) и подписывает заявку.

3.12 Если лекарственные препараты отсутствуют, сотрудник отдела СВМД подтверждает наличие гарантии оплаты (в части касающейся) и подписывает заявку.

3.13 Если лекарственные препараты отсутствуют и необходима закупка лекарственных препаратов, заявку подписывает главный врач.

\*при условии наличия лекарственных препаратов на складе поставщиков и отсутствия дефектуры.

3.14 Уполномоченный сотрудник аптеки информирует старшую медсестру/лечащего врача о поступлении лекарственных препаратов в аптеку. Сотрудникам группы СВМД ЮЛ информация о поступлении лекарственных препаратов передается по электронной почте [dms101@ronc.ru](mailto:dms101@ronc.ru), [dms103@ronc.ru](mailto:dms103@ronc.ru).

#### **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 случае оплаты лечения юридическим лицом заявку необходимо предварительно согласовать с сотрудником группы СВМД ЮЛ для получения гарантии оплаты.

В заявке заполняются все предусмотренные графы. После согласования подтверждения

оплаты на расходные материалы сотрудником группы СВМД ЮЛ заявка подписывается лечащим врачом, заведующим профильным отделением, главным врачом, начальником отдела материально-технического снабжения и заместителем директора.

4.2 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.

4.3. 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.

Если медицинский расходный материал отсутствует на складе отдела материально-технического снабжения, то происходит процедура закупки.

4.4. Уполномоченный сотрудник отдела материально-технического снабжения информирует старшую медсестру/лечащего врача о поступлении расходного материала. Сотрудникам СВМД ЮЛ информация о поступлении расходного материала передается по электронной почте [dms101@ronc.ru](mailto:dms101@ronc.ru), [dms103@ronc.ru](mailto:dms103@ronc.ru).

4.5. При необходимости использования дополнительных материально-технических ценностей по жизненным показаниям, которые требуют 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, заключается договор на основании Федерального закона от 05.04.2013 № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» или Федерального закона от 18.07.2011 № 223-ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц». 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.

## **5. Заключительные положения**

5.1 Получение платных медицинских услуг не лишает пациента возможности получения 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 при наличии соответствующих условий.

5.2 Решение об оказании медицинской помощи без взыскания платы принимается врачебной комиссией при наличии подтвержденного злокачественного диагноза по согласованию с руководителем службы внебюджетной медицинской деятельности и главным врачом клинических институтов. За услуги, оказанные в

соответствии с договором на оказание платных медицинских услуг, взимается плата, предусмотренная договором.

5.3. Для принятия решения об оказании медицинской помощи без взыскания платы необходимы следующие сведения о пациенте: полис ОМС, СНИЛС, регистрация по месту жительства.

Приложение № 1.1. к Регламенту  
взаимодействия структурных подразделений  
ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.  
Блохина» Минздрава России  
при предоставлении платных медицинских  
услуг

Договор N \_\_\_\_\_  
об оказании платных медицинских услуг

г. Москва

" " \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_, именуемый (-ая)  
в дальнейшем «Пациент», с одной стороны, и федеральное государственное  
бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр  
онкологии имени Н.Н. Блохина» Министерства здравоохранения Российской  
Федерации, 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".

## 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 в размере, 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. 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 Дополнительное соглашение (приложение № 1 к настоящему Договору), 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. 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.

4.7. Подписываемый Сторонами Акт об оказанных медицинских услугах является подтверждением оказания услуг Исполнителем Пациенту (или его законному представителю).

4.8. 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.

4.9. Пациент (или его законный представитель) обязуется произвести окончательный расчет за оказанные стационарные услуги в день подписания Акта об оказанных медицинских услугах.

4.10. 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).

4.11. Без согласия Пациента (или его законного представителя) Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

4.12. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется 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".

4.13. К отношениям, связанным с исполнением настоящего Договора, применяются положения Закона Российской Федерации от 07.02.1992 N 2300-1 "О защите прав потребителей".

4.14. 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. РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА**

5.1. Пациент (или его законный представитель) в любое время, до фактического оказания услуг, возместив Исполнителю фактически понесенные расходы, может отказаться от исполнения настоящего Договора путем направления (передачи) Исполнителю письменного заявления об отказе от Договора. Договор прекращает действие (утрачивает свою юридическую силу) с момента подписания Сторонами соглашения о расторжении договора оказания платных медицинских услуг.

5.2. Возврат денежных средств, за неоказанные по Договору услуги, производится на основании заявления Пациента (или его законного представителя) с приложением документов, подтверждающих произведенную оплату.

## **6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

6.1. 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.

6.2. 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.

6.3. 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".

6.4. По соглашению Сторон указанная в п. 6.3 настоящего Договора неустойка может быть выплачена за счет уменьшения стоимости предоставленной медицинской услуги, предоставления Пациенту дополнительных услуг без оплаты, возврата части ранее внесенного аванса.

6.5. 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.

6.6. 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.

6.7. 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.

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

6.9. 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.

## **7. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ**

7.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

7.2. При не урегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

## **8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

8.1. Настоящий Договор заключается на один год с момента заключения.

8.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию Сторон.  
8.3. 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.

