**ДОГОВОР**

**на оказание платных медицинских и немедицинских услуг**

г. Иркутск «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_г.

Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Иркутская городская клиническая больница №3» (ОГБУЗ «ИГКБ №3») адрес: 664007, г. Иркутск, ул. Тимирязева № 31, свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ № 1023801030494 выдан МИФНС № 17 по Иркутской области, именуемое в дальнейшем «Испо**л**нитель», в лице главного врача Кузнецова А.И., действующего на основании Устава, с одной стороны и гражданин (ка)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(за недееспособного, ограниченно дееспособного, строку заполняют законные представители: мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель),

потребитель медицинской услуги, именуемый(ая) в дальнейшем Потребитель, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_именуемый(ая) в дальнейшем Заказчик, с другой стороны, при совместном наименовании «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **Предмет договора**
	1. На основании медицинских показаний, а также желания Потребителя (Заказчика), Исполнитель в соответствии с Правилами предоставления платных медицинских услуг населению, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006 предоставляет, а Потребитель (Заказчик) оплачивает медицинские услуги (далее услуги). В случае если Заказчик одновременно является Потребителем, далее по тексту Договора он именуется «Потребитель».
	2. Исполнитель обязуется, оказывать Потребителю (Заказчику) по его желанию на возмездной основе медицинские услуги, согласованные с Потребителем (Заказчиком) и отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, в объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, сверх территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. Перечень платных медицинских услуг и их стоимость, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, определен в Приложении № 1 к договору, являющемуся его неотъемлемой частью.
	3. Потребитель (Заказчик), при заключении договора, информирован о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи (медицинских услуг) без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
2. **Порядок, сроки оказания услуг, их стоимость и порядок оплаты**
	1. Настоящий Договор носит разовый характер и заключен на срок оказания медицинской услуги.
	2. Продление срока оказания услуг осуществляется по медицинским показаниям и оформляется дополнительным соглашением сторон к договору.
	3. Стоимость оказываемых услуг устанавливается на основании Прейскуранта, утвержденного в медицинской организации, предоставляющей платные медицинские услуги, и действующего на день оказания услуг. Стоимость предоставленных платных медицинских услуг НДС не облагается. Стоимость предоставленных платных немедицинских услуг - НДС предусматривается в соответствии с установленным режимом налогообложения.
	4. Оплата производится на условиях 100 % авансового платежа в безналичном порядке на расчетный счет либо наличными деньгами в кассу Исполнителя. На руки Потребителю (Заказчику) выдаются кассовые чеки, копии чеков и/или другой документ, подтверждающий прием Исполнителем наличных денег.
	5. Исполнитель вправе принять в качестве расчета за оказанные медицинские услуги медицинскую страховку Потребителя на условиях и в порядке, предусмотренных Договором Исполнителя со страховой медицинской организацией и страховым полисом Потребителя по программе ДМС (добровольного медицинского страхования).
	6. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя (Заказчика).
	7. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения Стороны заключают на эти услуги новый договор с учетом уточненного диагноза, сложности операции и иных затрат на лечение. Оказание дополнительных платных услуг **Исполнителем** без письменного согласия **Потребителя** (Заказчика) не допускается.
	8. При уменьшении объема, стандарта оплаченных медицинских услуг в процессе их предоставления, в том числе и/или при отказе Потребителя (Заказчика) от каких либо услуг, производится перерасчет стоимости медицинской услуги на основании дополнительного соглашения сторон, заключенного в письменной форме, подписанного обеими сторонами.
	9. Устранение недостатков, возникших из-за ненадлежащего качества оказания услуг либо предоставление дополнительных услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы за счет Исполнителя.
	10. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (Заказчика) или законного представителя Потребителя, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан (Приложение № 2 к настоящему договору).
3. **Права и обязанности Исполнителя**
	1. Исполнитель имеет право:

- требовать от Потребителя выполнения всех предписаний, назначений, рекомендаций и условий, обеспечивающих своевременное, эффективное и качественное предоставление услуги в процессе ее оказания и после ее завершения (режим, диета, ограничение нагрузок, отказ от курения и употребления спиртных напитков и др.);

- в случае возникновения неотложных состояний, самостоятельно, по жизненным показаниям определять объем диагностических исследований, манипуляций, медицинских вмешательств, необходимых для уточнения диагноза и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной договором без взимания платы.

