|  |
| --- |
| УВЕДОМЛЕНИЕ  о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) медицинского работника,  предоставляющего платную медицинскую услугу |
| Я, |  |
| (фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента) |
| в соответствии с [пунктом 15](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=136209&dst=100057&field=134&date=10.08.2022) Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006, уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя. |

Подтверждаю, что уведомлен(а) до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

Подпись «Пациент» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Д О Г О В О Р № \_\_\_\_\_**

**на оказание платных медицинских услуг**

г. Уфа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН (далее – ГБУЗ РКПЦ МИНЗДРАВА РБ),** действующее на основании лицензии № Л041-01170-02/00383184 от 09.12.2020 г., выданной Министерством здравоохранения Республики Башкортостан, г. Уфа, ул. Тукаева, д.23, тел. 8(347)250-32-67, (Свидетельство о государственной регистрации, серия 02 № 006697747 от 20.12.2011 г., ОГРН 1110280064036, в лице врача/администратора\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

действующего на основании доверенности № \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Заказчик», действующий от имени и в интересах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Пациент» с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА, ОБЪЁМ УСЛУГ, ПОРЯДОК РАСЧЁТА**

1.1. Исполнитель по поручению Пациента берет на себя обязательство оказать платные медицинские услуги надлежащего качества силами врачей и среднего медицинского персонала в следующем объеме:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Наименование услуги | Количество | Срок  оказания | Стоимость за единицу | Сумма к оплате | ФИО врача/СМП | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | ИТОГО: |  | |

1.2. Стоимость перечисленных в п. 1.1 медицинских услуг оплачивается Пациентом в кассу путем наличного или безналичного расчета с согласия пациента до оказания медицинских услуг. В случае, если в ходе исполнения договора выяснится, что необходимо оказать дополнительные медицинские услуги Пациенту, не указанные в п. 1.1, между Исполнителем и Пациентом заключается дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора.

1.3. Оказанные, в рамках настоящего договора, медицинские услуги фиксируются в медицинской карте Пациента. Факт оказания платных медицинских услуг подтверждается подписанием Акта оказания платных медицинских услуг.

1.4. Настоящий Договор вступает в силу с момента его заключения Сторонами и действует до полного выполнения Сторонами своих обязательств.

1.5. Настоящий Договор может быть расторгнут ранее окончания срока действия в следующем порядке:

1.5.1. по инициативе Исполнителя;

- при невыполнении Пациентом обязательств по оплате услуг. При этом Пациент обязан оплатить фактически оказанные услуги в соответствии с действующим на день оказания услуги Прейскурантом Исполнителя;

- при нарушении Пациентом условий настоящего Договора, а именно при нарушении Пациентом плана лечения, режима осуществляемых процедур, нарушений диеты, несоблюдение врачебных рекомендаций и назначений, при отказе Пациента от необходимых обследований, непрохождение которых препятствует дальнейшему оказанию услуг. В случаях, определенных настоящим пунктом, односторонне расторжение настоящего Договора по инициативе Исполнителя возможно только при наличии плана лечения, режима процедур, диеты, рекомендаций и назначений им соответствующей медицинской документации, согласованного с Пациентом;

1.5.2. по инициативе Пациента:

- при несоблюдении Исполнителем установленных сроков оказания услуг и иных положений настоящего Договора.

**2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

2.1. Исполнитель обязан:

- ознакомить Пациента с порядком и объемом оказания платных медицинских услуг, прейскурантом Исполнителя на оказание платных медицинских услуг;

- оказать медицинские услуги надлежащего качества с применением надлежащих материалов, медикаментов, инструментов, оборудования и т.д.;

- вести медицинскую документацию в соответствии с законодательством РФ.

2.2. Исполнитель вправе:

- отказать Пациенту в оказании медицинских услуг в случае пребывания Пациента в состоянии алкогольного, наркотического и иного опьянения, совершения Пациентом противоправных действий, угрожающих жизни и здоровью окружающих, либо имуществу Исполнителя;

- самостоятельно, по согласованию с Пациентом, определять характер и объем оказываемых платных медицинских услуг Пациенту в ходе исполнения настоящего договора;

2.3. Пациент обязан:

- оплатить стоимость предоставляемых медицинских услуг в полном объеме;

- предупредить Исполнителя обо всех известных препаратах, вызывающих у Пациента аллергические реакции;

- выполнять все требования Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление платной медицинской услуги, включая: сообщение необходимых для этого сведений, предоставления запрашиваемых Исполнителем документов, соблюдение рекомендаций медицинского характера (как лечебных, диагностических так и профилактических);

- оповестить Исполнителя об имеющих место быть медицинских вмешательствах, диагностических и профилактических мероприятиях, медицинских препаратах, которые Пациент принимает, в течении действия настоящего договора;

- извещать Исполнителя о любых осложнениях и отклонениях, возникших в ходе оказания платных медицинских услуг;

- являться на прием в строго назначенное время.

2.4. Пациент имеет право:

- задать и получить ответ на все интересующие вопросы об оказании платных медицинских услуг, включая вопросы о возможных побочных эффектах, противопоказаниях и результатах оказания платных медицинских услуг, в том числе вопросов о возможности получения указанных услуг на бесплатной основе;

- отказаться от исполнения настоящего договора в любое время, компенсировав Исполнителю стоимость уже оказанных на момент расторжения настоящего Договора платных медицинских услуг и фактически понесенных Исполнителем расходов в связи с началом исполнения настоящего Договора.

**3. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

3.1. Стороны считают конфиденциальной информацию:

- о форме и содержании двусторонних документов, характере и величине встречных обязательств;

- сведения о заболеваниях Пациента, а также о конкретных случаях его обращения за медицинской помощью.

3.2. Передача конфиденциальной информации одной Стороной иным лицам или иное разглашение этой информации может осуществляться только с письменного разрешения другой Cтороны настоящего Договора.

**4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.2. Исполнитель не несет ответственности перед Пациентом в случае невыполнения Пациентом пункта 2.3. настоящего Договора;

4.3. При неудовлетворенности оказанной медицинской услугой «Пациент» вправе обратиться к лицу, ответственному за лечебную работу в данном учреждении, Пациент вправе по своему выбору:  
- назначить новый срок оказания услуги;

- потребовать уменьшения стоимости предоставляемой услуги;

- потребовать исполнение услуги другим специалистом;

- расторгнуть договор и потребовать возврата средств, за минусом стоимости фактически оказанных услуг.

Претензии по ненадлежащему исполнению платной медицинской услуги от Пациента принимаются в письменной форме.

4.4. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение/ненадлежащее исполнение Договора, а также за оказание Услуг не в полном объеме, за возможные осложнения, связанные с оказанием возмездных Услуг, возникшие в случаях нарушения Заказчиком/пациентом условий настоящего Договора, либо в случаях несоблюдения Пациентом рекомендаций по лечению и иных неправомерных действий.

4.5. При предоставлении Пациентом результатов анализов, сделанных сторонними медицинскими учреждениями, Исполнитель исходит из добросовестности Пациента и третьих лиц и не несет ответственности в случае предоставления сведений, не соответствующих действительности.  
4.6. Исполнитель не несет ответственности при наличии у Пациента индивидуальной непереносимости и(или) патологической токсической реакции на медикаментозные средства и(или) материалы, выявленные в процессе оказания Услуг.

4.7. Заболевания и иные патологические состояния, о которых стороны не знали и которые не были выявлены в процессе действия настоящего Договора (выявление которых не предусмотрено стандартами и протоколами в медицине на момент заключения настоящего Договора), а также обстоятельства, которые на современном уровне развития медицинской науки и практики не могут быть однозначно спрогнозированы, диагностированы и предотвращены, рассматриваются сторонами как обстоятельства форс-мажора в соответствии с ч. 4 ст. 29 Закона РФ № 2300-1 «О защите прав потребителей».

**5. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

5.1. Договор составлен в 2-х экземплярах - по одному для Исполнителя и Пациента, имеющих равную юридическую силу.

5.2. Все изменения и дополнения к настоящему Договору составляются в письменной форме в виде дополнительного соглашения, подписываемого Исполнителем и Пациентом.

5.3. Копия лицензии на медицинскую деятельность № Л041-01170-02/00383184 от 09.12.2020 г., является неотъемлемой частью настоящего Договора (Приложение № 1).

5.4. Договор действует вплоть до полного исполнения своих обязательств Исполнителем и Пациентом, указанных в разделе 1 данного Договора.

**6. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН:**

**Потребитель (Заказчик): Исполнитель:**

**ГБУЗ РКПЦ МИНЗДРАВА РБ**

Юр. адрес Российская Федерация,

Республика Башкортостан, 450075, г.Уфа,

ул. Рихарда Зорге, д. 73/3.

Казначейский счет: 03224643800000000100

в Отделение - НБ Республики Башкортостан

БАНКА РОССИИ//УФК

по Республике Башкортостан г. Уфа

ЕКС 40102810045370000067

БИК ТОФК 018073401

ИНН 0274162028 КПП 027601001

л/с 20112042350

ОГРН 1110280064036

КС 03224643800000000100

e-mail: [UFA.RKPC@doctorrb.ru](mailto:UFA.RKPC@doctorrb.ru)

Главный врач

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Н.Р. Тулбаева

МП

Экземпляр договора получил (а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись пациента расшифровка