## 9. ИНЫЕ УСЛОВИЯ

9.1. Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

9.2. Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

9.3. 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).

9.4. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются:

9.4.1. Дополнительное соглашение к договору (Приложение № 1).

9.4.2. Акт об оказанных медицинских услугах (форма) (Приложение № 5, № 6).

## 10. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

**Пациент:**

ФИО

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
дата рождения «\_\_» \_\_\_\_\_ г., паспорт серии \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ выдан  
«\_\_» \_\_\_\_\_ г., код-подразделения \_\_\_\_\_, зарегистрирован (а) по  
адресу: \_\_\_\_\_)  
свидетельство о рождении \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
телефон: \_\_\_\_\_

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

**Исполнитель:** федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н.  
Блохина» Министерства здравоохранения Российской Федерации. 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; адрес: 115522, г. Москва, Каширское ш., д.24;  
Телефон: 8(499)324-24-24

**Реквизиты:** ИНН 7724075162/ КПП 772401001, ОГРН 1037739447525 УФК по г. Москве Р/счет 03214643000000017300, л/с 20736У14790, БИК 004525988 ГУ Банка России по ЦФО/ УФК по г. Москве г. Москва, номер счета банка 40102810545370000003, ОКВЭД 72.19 ОКПО 01897624, ОКФС 12, ОКОПФ 75103, ОКСМ 643

**Регистрация:** Регистрационный номер, присвоенный до 1 июля 2002 года (029.931); дата регистрации до 1 июля 2002 года – 02.02.1994; наименование органа, зарегистрировавшего юридическое лицо до 1 июля 2002 года – Государственное учреждение Московская регистрационная палата.

**Сведения о регистрирующем органе по месту нахождения юридического лица:** Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы № 46 по г. Москве; адрес регистрирующего органа – 125373, г.Москва, Походный проезд, домовладение 3, стр.2

#### ПОДПИСИ СТОРОН:

<b>Пациент или его законный представитель:</b>	<b>Исполнитель:</b>
_____ (ФИО)	_____ (ФИО, должность) 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)

Приложение №1 к Договору

## 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 работниках, оказавших медицинскую помощь, проводивших медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных, 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 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 осуществляется 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 отправление 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)

Приложение № 1.1.2. к Регламенту  
взаимодействия структурных подразделений  
ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина»  
Минздрава России при предоставлении платных  
медицинских услуг

Приложение № 2 к Договору

## **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 \_\_\_\_ :

Приложение № 1.1.4. к Регламенту  
взаимодействия структурных подразделений  
ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.  
Блохина» Минздрава России  
при предоставлении платных медицинских  
услуг

Приложение № 5 к Договору

Амбулаторный этап

## АКТ ОБ ОКАЗАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГАХ

по Договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

на предоставление медицинских услуг

г. Москва \_\_\_\_\_ г.

Мы, нижеподписавшиеся, \_\_\_\_\_, далее по тексту «ЗАКАЗЧИК», \_\_\_\_\_, 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-\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.), 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

1.Код услуги Наименование услуги кол-во сумма (0,00 руб)

2.Код услуги Наименование услуги кол-во сумма (0,00 руб)

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

\_\_\_\_\_  
ЗАКАЗЧИК: \_\_\_\_\_

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 федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н.  
Блохина» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 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](http://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. 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:

3.1.1.1. 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 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 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 Дополнительное соглашение (приложение № 1 к настоящему Договору), 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. 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.

4.7. Подписываемый Сторонами Акт об оказанных медицинских услугах является подтверждением оказания услуг Исполнителем Пациенту и Заказчику.

4.8. 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.

4.9. Заказчик обязуется произвести окончательный расчет за оказанные стационарные услуги в день подписания Акта об оказанных медицинских услугах.

4.10. 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.

4.11. Без согласия Пациента и Заказчика Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

4.12. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется 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".

4.13. К отношениям, связанным с исполнением настоящего Договора, применяются положения Закона Российской Федерации от 07.02.1992 N 2300-1 "О защите прав потребителей".

4.14. 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. РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА**

5.1. Заказчик в любое время, до фактического оказания услуг, возместив Исполнителю фактически понесенные расходы, может отказаться от исполнения настоящего Договора путем направления (передачи) Исполнителю письменного заявления об отказе от Договора. Договор прекращает действие (утрачивает свою юридическую силу) с момента подписания Сторонами соглашения о расторжении договора оказания платных медицинских услуг.

5.2. Возврат денежных средств, за неоказанные по Договору услуги, производится на основании заявления Заказчика с приложением документов, подтверждающих произведенную оплату.

## **6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

6.1. 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.

6.2. 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.

6.3. 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".

6.4. По соглашению Сторон указанная в п. 6.3 настоящего Договора неустойка может быть выплачена за счет уменьшения стоимости предоставленной медицинской услуги, предоставления Пациенту дополнительных услуг без оплаты, возврата части ранее внесенного аванса.

6.5. 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.

6.6. 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.

6.7. 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.

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

6.9. 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.

## **7. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ**

7.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

7.2. При не урегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

## **8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

8.1. Настоящий Договор заключается на один год с момента заключения.

8.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию Сторон.

8.3. 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.