- получать от Потребителя письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;

3.2. Исполнитель обязан:

- оказать Потребителю медицинские услуги, согласно настоящему договору, качество которых должно соответствовать условиям договора, а при невозможности определить в договоре условия об их качестве - требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида. В случае если федеральным законом, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых платных медицинских услуг должно соответствовать этим требованиям.

- предоставить Потребителю бесплатную, доступную и достоверную информацию о режиме работы, представляемых медицинских услугах с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения услуг, а также сведения о квалификации специалистов, о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи и другие сведения, относящиеся к предмету договора.

- предоставить Потребителю (законному представителю Потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения. Об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

- в отношении каждого Потребителя вести требуемую медицинскую документацию, после исполнения договора выдать Потребителю (законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

- соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

1. **Права и обязанности Потребителя (Заказчика)**

4.1. Потребитель имеет право:

- на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, а также на отказ от него. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается Потребителем (законным представителем Потребителя) и лечащим врачом.

- выбрать лечащего врача (с учетом его согласия);

- получать от Исполнителя для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме информацию о состоянии здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения. Об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению;

- требовать проведения консилиума или консультаций других специалистов.

4.2. Потребитель обязан:

- прибыть для получения услуги в назначенное Исполнителем время, информировать врача до оказания услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, кроме того, Потребитель обязуется не изымать из медицинской карты амбулаторного больного результаты обследований и прочую медицинскую документацию;

- без письменного согласия Исполнителя не выносить свою медицинскую карту за пределы лечебного учреждения, в противном случае Исполнитель не несет ответственности за сохранность и достоверность сведений, содержащихся в данной медицинской карте;

- точно выполнять все предписания, назначения и рекомендации медицинского персонала Исполнителя;

- своевременно оплатить стоимость предоставляемых медицинских услуг;

- осуществлять прием всех препаратов и процедур, рекомендованных лечащим врачом Исполнителя и после выписки на амбулаторное долечивание;

- неукоснительно соблюдать правила лечебно-охранительного режима и внутреннего распорядка Исполнителя в течение всего периода пребывания в нем.

**5. Конфиденциальность и защита персональных данных**

5.1. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя (Заказчика) за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляющие врачебную тайну.

5.2. С согласия Потребителя (Заказчика) или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Потребителя.

5.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Потребителя (Заказчика) или его законного представителя допускается в целях обследования и лечения Потребителя, не способного из-за своего состояния выразить свою волю и в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ и установленных ст.13 ФЗ РФ № 323-ФЗ от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

5.4. Потребитель даёт согласие на обработку своих персональных данных, указанных в договоре с использованием или без использования средств автоматизации в целях заключения и исполнения настоящего договора в соответствии с ФЗ РФ № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных».

1. **Ответственность сторон и порядок рассмотрения споров**
	1. В соответствии с законодательством Российской Федерации Исполнитель несет ответственность перед Потребителем (Заказчиком) за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.
	2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.3. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение услуги, если это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения Потребителем (Заказчиком) своих обязанностей по договору, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

6.4. Споры и разногласия решаются путем переговоров, при необходимости с проведением независимой экспертизы, в случае не достижения согласия сторонами, согласно законодательству Российской Федерации.

**7. Срок действия договора и порядок расторжения договора**

7.1. Срок действия настоящего Договора: с «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г. по «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г.

7.2. Изменения и расторжения договора возможны по соглашению сторон. По инициативе одной из сторон договор может быть расторгнут по основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

7.3. Потребитель (Заказчик) вправе отказаться от получения медицинских услуг в любое время (расторгнуть договор об оказании платных медицинских услуг) при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

**8. Особые условия**

8.1. Потребитель (Заказчик), при подписании настоящего договора, ознакомлен с правилами лечебно-охранительного режима, внутреннего распорядка Исполнителя, с перечнем предоставляемых Исполнителем услуг, с условиями их предоставления, ценой.