## 9. ИНЫЕ УСЛОВИЯ

9.1. Все дополнительные соглашения Сторон, подписываемые Сторонами, являются его неотъемлемой частью.

9.2. Договор составлен в 3 (трех) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

9.3. 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).

9.4. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются:

9.4.1. Дополнительное соглашение к договору (Приложение № 1).

9.4.2. Акт об оказанных медицинских услугах (форма) (Приложение № 5, № 6).

## 10. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

**Пациент:**

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

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

**Заказчик:** ФИО \_\_\_\_\_, дата рождения  
«\_\_» \_\_\_\_\_ г., паспорт серии \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ выдан  
\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ г. код-подразделения  
\_\_\_\_\_, зарегистрирован(а) по адресу: \_\_\_\_\_  
телефон: \_\_\_\_\_

**Исполнитель:** федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н.  
Блохина» Министерства здравоохранения Российской Федерации. 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; адрес: 115522, г. Москва, Каширское ш., д.24;  
Телефон: 8(499)324-24-24

**Реквизиты:** ИНН 7724075162/ КПП 772401001, ОГРН 1037739447525 УФК по г. Москве Р/счет 03214643000000017300, л/с 20736У14790, БИК 004525988 ГУ Банка России по ЦФО/ УФК по г. Москве г. Москва, номер счета банка 40102810545370000003, ОКВЭД 72.19 ОКПО 01897624, ОКФС 12, ОКОПФ 75103, ОКСМ 643

**Регистрация:** Регистрационный номер, присвоенный до 1 июля 2002 года (029.931); дата регистрации до 1 июля 2002 года – 02.02.1994; наименование органа, зарегистрировавшего юридическое лицо до 1 июля 2002 года – Государственное учреждение Московская регистрационная палата.

**Сведения о регистрирующем органе по месту нахождения юридического лица:** Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы № 46 по г. Москве; адрес регистрирующего органа – 125373, г.Москва, Походный проезд, домовладение 3, стр.2

#### ПОДПИСИ СТОРОН:

**Пациент или его  
законный  
представитель:**

**Заказчик:**

**Исполнитель:**

Медицинская  
организация

\_\_\_\_\_ (ФИО)

\_\_\_\_\_ (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)

Приложение №1 к Договору

## 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 работниках, оказавших медицинскую помощь, проводивших медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных, 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 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 осуществляется 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)

## 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 \_\_\_\_:\_\_\_\_\_

Приложение № 1.2.4. к Регламенту  
взаимодействия структурных подразделений  
ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина»  
Минздрава России  
при предоставлении платных медицинских услуг  
Приложение № 5 к Договору  
Амбулаторный этап

**АКТ ОБ ОКАЗАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГАХ**  
по Договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.  
на предоставление медицинских услуг

г. Москва \_\_\_\_\_ г.

Мы, нижеподписавшиеся, \_\_\_\_\_, далее по тексту «ЗАКАЗЧИК», \_\_\_\_\_, 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-\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.), далее по тексту «ИСПОЛНИТЕЛЬ», в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_, с другой стороны, составили настоящий Акт о том, что согласно Договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г. Пациенту ФИО \_\_\_\_\_ 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

1. Код услуги Наименование услуги кол-во сумма (0,00 руб)

2. Код услуги Наименование услуги кол-во сумма (0,00 руб)

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

\_\_\_\_\_ ПАЦИЕНТ

\_\_\_\_\_ ЗАКАЗЧИК

М.П

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

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

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



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)

Приложение № 1.6.. к Регламенту  
взаимодействия структурных подразделений  
ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.  
Блохина» Минздрава России  
при предоставлении платных медицинских  
услуг

**\*КОМУ\***

**\*КУДА\***

В соответствии с договором об оказании платных медицинских услуг от **\*ДАТА\*** № **\*НОМЕР\***, заключенному между ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России и **\*ФИО\***, оказаны медицинские услуги на сумму **\*СУММА\***, что подтверждается медицинскими документами. Сумма неоплаченных медицинских услуг по указанному договору составляет **\*СУММА ДОЛГА\***.

В связи с изложенным направляю акт об оказанной медицинской помощи, проект дополнительного соглашения и счет на оплату.

Прошу оплатить счет и направить подписанные экземпляры акта об оказанной медицинской помощи и дополнительного соглашения в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России по адресу: 115478, Каширское ш., д. 24 в течение **\*\*** дней с момента получения настоящего письма.

В случае отказа удовлетворить заявленное требование в добровольном порядке ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России будет вынужден обратиться в суд за защитой своих прав и законных интересов.

Приложение:

Приложение № 2.1. к Регламенту  
взаимодействия структурных подразделений  
ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.  
Блохина» Минздрава России  
при предоставлении платных медицинских  
услуг

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

г. Москва

«дата\_договора» г .

Юридическое лицо (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 № 1).

1.3 ЗАКАЗЧИК оплачивает ИСПОЛНИТЕЛЮ стоимость оказанной ЗАСТРАХОВАННЫМ медицинской помощи, в пределах, определенных направлением (гарантийным письмом) на лечение от ЗАКАЗЧИКА (Приложение №1). Характер медицинских услуг, их объем и срок оказания самостоятельно определяются ИСПОЛНИТЕЛЕМ исходя из состояния пациента и поставленного ему диагноза с учетом информации, содержащейся в направлении (гарантийном письме). Увеличение сроков оказания медицинских услуг и (или) их объема по сравнению с указанными в направлении (гарантийном письме) может производиться только по согласованию СТОРОН. Оплата осуществляется на основании Прейскуранта (Приложение №2) на медицинскую помощь, утвержденного ИСПОЛНИТЕЛЕМ, согласованного СТОРОНАМИ.

1.4 Виды медицинской помощи, оказываемой ЗАСТРАХОВАННЫМ, определяются в соответствии с лицензией ИСПОЛНИТЕЛЯ (Приложение № 3), 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 необходимости оказания ЗАСТРАХОВАННОМУ медицинской помощи, не входящей в перечень видов медицинской помощи, предоставляемых ИСПОЛНИТЕЛЕМ.

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, 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 40 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 объёме медицинской помощи. ЗАКАЗЧИК оплачивает выставленный счет в течение 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 направления претензий. Претензия должна быть направлена СТОРОНЕ письмом с объявленной ценностью с описью вложения и уведомлением о вручении либо вручена нарочно. Опись вложения должна позволять однозначно идентифицировать вложенные в письмо документы. К претензии в обязательном порядке должны быть приложены подтверждающие претензионные требования документы и документ, подтверждающий полномочия лица на подписание претензии. В противном случае претензионный порядок будет считаться не соблюденным.

5.9 Срок рассмотрения претензии 10 (десять) рабочих дней с момента ее получения.

5.10 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 следующий 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 – Образец направления на лечение от ЗАКАЗЧИКА (Гарантийное письмо);

- Приложение № 2 – Прейскурант ИСПОЛНИТЕЛЯ (в экземпляре ЗАКАЗЧИКА);

- Приложение № 3 – 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: 115522, 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»

«ФИО»

М.П.

«СОГЛАСОВАНО»

«Должность» «Заказчик»

«ФИО»

М.П.

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

«Должность»

«ФИО»

М.П.

«УТВЕРЖДАЮ»

М.П.

Приложение № 2.2. к Регламенту взаимодействия  
структурных подразделений  
ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина»  
Минздрава России при предоставлении платных  
медицинских услуг

ДОГОВОР № \_\_\_\_\_

на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг)

г. Москва

«Дата\_договора» г.

Юридическое лицо, 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 \_\_\_\_\_ «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. ПЛАТЕЛЬЩИК обязуется произвести оплату по настоящему Договору ИСПОЛНИТЕЛЮ за оказанные ЗАКАЗЧИКУ медицинские услуги.

1.3. Перечень, сроки оказания и стоимость Услуг, согласованных с Пациентом и Заказчиком, содержатся в Приложении (-ях) к настоящему Договору.

1.4. Начало лечения проводится после перечисления ПЛАТЕЛЬЩИКОМ аванса на расчетный счет ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России – «Сумма\_счета»,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 ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России 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 услугах 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 ПЛАТЕЛЬЩИКОМ, 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.

4.8 ПЛАТЕЛЬЩИК в любое время, до фактического оказания услуг, возместив ИСПОЛНИТЕЛЮ фактически понесенные расходы, может отказаться от исполнения настоящего Договора путем направления (передачи) письменного заявления об отказе от Договора. Договор прекращает действие (утрачивает свою юридическую силу) с момента подписания Сторонами соглашения о расторжении договора оказания платных медицинских услуг.

4.8. Возврат денежных средств, за не оказанные по Договору услуги, производится на основании заявления Заказчика с приложением документов, подтверждающих произведенную оплату.

## **5. СТОИМОСТЬ РАБОТ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

5.1. Сумма аванса по данному договору составляет «Сумма\_счета»,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 – Сведения о лицензии исполнителя (в экземпляре ЗАКАЗЧИКА)

- Приложение № 2 – Направление (Гарантийное письмо).

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: 115522, 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:

## 10. ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ

Медицинская организация

\_\_\_\_\_

ПЛАТЕЛЬЩИК

Юридическое лицо

«Должность»

«ФИО»

ЗАКАЗЧИК

Гражданин

«Клиент»

Исполнитель:

Тел/факс:

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

г. Москва

«Дата\_договора»г.

Юридическое лицо, 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 № ФС-77-01-007374 от 02.02.2021г. (Приложение №2).

1.3 Оплата ЗАКАЗЧИКОМ услуг, оказываемых ИСПОЛНИТЕЛЕМ, осуществляется на основании утвержденного ИСПОЛНИТЕЛЕМ и согласованного с Заказчиком Прейскуранта на платные медицинские услуги, оказываемые ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России (Приложение №1).

1.4 Основанием предоставления ПАЦИЕНТАМ медицинской помощи является направление (гарантийное письмо) ЗАКАЗЧИКА на получение медицинской помощи (Приложение №3).

1.5 Характер медицинских услуг, их объем и срок оказания самостоятельно определяются ИСПОЛНИТЕЛЕМ исходя из состояния пациента и поставленного ему диагноза с учетом информации, содержащейся в направлении (гарантийном письме). Увеличение сроков оказания медицинских услуг и (или) их объема по сравнению с указанными в направлении (гарантийном письме) может производиться только по согласованию СТОРОН. Оплата осуществляется на основании Прейскуранта (Приложение №1) на медицинскую помощь, утвержденного ИСПОЛНИТЕЛЕМ, согласованного СТОРОНАМИ.

1.6 ЗАКАЗЧИК оплачивает ИСПОЛНИТЕЛЮ стоимость оказываемой ПАЦИЕНТАМ медицинской помощи по счетам в соответствии с п. 3.1-3.12 Договора.

1.7 Количество ПАЦИЕНТОВ, направляемых для оказания медицинской помощи, определяется и письменно согласовывается СТОРОНАМИ по каждому случаю отдельно исходя из потребностей ЗАКАЗЧИКА и возможностей ИСПОЛНИТЕЛЯ.

1.8 Сроки предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору указываются в Реестре о видах и объеме медицинской помощи.

## 2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. ЗАКАЗЧИК обязуется:

2.1.1. выдать ПАЦИЕНТУ направление (Гарантийное письмо) 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 оказываемую 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:

2.4.3. требовать от ЗАКАЗЧИКА выполнения обязательств, взятых на себя согласно настоящему Договору;

2.4.4. 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.

2.4.5. ИСПОЛНИТЕЛЬ вправе не оказывать услуги по направлениям (гарантийным письмам) ЗАКАЗЧИКА в случае, если ЗАКАЗЧИК не произвел предварительную оплату в соответствии с п. 3.1-3.2 Договора или размер остатка неизрасходованных денежных средств, уплаченных ЗАКАЗЧИКОМ, меньше размера стоимости медицинских услуг, которые необходимо оказать в соответствии с данными направлениями (гарантийными письмами). Об отказе в оказании услуг ИСПОЛНИТЕЛЬ обязан письменно уведомить ЗАКАЗЧИКА.

### **3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

3.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ направляет ЗАКАЗЧИКУ счет на предварительную оплату за медицинскую помощь, предусмотренную настоящим Договором. ЗАКАЗЧИК производит предоплату за услуги в сумме \_\_\_\_\_ рублей на основании выставленного ИСПОЛНИТЕЛЕМ счета.

3.2. В случае если остаток денежных средств, уплаченных ЗАКАЗЧИКОМ в качестве предоплаты, составляет менее \_\_\_\_\_ рублей, ИСПОЛНИТЕЛЬ направляет ЗАКАЗЧИКУ новый счет на предварительную оплату за медицинскую помощь, предусмотренную настоящим Договором в размере, указанном в п. 3.1., или в ином размере по согласованию СТОРОН.

3.3. Оказываемые услуги не облагаются НДС в соответствии с пп.2 п.2 ст. 149 Налогового кодекса РФ.

3.3. Счет должен содержать все необходимые реквизиты для перечисления денег и ссылку на настоящий Договор.

3.4. Счет, направленный по электронной почте, является полноценным документом для проведения оплаты, с последующей заменой его оригиналом в течение 30 дней.

3.5. Расчеты между СТОРОНАМИ ведутся безналичным платежом, в рублях или иным образом по согласованию между СТОРОНАМИ.

3.6. По завершении процесса оказания услуг (не позднее 40 дней после окончания курса оказания медицинской помощи ПАЦИЕНТУ) ИСПОЛНИТЕЛЬ направляет ЗАКАЗЧИКУ Акт об оказанных медицинских услугах.

3.7. ЗАКАЗЧИК в течение 10-ти рабочих 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 ненаправления ЗАКАЗЧИКОМ подписанного Акта об оказанных медицинских услугах или мотивированного отказа в указанные сроки, услуги считаются оказанными в полном объеме.

3.8. 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.

3.9. 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.

3.10. 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. Заказчик вправе предъявить ИСПОЛНИТЕЛЮ претензию, связанную с конкретным ПАЦИЕНТОМ, не позднее 30-ти дней с момента выписки ПАЦИЕНТА.

5.2. 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 или вернуть другой СТОРОНЕ все полученное от нее, связанное с предметом претензии.

5.3. 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.

5.4. 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. Ответственность за причинение вреда здоровью ПАЦИЕНТА регулируется гражданским законодательством Российской Федерации.

5.7. Все споры и разногласия, которые могут возникнуть из настоящего Договора или в связи с ним, СТОРОНЫ будут стремиться разрешать путем переговоров.

5.8. В случае, если споры и разногласия не будут урегулированы путем переговоров, они подлежат передаче на рассмотрение в Арбитражный суд г.Москвы.

5.9. По вопросам, не предусмотренным настоящим Договором, стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

## **6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

6.1. Настоящий Договор действует с «Дата\_договора» 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 каждый последующий календарный 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;
- неоднократные (от двух и более раз) нарушения ЗАКАЗЧИКОМ сроков оплаты оказанных услуг, допущенные по вине ЗАКАЗЧИКА, при условии своевременной сдачи отчетных документов ЗАКАЗЧИКУ.

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:**

Юридическое лицо

«Расчетный\_счет»

Адрес юридический: «Адрес»

Адрес почтовый:

Тел.: «Телефон\_»

факс: «Факс»

E-mail: «Email»

**ИСПОЛНИТЕЛЬ:**

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: dms101@ronc.ru,  
dms102@ronc.ru, dms103@ronc.ru

**ЗАКАЗЧИК:**

«Должность»«Код»\_\_\_\_\_

«ФИО»

М.П.

**ИСПОЛНИТЕЛЬ:**

М.П.

**ПОДПИСИ СТОРОН**

«СОГЛАСОВАНО»

«Должность» «Заказчик»

«ФИО»

М.П.

«УТВЕРЖДАЮ»

М.П.

г. Москва

### **Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я, \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_,  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

даю информированное добровольное согласие на следующие виды медицинских вмешательств:

1. Опрос, в том числе сбор жалоб и анамнеза;
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование;
3. Забор биологических образцов тканей и жидкостей для диагностических целей;
4. Антропометрические исследования;
5. Термометрия;
6. Тонометрия;
7. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций;
8. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций;
9. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);
10. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, микроскопические, вирусологические, иммунологические, молекулярно-генетические;
11. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных);
12. Эндоскопические методы исследования;
13. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования;
14. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно;
15. Медицинский массаж;
16. Лечебная физкультура;

17. Операция по переливанию крови и ее компонентов;
18. Хирургическое вмешательство и анестезия;
19. Химиотерапия;
20. Лучевая терапия;
21. Аутологичная трансплантация гемопоэтических клеток;
22. Радиоизотопные исследования (сцинтиграфия, ОФЭКТ/КТ, ПЭТ/КТ);
23. Радионуклидная терапия для получения мною медико-санитарной помощи в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Медицинским работником \_\_\_\_\_ в доступной для меня форме 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, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323 -ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я полностью понимаю суть изложенного выше текста, не имею претензий к медицинскому работнику относительно доступности и объема предоставленной информации.

**Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего (представляемого ребенка или лица, признанного недееспособным) здоровья:**

ФИО гражданина: \_\_\_\_\_  
(подпись)

## Согласие на обработку персональных данных и биологического материала

Я \_\_\_\_\_,  
паспорт: \_\_\_\_\_, выдан:

\_\_\_\_\_ код подразделения: \_\_\_\_\_, дата рождения:  
\_\_\_\_\_, проживающий(ая) по адресу:

\_\_\_\_\_, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 № 152-ФЗ «О персональных данных» и Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», подтверждаю свое согласие на обработку ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России (далее – Оператор) образцов биологического материала, полученных в ходе медицинских вмешательств, а также персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС, страховой номер индивидуального страхового счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью – в медико-профилактических и научных целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом (лицами), профессионально занимающимся медицинской и научной деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания мне Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать образцы биологического материала, полученные в ходе медицинских вмешательств, и персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с образцами биологического материала, полученными в ходе медицинских вмешательств, и персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующие предоставление отчетных данных (документов) по ОМС и в рамках научных исследований Оператора. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС на обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой медицинской организацией: \_\_\_\_\_ и территориальным фондом ОМС с использованием цифровых 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. Сроки хранения персональных данных соответствуют сроку хранения первичных медицинских документов и составляют двадцать пять лет для стационара и пять лет для поликлиники. Передача

персональных данных иным лицам или иное их соглашение может осуществляться с моего письменного согласия. Настоящие согласие, данное мной, действует бессрочно. Оставляю за собой право отозвать свое согласие по средствам составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи. Я полностью понимаю суть изложенного выше текста, не имею претензий к медицинскому работнику относительно доступности и объема предоставленной информации.

Контактный телефон: ;

ФИО

субъекта

персональных

данных:

\_\_\_\_\_ (прописать полностью собственноручно)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

г. Москва

**Информированное добровольное согласие  
на передачу сведений, составляющих  
врачебную тайну**

**ФИО пациента** \_\_\_\_\_ дата рождения, зарегистрированный(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_ в соответствии с частью 3 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" даю информированное добровольное согласие на передачу сведений, составляющих врачебную тайну и касающихся меня, \_\_\_\_\_

**Настоящее согласие, данное мной, действует бессрочно. Я уведомлен(а), что могу без объяснения причин отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа.**

ФИО субъекта персональных данных \_\_\_\_\_  
(прописать полностью собственноручно) (подпись)

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

ФИО медицинского работника \_\_\_\_\_  
(Подпись)

Приложение № 2.8. к Регламенту  
взаимодействия структурных подразделений  
ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.  
Блохина» Минздрава России  
при предоставлении платных медицинских  
услуг

## АКТ ОБ ОКАЗАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГАХ

к Договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.  
на предоставление лечебно-профилактической помощи  
(медицинских услуг)

г. Москва

\_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_, далее по тексту «СТРАХОВЩИК», имеющий лицензию  
\_\_\_\_\_ на право проведения страховой деятельности, в лице  
\_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_, с  
одной стороны, и

ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, далее по  
тексту «ИСПОЛНИТЕЛЬ», имеющий лицензию на осуществление медицинской  
деятельности № \_\_\_\_\_, в лице \_\_\_\_\_,  
действующего на основании \_\_\_\_\_, с другой стороны,

составили настоящий Акт приемки медицинских услуг, по Договору на  
предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по  
добровольному медицинскому страхованию № \_\_\_\_\_ от  
\_\_\_\_\_ г. (далее по тексту - Договор) о том, что ИСПОЛНИТЕЛЬ в  
период с \_\_\_\_\_ г. по \_\_\_\_\_ г. в соответствии с условиями  
Договора оказал, а СТРАХОВЩИК принял медицинские услуги, оказанные  
гражданам, застрахованным у СТРАХОВЩИКА, в соответствии со счетом  
№ \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. на сумму \_\_\_\_\_,00 руб.

Общая стоимость оказанных услуг за отчетный период составила  
\_\_\_\_\_. Перечень оказанных ИСПОЛНИТЕЛЕМ и  
принятых СТРАХОВЩИКОМ в соответствии с настоящим Актом медицинских  
услуг содержится в Реестре, который является приложением к вышеуказанному  
счету.

Все медицинские услуги, оказанные ИСПОЛНИТЕЛЕМ и принятые  
СТРАХОВЩИКОМ в соответствии с настоящим Актом соответствуют условиям  
Договора и Программам добровольного медицинского страхования  
СТРАХОВЩИКА.

Медицинские услуги НДС не облагаются.

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

\_\_\_\_\_

*Представитель СТРАХОВЩИКА*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_)

Главный бухгалтер

\_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_)

М.П.

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

*Представитель ИСПОЛНИТЕЛЯ*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_)

Главный бухгалтер

\_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_)

М.П.

Приложение № 2.8.1. к Регламенту  
взаимодействия структурных подразделений  
ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.  
Блохина» Минздрава России  
при предоставлении платных медицинских  
услуг

## АКТ ОБ ОКАЗАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГАХ

по Договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.  
на предоставление лечебно-профилактической помощи  
(медицинских услуг)

г. Москва

\_\_\_\_\_ г.

Мы, нижеподписавшиеся, \_\_\_\_\_, далее по тексту ЗАКАЗЧИК, в лице \_\_\_\_\_, с одной стороны, и ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина» Минздрава России, далее по тексту ИСПОЛНИТЕЛЬ, в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_, с другой стороны, составили настоящий Акт о том, что согласно Договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г. на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг), за период с \_\_\_\_\_ г. по \_\_\_\_\_ г. ИСПОЛНИТЕЛЕМ были оказаны медицинские услуги \_\_\_\_\_ на общую сумму \_\_\_\_\_,00р. (\_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_ копеек) согласно прилагаемому Реестру о видах и объеме медицинской помощи.

Стороны претензий к качеству оказанных услуг не имеют.

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

ИСПОЛНИТЕЛЬ

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

М.П.

\_\_\_\_\_

ЗАКАЗЧИК

М.П.

\_\_\_\_\_

Приложение № 2.8.2. к Регламенту  
взаимодействия структурных подразделений  
ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.  
Блохина» Минздрава России  
при предоставлении платных медицинских  
услуг

**АКТ ОБ ОКАЗАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГАХ**  
по Договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.  
на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг)

г. Москва

\_\_\_\_\_ г.

Мы, нижеподписавшиеся, \_\_\_\_\_, далее по тексту "ЗАКАЗЧИК",  
\_\_\_\_\_, далее по тексту ПЛАТЕЛЬЩИК, в лице \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_, с одной стороны, и  
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный  
медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н.Блохина»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации (лицензия  
\_\_\_\_\_), далее по тексту "ИСПОЛНИТЕЛЬ", в лице \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_, с другой стороны,  
составили настоящий Акт о том, что согласно Договору № \_\_\_\_\_ от  
\_\_\_\_\_ г. на предоставление лечебно-профилактической помощи  
(медицинских услуг) за период с \_\_\_\_\_ г. по \_\_\_\_\_ г.,  
ИСПОЛНИТЕЛЕМ были оказаны медицинские услуги на общую сумму  
\_\_\_\_\_ р. (\_\_\_\_\_ рублей \_\_\_ копейки) согласно прилагаемому  
Реестру о видах и объеме медицинской помощи.

Стороны претензий к качеству оказанных услуг не имеют.

Медицинские услуги НДС не облагаются.

**ИСПОЛНИТЕЛЬ**

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Приложение № 2.7. к Регламенту  
взаимодействия структурных подразделений  
ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.  
Блохина» Минздрава России  
при предоставлении платных медицинских  
услуг

## РЕЕСТР О ВИДАХ И ОБЪЕМЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

по Договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг)

г. Москва

№ п/п	Ф.И.О. пациента	И.б .	Сроки лечения	Код ПМУ	Наименование ПМУ	Цена	Кол- во	Сумма
1						1.		
						2.		
						3.		
						4.		
						5.		
						6.		
						7.		
						8.		
						9.		
						10.		

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

\_\_\_\_\_  
МП

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 ДОиГ**

**З А Я В К А В А П Т Е К У**

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 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.)	Общая ориентировочная стоимость ЛП	Комментарий аптеки (наличие на складе аптеки, в контракте №..., отсутствует)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Заведующий отделением

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
ФИО

Заведующий аптекой-провизор

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
ФИО

Лечащий врач

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
ФИО

Сотрудник отдела ПМУ

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
ФИО

Главный врач НИИ КО/ДоиГ/КЭР

\_\_\_\_\_  
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 ДОиГ**

**о б р а з е ц**

**З А Я В К А В А П Т Е К У**

« 30 » января 2022 г.

Пациент, дата  
рождения:

**Иванов Иван Иванович, 21.01.1977**

Мед\карта №:

**2018\11111-3**

Предполагаемая дата  
госпитализации/начало  
терапии:

**11.02.2022г**

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	Общая ориентировочная стоимость ЛП	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.	9*35 = 210	наличие в контракте №1025

2.	Карюоплатин (Тева) 450 мг, №2	1 упак.	1*1952= 1952	отсутствует
3.	Натрия хлорид р-р 0,9%, 250мл	1 фл	1*30 = 30	наличие на складе аптеки
4.	Глюкоза р-р 5%, 500мл	1 фл	1*25= 250	наличие на складе аптеки
	<b>ИТОГО</b> (общая сумма заявки)		<b>2 4442</b>	

Лечащий врач

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

ФИО

Заведующий отделением

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

ФИО

Заведующий аптекой-провизор

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

ФИО

Сотрудник отдела ПМУ

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

ФИО

Главный врач НИИ КО/ДОиГ/КЭР

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

ФИО

Образец заявления  
**ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России**  
НИИ КЛИНИЧЕСКОЙ ОНКОЛОГИИ/НИИ ДОиГ/КиЭР

Главному врачу НИИ КО/ДОиГ/КиЭР  
ФИО  
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	Стоимость

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 Договору**

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

**НАПРАВЛЕНИЕ\* № 0707003-1**

**К ДОГОВОРУ № DV.117208.0517**

Карта №  
2017/13226

Кабинет  
номер 3176

Пациент или его  
законный  
представитель: *ФИО*

Дата  
рождения 01.04.1975

Заказчик: *ФИО*

Дата  
рождения 01.04.1975

Источник: ПМУ

*Составитель заказа: Попова Ирина Анатольевна*

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

**Подразделение исполнитель: 10.10.00.00. Отделение  
позитронной эмиссионной томографии**

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
<b>Итого сумма:</b>			<b>45000.00</b>

Без отметки кассира об оплате НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНО (при отсутствии отметки, проверить: кассовый чек и наличие статуса "ОПЛАЧЕН" для данного заказа) (\*направление предназначено для оплаты и вложения в медицинскую карту пациента).

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

**Приложение № 1.0**

Дополнительное соглашение от \_\_\_\_\_ (дата формирования заказа)  
К договору об оказании платных медицинских услуг № DV.117208.0517 от  
31.05.2017

Сроки оказания услуг с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

Карта № 2017/13226

Пациент: ФИО

Дата 01.04.19  
рождения 75

Плательщик: ФИО

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:

\_\_\_\_\_ (ФИО)

\_\_\_\_\_ (ФИО)  
МП

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

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

**НАПРАВЛЕНИЕ\* № 0707003-1**

**К ДОГОВОРУ № ДВ.117208.0517**

Карта №  
2017/13226

Кабинет  
номер 3176

Пациент или его  
законный  
представитель: *ФИО*

Дата  
рождения 01.04.1975

Заказчик: *ФИО*

Дата  
рождения 01.04.1975

Источник: ПМУ

*Составитель заказа: Попова Ирина Анатольевна*

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

**Подразделение исполнитель: 10.10.00.00. Отделение  
позитронной эмиссионной томографии**

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
<b>Итого сумма:</b>			<b>45000.00</b>

Без отметки кассира об оплате НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНО (при отсутствии отметки, проверить:  
кассовый чек и наличие статуса "ОПЛАЧЕН" для данного заказа) (\*направление  
предназначено для оплаты и вложения в медицинскую карту пациента).

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

Приложение № 1.0 Дополнительное соглашение от \_\_\_\_\_  
К договору об оказании платных медицинских услуг № ДВ.117208.0517 от  
31.05.2017

Сроки оказания услуг с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

Карта № 2017/13226

Пациент или его

законный  
представитель: *ФИО*

Дата  
рождения 01.04.1975

Заказчик: *ФИО*

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
<b>Итого сумма:</b>			<b>45000.00</b>

**ПОДПИСИ СТОРОН:**

**Пациент или его  
законный  
представитель:**

**Заказчик:**

**Исполнитель:**

\_\_\_\_\_ (ФИО)

\_\_\_\_\_ (ФИО)

ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.  
Блохина»  
Минздрава России  
\_\_\_\_\_ (ФИО)

М.П.

**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 \_\_\_\_\_ сумма прописью \_\_\_\_\_

код услуги	Наименование услуги	кол-во	сумма( руб.)

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** \_\_\_\_\_

**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 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 трёх экземплярах по одному для каждой из сторон.  
составили настоящий Акт о том, что согласно Договору № \_\_\_\_\_

**ИСПОЛНИТЕЛЬ**  
ФГБУ "НМИЦ онкологии им.  
Минздрава России  
  
М.П.

**ПАЦИЕНТ**  
\_\_\_\_\_  
**ФИО** \_\_\_\_\_  
  
**ЗАКАЗЧИК**  
\_\_\_\_\_  
**ФИО** \_\_\_\_\_