8.2. Потребитель (Заказчик), до подписания настоящего договора, уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника Исполнителя, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

* 1. До подписания настоящего Договора Потребитель (Заказчик) ознакомлен с прейскурантом цен. По медицинским показаниям и/или с согласия Потребителя (Заказчика) ему могут быть оказаны и иные услуги, объем, перечень и стоимость которых согласовывается с Потребителем (Заказчиком).
	2. Действующие Федеральный закон от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, Постановление Правительства РФ от 04.10.2012г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Закон РФ от 07.02.1992г. № 2300-1 «О защите прав потребителей», учредительные документы Исполнителя, лицензия на осуществление медицинской деятельности (с Приложением), прейскурант цен размещены на сайте Исполнителя [www.gkb3.irk.ru](http://www.gkb3.irk.ru) и информационных стендах Исполнителя, находящиеся в приемном отделении стационара по адресу: г. Иркутск, ул. Тимирязева, 31, в поликлинике по адресу: г. Иркутск, ул. Тимирязева, 35; г. Иркутск, ул. Ленина, 38; г. Иркутск, ул. Красного Восстания, 5; в административном корпусе по адресу: г. Иркутск, ул. Тимирязева, 33 (2 этаж, кабинет бухгалтерии), в кабинетах неотложной травматологии и ортопедии (№№1,3) по адресам: г. Иркутск, ул. Тимирязева, 31 (травматологический пункт № 1), ул. Джамбула, 2 (травматологический пункт № 3).

8.5. Потребитель (Заказчик) согласен, что при подписании настоящего договора и любых дополнительных соглашений к нему, Исполнитель вправе использовать аналог собственноручной подписи, проставляемой посредством клише с факсимиле подписи, что не противоречит требованиям ст.160 Гражданского кодекса Российской Федерации.

**9. Прочие условия**

9.1. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

9.2. Договор составлен в 3-х экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй у Заказчика, третий - у Потребителя. В случае если договор заключается Потребителем и Исполнителем, он составляется в 2-х экземплярах. Все экземпляры договора имеют равную силу.

**10. Адреса и реквизиты сторон**

**Исполнитель:**

ОГБУЗ «ИГКБ №3» Адреса: - юридический: 664007, г. Иркутск, ул.Тимирязева, 31

- почтовый: 664007, г. Иркутск, ул.Тимирязева, 31

Телефон (3952) 29-00-04, факс (3952) 29-00-04; Электронный адрес: gkb3e@mail.ru

Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ серия 38 № 001603159 Регистрирующий орган: Регистрационная палата Администрации г. Иркутска.

Банковские реквизиты: Получатель: Минфин Иркутской области (ОГБУЗ ИГКБ №3 л/счёт 80302090203)

ОГРН 1023801030494; ИНН 3808024865; КПП 380801001; БИК 042520001; р/с 40601810500003000002

Отделение Иркутск

Лицензия на осуществление медицинской деятельности, выданной министерством здравоохранения Иркутской области (тел. 26-51-87, г. Иркутск, ул. Сухэ-Батора, 15).

Наименование работ и услуг в соответствии с Приложением № 1 от «25» июня 2019 г. к лицензии № ЛО-38-01-003566 от «25» июня 2019г.

**Потребитель (законный представитель): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (Ф.И.О., адрес места жительства, паспортные данные, телефон)

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

**Заказчик: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (Ф.И.О., адрес места жительства, паспортные данные, телефон)

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

**11. Подписи Сторон**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Исполнитель:**Главный врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.И. КузнецовМ.П. |  | **Потребитель** **(законный представитель):**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**Заказчик:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |

**Приложение № 1**

**к договору от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_г.**

г. Иркутск «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_г.

В соответствии с п. 1.2. Договора на оказание платных медицинских услуг от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_г., заключенного между Потребителем (Заказчиком) и Исполнителем, Стороны договорились о нижеследующем:

Исполнитель обязуется оказать Потребителю, а Потребитель (Заказчик) оплатить следующие услуги:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование услуги | Количество | Стоимость за единицу (в руб.) | Общая стоимость (в руб.) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | ИТОГО: |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Исполнитель:**Главный врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.И. КузнецовМ.П. |  | **Потребитель** **(законный представитель):**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**Заказчик:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |

**Приложение № 2 к договору от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_г**.

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации, а также иные медицинские услуги и медицинские вмешательства для получения платных медицинских услуг в ОГБУЗ «ИГКБ № 3»

*Я,*

(фамилии, имя, отчество полностью гражданина, иного законного предствителя) года рождения, проживающий (-ая) (зарегистрированный (ая) ]адресу:

даю информированное добровольное согласие на виды 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 Минздравсоцразвития России от 23.04.2012г. № 390н, при оказании мне медицинской помощи в ОГБУЗ «ИГКБ № 3»: 1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование. 3. Антропометрические исселдования.4. Термометрия. 5. Тонометрия. 6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций. 7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций. 8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы). 9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические. 10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография. 11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования. 12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно. 13. Медицинский массаж. 14. Лечебная физкультура (нужное подчеркнуть).

Иные медицинские услуги и медицинские вмешательства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Медицинским работником\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

-Я ознакомлен (на) с перечнем видов медицинских вмешательств, в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в Перечень видов медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинских вмешательств.

Запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать какие, если имеются исключения).

Я согласен (а) на применение всех необходимых по моему состоянию здоровья лекарственных препаратов (в т.ч. для анестезии), за исключением: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать какие, если имеются исключения).

Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы.

Получив полную информацию о предстоящих медицинских вмешательствах, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно соглашаюсь на виды медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, а также иные медицинские услуги и медицинские вмешательства:

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

Подпись Ф.И.О. гражданина, иного законного представителя

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

Подпись Ф.И.О. медицинского работника

«\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_\_\_\_г.

АКТ ПРИЕМКИ - СДАЧИ РАБОТ ПО ДОГОВОРУ НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ И НЕМЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

N \_\_\_\_\_\_\_\_ ОТ "\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_г.

  г. Иркутск "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

**Исполнитель:** областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Иркутская городская клиническая больница № 3» (ОГБУЗ «ИГКБ № 3»)

**Заказчик (Потребитель)**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество)

Исполнитель, в лице главного врача Кузнецова А. И., действующего на основании Устава, (лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-38-01-003566 от 25.06.2019г.), с одной стороны, и Заказчик (Потребитель)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г., с другой стороны, составили Акт о том, что медицинские/немедицинские услуги по договору № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г. выполнены в полном объеме на сумму\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

Услуга (и) оказана (ы) в полном объеме, в оговоренные сроки. Претензий со стороны Заказчика (Потребителя) к Исполнителю не имеется.

**Исполнитель: Заказчик (Потребитель):**

Главный врач

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А. И. Кузнецов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО, подпись)

АКТ ПРИЕМКИ - СДАЧИ РАБОТ ПО ДОГОВОРУ НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ И НЕМЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

N \_\_\_\_\_\_\_\_ ОТ "\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_г.

  г. Иркутск "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

**Исполнитель:** областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Иркутская городская клиническая больница № 3» (ОГБУЗ «ИГКБ № 3»)

**Заказчик (Потребитель)**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество)

Исполнитель, в лице главного врача Кузнецова А. И., действующего на основании Устава, (лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-38-01-003566 от 25.06.2019г.), с одной стороны, и Заказчик (Потребитель)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г., с другой стороны, составили Акт о том, что медицинские/немедицинские услуги по договору № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г. выполнены в полном объеме на сумму\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

Услуга (и) оказана (ы) в полном объеме, в оговоренные сроки. Претензий со стороны Заказчика (Потребителя) к Исполнителю не имеется.

**Исполнитель: Заказчик (Потребитель):**

Главный врач

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А. И. Кузнецов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО, подпись)

Ознакомлен (а) с Приказом № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Должность | Фамилия, инициалы | Дата | Подпись |
| Главный бухгалтер  | Головоченко Н. Г. |  |  |
| Зам.главного врача по финансово-экономической работе, начальник планово-экономического отдела | Четверикова Г. П. |  |  |
| Заведующая ОМО | Махутова А. Э. |  |  |
| Начальник отдела АСУ | Мильхеев Е. Ю. |  |  |
| Ведущий экономист | Боборень А. Г. |  |  |
| Бухгалтер | Якимова Н. И. |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |