ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И.ПИРОГОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

ОБОСОБЛЕННОЕ СТРУКТУРНОЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЕ
РОССИЙСКИЙ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИЙ НАУЧНО - КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

П Р И К А З

«17» декабря 2019г. № 74-А

Об утверждении формы договора оказания платных медицинских услуг

В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей», Постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 года № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», руководствуясь уставом ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России и Положением об ОСП РГНКЦ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить с 01 января 2020 года форму договора оказания платных медицинских услуг (Приложение №1).
2. Начальнику отдела внебюджетной деятельности И.В. Велесу обеспечить с 01 января 2020 года введение в действие утвержденную форму договора в ОСП РГНКЦ.
3. Ведущему специалисту по связям с общественностью В.Н. Пану разместить приказ и утвержденную форму договора на сайте ОСП РГНКЦ.
4. Заведующему канцелярией Е.В. Рябовой довести приказ до лиц в части их касающейся.
5. Контроль исполнения настоящего приказа оставляю за собой.

Директор О.Н. Ткачева

Приложение № 1
к приказу № 744 от «17» декабря 2019г.

УТВЕРЖДАЮ
Директор ОСП РГНКЦ
_____ О.Н. Ткачева

Договор №__
оказания платных медицинских услуг

г. Москва **«___» _____20 г.**

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский научный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России), именуемое в дальнейшем «Исполнитель»*, в лице _____обособленного структурного подразделения - Российский геронтологический научно - клинический центр (далее - ОСП РГНКЦ) _____
(ФИО)
Действующей(его) на основании доверенности от «____» _____20__ №_____
и _____
(ФИО физического лица)
адрес регистрации/места жительства: _____
телефон: _____
именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент»*, с другой стороны,
и _____,
(ФИО физического лица или наименование юридического лица)
именуемый в дальнейшем «Заказчик»*,
в лице _____
(для юридических лиц)
**Полная информация о сторонах договора содержится в разделе 7 настоящего договора*
с третьей стороны, вместе именуемые «Стороны», а по отдельности «Сторона», заключили настоящий договор оказания платных медицинских услуг (далее – Договор) о нижеследующем:

Уведомления

При заключении Договора Пациенту и Заказчику предоставлена информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи в рамках системы обязательного медицинского страхования (ОМС) и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, и дано их согласие Исполнителю на получение платных медицинских услуг, путем подписания сторонами направления на оказание платных медицинских услуг.

До начала оказания услуг Исполнитель в письменной форме путём подписания Направления уведомляет Пациента и Заказчика о том, что несоблюдение указаний и рекомендаций Исполнителя (в том числе медицинского работника, оказывающего платную медицинскую услугу), назначенного режима лечения, самовольный уход Пациента из подразделения Исполнителя, где оказывается услуга, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность завершения оказания услуги в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель, в соответствии с медицинской лицензией, оказывает Пациенту платные медицинские услуги (далее – Услуги), отвечающие требованиям, предъявляемым к

методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, Заказчик обязуется оплатить стоимость предоставляемых Услуг в порядке и на условиях настоящего Договора, а Пациент получает Услуги и обязуется выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление Услуг. При отсутствии в Договоре Заказчика, права и обязанности Заказчика по Договору выполняет Пациент.

1.2. Исполнитель оказывает услуги по месту нахождения своего обособленного структурного подразделения - Российский геронтологический научно - клинический центр по адресу: г. Москва, ул.1-я Леонова, д.16. Установленная законодательством РФ информация об Исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах, в том числе сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, размещена на информационных стендах Исполнителя (далее – Стенды) в консультативно-диагностическом отделении и на сайте Исполнителя www.rgnkc.ru (далее – Сайт Исполнителя).

1.3. Объем услуг, которые Исполнитель вправе и может оказать Пациенту в рамках настоящего Договора, указан в Прейскуранте цен на платные медицинские услуги Исполнителя (далее – Прейскурант), с которым Пациент и Заказчик ознакомлены до подписания настоящего Договора. Прейскурант размещен на Стендах и на Сайте Исполнителя. В соответствии с пп.2 п.2 ст.149 НК РФ услуги, оказываемые Исполнителем, НДС не облагаются, если иное не установлено в Прейскуранте для отдельных услуг. Исполнитель имеет право в одностороннем порядке вносить изменения в Прейскурант, информируя об этом Пациента и Заказчика путем размещения изменений на Сайте Исполнителя.

1.4. Объем услуг Исполнителя определяется в соответствии с конкретным обращением Пациента и оформляется в виде Направления на оказание платных медицинских услуг (далее - Направление). Направление подписывается Пациентом и является приложением к настоящему Договору.

1.5. Право Исполнителя на оказание Услуг по настоящему Договору подтверждается Лицензией на осуществление медицинской деятельности № ФС 99-01-009698 от 26.11.2019 года. Лицензия выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, адрес: 109074, г. Москва, Славянская площадь, д.4, стр. 1, тел.: +7 (495) 698-45-38, +7 (499) 578-02-30. Копия лицензии размещена на Стендах и на Сайте Исполнителя.

1.6. Исполнитель является юридическим лицом в соответствии с законодательством Российской Федерации. Межрайонная инспекция МНС России №39 по г. Москве зарегистрировала Исполнителя в Едином государственном реестре юридических лиц (далее – ЕГРЮЛ) 08.08.2002г. за ОГРН 1027739054420.

1.7. При установлении у Пациента, в рамках оказания Услуг, медицинских показаний к обследованию и лечению в стационарных условиях, Исполнитель выдает Пациенту направление на госпитализацию в стационар Исполнителя, либо соответствующее заключение о необходимости стационарного обследования и лечения в профильных лечебных учреждениях согласно заболеванию Пациента. Госпитализация Пациента в стационар Исполнителя осуществляется на основании отдельного договора, объем подлежащих оказанию услуг определяется специалистами Исполнителя в соответствии со стандартами и порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и с выбранной тактикой лечения Пациента.

1.8. Срок оказания конкретных Услуг определяется Сторонами в Направлении исходя из конкретной клинической ситуации Пациента.

1.9. Порядок оказания услуг Пациенту регламентируется Положением о порядке оказания платных медицинских услуг Исполнителя, Порядком заключения договора возмездного оказания платных медицинских услуг Исполнителя, Порядком предоставления документов и сведений, составляющих врачебную тайну Исполнителя, опубликованными на Сайте Исполнителя, стандартами и порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, тактикой лечения Пациента, с учетом течения заболевания Пациента и индивидуальных особенностей Пациента.

1.10. Стороны согласны, что Исполнитель для оказания услуг в части исследования биоматериала для анализов имеет право привлекать соисполнителя: Общество с ограниченной ответственностью «Независимая лаборатория ИНВИТРО», адрес местонахождения 125047, г. Москва, 4-ая Тверская-Ямская ул., д. 16, корп. 3; зарегистрировано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 46 по г. Москве за ОГРН 1037739468381, Лицензия на осуществление медицинской деятельности ЛО-77-01-017932 от 23.04.2019г.

1.11. В связи с осуществлением Исполнителем образовательной деятельности, в целях повышения качества образования путем внедрения практических навыков, оказания высококвалифицированной медицинской помощи с использованием научных разработок, внедрения инновационных технологий и методов диагностики и лечения с привлечением профессорско-преподавательского состава Исполнитель имеет право, а Пациент, путем подписания информированного добровольного согласия, выражает свое согласие на участие в его осмотре, обследовании и лечении студентов, обучающихся по программам ординатуры, и медицинских работников, обучающихся по программам дополнительного профессионального образования Исполнителя, при условии соблюдения ими конфиденциальности информации, отнесенной к врачебной тайне.

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать Пациенту Услуги силами квалифицированного персонала, в соответствии с пунктами 1.3, 1.4, 1.9 настоящего Договора.

2.1.2. Приступить к оказанию Услуг с момента подписания Пациентом: настоящего Договора, Направления, информированного добровольного согласия и согласия на обработку персональных данных, которые хранятся в медицинской карте Пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, или медицинской карте стационарного больного, и при соблюдении Пациентом иных условий, установленных настоящим Договором.

2.1.3. Фиксировать оказание Услуг Пациенту в соответствующих медицинских документах установленного образца.

2.1.4. Разъяснять Пациенту необходимость проведения конкретных услуг, в том числе для установления/подтверждения диагноза, лечения заболевания Пациента. При необходимости осуществления непрофильных для Исполнителя медицинских услуг выдать Пациенту соответствующие рекомендации об их проведении, в том числе выдать направление.

2.1.5. По факту оказания Услуг или в иной период после оказания Услуг по письменному заявлению Пациента выдать Пациенту или по письменному указанию Пациента Заказчику и/или иному лицу медицинские документы (копии медицинских документов) установленного образца, свидетельствующие об оказании Услуг и их результатах, за исключением подлинников документов или подлинников результатов исследований/обследований, которые подлежат хранению в лечебных учреждениях. Срок подготовки и предоставления указанных документов и информации – в течение 10 календарных дней с даты получения Исполнителем письменного заявления Пациента

2.1.6. При обращении Пациента выдать в день обращения комплект документов, необходимых для получения Пациентом социального налогового вычета.

2.2. Исполнитель вправе:

2.2.1. При выявлении обстоятельств, делающих невозможным дальнейшее оказание Услуг по настоящему Договору, либо установлении необходимости оказания медицинской помощи не соответствующей профилю Исполнителя, приостановить оказание Услуг до определения дальнейшего порядка оказания медицинской помощи Пациенту (в том числе организации перевода Пациента в профильное медицинское учреждение).

2.2.2. В случае необходимости привлечения к оказанию услуг специалистов из иных специализированных медицинских организаций Исполнитель вправе привлекать таких специалистов по своему усмотрению без увеличения стоимости Услуг. Ответственность за Услуги, оказанные такими специалистами, несет Исполнитель.

2.2.3. В случаях, когда состояние Пациента не позволяет выразить волю, а медицинское вмешательство необходимо, Исполнитель осуществляет такие действия на основаниях и в

порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации, с последующим уведомлением об этом Пациента.

2.2.4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется оказание на возмездной основе дополнительных медицинских Услуг, не предусмотренных Договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Пациента. Без согласия Пациента Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские Услуги на возмездной основе.

2.2.5. При нарушении Заказчиком сроков и условий оплаты цены настоящего Договора Исполнитель вправе приостановить оказание Услуг по настоящему Договору до фактического погашения Заказчиком задолженности перед Исполнителем.

2.3. Пациент обязуется:

2.3.1. В целях выявления обстоятельств, способных оказать влияние на качество оказания Услуг или препятствовать оказанию Услуг по настоящему Договору, предоставить Исполнителю всю известную Пациенту и достоверную информацию о состоянии и особенностях своего здоровья и причинах обращения к Исполнителю.

2.3.2. Своевременно, в полном объеме и в соответствии с условиями настоящего Договора обеспечить оплату Услуг, оказанных Исполнителем.

2.3.3. Соблюдать Порядок оказания медицинских услуг, указанный в пункте 1.9 настоящего Договора.

2.3.4. Своевременно знакомиться с представляемой Исполнителем информацией о ходе оказания Услуг и подписывать требуемые для оказания Услуг и исполнения настоящего Договора документы.

2.3.5. Соблюдать выданные Исполнителем Пациенту при оказании Услуг или по факту их оказания рекомендации, в том числе по соблюдению режима лечения и необходимым последующим посещениям специалистов Исполнителя в рамках контроля и профилактики состояния здоровья Пациента и проводимого лечения.

2.3.6. Подписать представленный Исполнителем Акт об оказании услуг, фактически оказанных Исполнителем в день оказания услуги Пациенту. В случае немотивированного не подписания Пациентом Акта об оказании услуг, уполномоченное лицо Исполнителя делает соответствующую отметку на подлинном экземпляре Акта об оказании услуг, а услуги, указанные в таком Акте об оказании услуг считаются принятыми и подлежащими оплате Пациентом.

2.3.7. Не выносить медицинскую документацию (медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, медицинскую карту стационарного больного, подлинники результатов исследований и заключений и иное) за пределы здания Исполнителя.

2.4. Пациент вправе:

2.4.1. Устно получать полную информацию о ходе оказания Услуг по настоящему Договору. При необходимости получения копий документов или информации в письменном виде представить Исполнителю соответствующее заявление.

2.4.2. Отказаться от оказания Исполнителем запланированных Услуг, оформив такой отказ в письменном виде. В этом случае Исполнитель информирует Пациента о возможных последствиях такого отказа и фиксирует такой факт в медицинской документации.

2.4.3. Досрочно отказаться от исполнения настоящего Договора.

2.5. Заказчик обязуется:

2.5.1.Своевременно, в полном объеме и в соответствии с условиями настоящего Договора оплатить Услуги, оказанные Исполнителем.

2.5.2. До получения медицинских Услуг ознакомиться с Прейскурантом, Положением о порядке оказания платных медицинских услуг Исполнителя, Порядком заключения договора возмездного оказания платных медицинских услуг Исполнителя, Порядком предоставления документов и сведений, составляющих врачебную тайну Исполнителя.

2.5.3. Предоставить согласие на обработку персональных данных.

2.6. Заказчик вправе:

2.6.1. Устно получать полную информацию о ходе оказания Услуг по настоящему договору. При необходимости получения копий документов или информации в письменном виде представить Исполнителю соответствующее письменное заявление.

2.6.2. Отказаться от оказания Исполнителем запланированных услуг, оформив такой отказ в письменном виде. В этом случае Исполнитель информирует Заказчика о возможных последствиях такого отказа и фиксирует такой факт в медицинской документации.

2.6.3. Досрочно отказаться от исполнения настоящего Договора, а также в случае досрочного отказа Пациента, потребовать возврата денежных средств, внесенных в качестве предварительной оплаты, за исключением стоимости Услуг, фактически оказанных Пациенту к моменту досрочного прекращения настоящего Договора. Фактически оказанными считаются Услуги, к оказанию которых Исполнитель приступил и завершил, или приступил и не завершил по причинам, не зависящим от Исполнителя.

3. Цена договора и порядок расчетов

3.1. Цену настоящего Договора составляет стоимость фактически оказанных Исполнителем Пациенту в период действия настоящего Договора услуг, которая определяется согласно действующему на момент оказания конкретных Услуг Прейскуранту.

Подписанием настоящего Договора Пациент и Заказчик подтверждают свое ознакомление со стоимостью медицинских услуг, установленных Прейскурантом.

3.2. Цена услуг по обращениям Пациента фиксируется в Направлении и Акте об оказании услуг, составляемым в отношении каждого конкретного обращения Пациента. Объем фактически оказанных Пациенту Услуг в рамках его обращения определяется

соответствующими записями в медицинской документации, сопровождающей оказание Услуг Пациенту, и документами, подтверждающими проведение Услуг.

3.3. Окончательная цена Договора определяется как суммарная стоимость услуг, фактически оказанных Пациенту в период действия настоящего Договора, с учетом всех обращений Пациента. Фактический объем услуг, оказанных Исполнителем Пациенту, и их стоимость отражается в Направлении и Акте об оказании услуг.

3.4. Подписанием настоящего Договора стороны выражают свое согласие с тем, что оказание Услуг осуществляется на условиях предварительной оплаты полной стоимости подлежащих оказанию услуг, определенных в Направлении.

3.5. Стоимость услуг оплачивается Заказчиком в рублях, путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, указанный в статье 7 настоящего договора. Обязанность по оплате считается исполненной с даты зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3.6. Заказчик вправе внести на расчетный счет Исполнителя авансовый платеж в любом размере в счет оплаты услуг в будущих периодах, уведомив Исполнителя при внесении средств (либо указав в платежном поручении) о том, что данные средства вносятся в качестве авансового платежа. В этом случае списание авансовых средств в счет оплаты услуг осуществляется на основании фактически оказанных Исполнителем Пациенту услуг, зафиксированных в Акте об оказании услуг.

3.7. В случаях, определенных настоящим договором, возврат денежных средств Пациенту осуществляется:

- при поступлении средств на расчетный счет Исполнителя в безналичном порядке -на основании письменного требования Заказчика, в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты выставления требования на расчетный счет Заказчика, с которого поступили денежные средства к Исполнителю;

- при поступлении средств наличными в кассу Исполнителя – на основании письменного требования Заказчика, в течение 3 (трех) рабочих дней с даты выставления требования.

4. Ответственность сторон

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение принятых на себя обязательств стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.2. Стороны несут ответственность за предоставление друг другу недостоверной информации в рамках и для исполнения настоящего договора.

4.3. При наличии задолженности по оплате Исполнитель вправе приостановить дальнейшее оказание услуг до даты погашения задолженности.

4.4. Исполнитель освобождается от ответственности за ненадлежащее или некачественное оказание услуг по настоящему договору в случае нарушения Пациентом условий п. 2.3.1. -2.3.7. настоящего договора.

4.5. При просрочке оплаты Заказчиком оказанных Пациенту Исполнителем услуг Исполнитель вправе взыскать с Заказчика, а Заказчик обязуется выплатить пеню в размере 1/300 ключевой ставки ЦБ РФ от суммы задолженности за каждый день просрочки до даты фактического погашения задолженности. Требование Исполнителя о выплате пени должно быть выражено в письменной форме и передано Заказчику лично, либо путем направления заказного письма по адресу, указанному в статье 7 настоящего договора.

4.6. В случае повреждения/уничтожения имущества Исполнителя (медицинское оборудование, медицинский инструментарий, медицинская мебель и иные предметы бытового обслуживания, иного имущества) Пациент солидарно с Заказчиком возмещает Исполнителю расходы по восстановлению поврежденного/уничтоженного имущества в полном объеме. Требование Исполнителя о возмещении расходов должно быть выражено в письменной форме и передано Пациенту и Заказчику лично, либо путем направления заказного письма по адресу, указанному в статье 7 настоящего договора.

4.7. Исполнитель освобождается от ответственности за достоверность сведений, внесенных в амбулаторную карту Пациента в случае выноса Пациентом амбулаторной карты за пределы лечебного учреждения Исполнителя.

4.8. Уплата неустойки не освобождает стороны от исполнения принятых на себя обязательств.

5. Конфиденциальность

5.1. Любая информация о состоянии здоровья Пациента, порядке и ходе оказания услуг, а также связанная с оказанием услуг медицинская документация является конфиденциальной информацией и разглашению третьим лицам не подлежит, за исключением прямо установленных действующим законодательством случаях.

5.2. Информация о лицах, которым Исполнитель вправе доводить полную информацию о состоянии здоровья Пациента, содержится в медицинской документации в виде надлежаще оформленного Пациентом информированного добровольного согласия и согласия на обработку персональных данных.

6. Прочие условия

6.1. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до конца календарного года или до полного исполнения сторонами обязательств по договору.

6.2. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием непреодолимой силы, возникшей после заключения настоящего договора в результате обстоятельств чрезвычайного характера, которые Стороны не могли предвидеть

или предотвратить, в том числе пожар, наводнение, землетрясение, иные явления природы, а также такие обстоятельства, которые на современном уровне развития медицинской науки и практики не могут быть однозначно спрогнозированы, диагностированы и предотвращены.

6.3. Любые изменения и дополнения к настоящему договору возможны только по соглашению сторон и подлежат письменному оформлению в виде дополнительных соглашений к настоящему договору подписанных сторонами.

6.4. Во всём, что не урегулировано настоящим договором, стороны будут руководствоваться действующим законодательством РФ.

6.5. При возникновении споров, претензий и разногласий Стороны будут стремиться разрешить сложившуюся ситуацию путем переговоров.

6.6. Срок рассмотрения и ответа на письменную претензию составляет 10 (десять) календарных дней с момента ее получения.

6.7. Вся корреспонденция подлежит направлению и считается надлежаще отправленной по реквизитам, указанным в статье 7 настоящего договора. В случае изменения реквизитов сторон, новые реквизиты считаются надлежащими только при условии внесения изменения в настоящий договор путем оформления соответствующего дополнительного соглашения к настоящему договору.

6.8 При не урегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке.

6.9. Настоящий договор составлен в _____ (количество) экземпляров, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

6.10. Приложением к настоящему договору являются:

Приложение 1 – форма Направление на оказание платных медицинских услуг

Приложение 2 – форма Акт об оказании услуг

7. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский научный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

Юридический адрес: 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д.1

Адрес оказания услуг и направления корреспонденции: 129226, г. Москва, ул.1-я Леонова, д.16, Обособленное структурное подразделение - Российский геронтологический научно - клинический центр ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России.

ОГРН: 1027739054420, ИНН: 7728095113, КПП: 772801001

Р/сч 40501810845252000079 Управление Федерального казначейства по г.Москве

л/с 30736Г96380, БИК 044525000, ГУ Банка России по ЦФО г.Москва 35

КБК 00000000000000000130

Должность представителя Исполнителя:

_____

доверенность от «___» _____20__; №_____

Фамилия, имя, отчество, подпись:

Пациент:
Фамилия, имя, отчество, подпись:
_____
Паспорт: серия _____ номер _____
Кем выдан: _____
дата выдачи паспорта: «__»_____20_ г.
адрес регистрации: _____
ТЕЛЕФОН: _____

Заказчик (физическое лицо):
Фамилия, имя, отчество, подпись:
_____
Паспорт: серия _____ номер _____
Кем выдан: _____
дата выдачи паспорта: «__»_____20_ г.
адрес регистрации: _____
ТЕЛЕФОН: _____

Заказчик (юридическое лицо):
Наименование юридического лица_____

Должность, фамилия, имя, отчество, подпись представителя:
_____
_____
ОГРН: _____
ИНН: _____
Расчетный счет: _____
адрес: _____
ТЕЛЕФОН: _____

Приложение № 1 к Договору № ___ оказания платных медицинских услуг

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
"Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И.Пирогова"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

РОССИЙСКИЙ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИЙ НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

Основание для скидки			
Категория пациента			
№ документа		вид документа	

пациент	

договор	
номер	дата

НАПРАВЛЕНИЕ № 1
на оказание платных медицинских услуг

ДМС / платные услуги	
время	
дата	

код услуги	наименование услуги	кабинет	врач	Кол-во услуг	цена услуги (в рублях)
	Увеличение стоимости услуги				
			итого:		

Сумма прописью:

Настоящим Пациент уведомлен, что несоблюдение указаний и рекомендаций Исполнителя, в том числе медицинского работника, оказывающего платную медицинскую услугу, назначенного режима лечения, самовольный уход Пациента из подразделения Исполнителя, где оказывается услуга, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность завершения оказания услуги в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

Настоящее направление подтверждает согласование Пациентом и Заказчиком объема и стоимости медицинских услуг, подлежащих оказанию Пациенту, и является основанием для оплаты указанных в направлении медицинских услуг.

Неявка Пациента к врачу-специалисту, является отказом Пациента от запланированной к оказанию медицинской услуги.

Медицинские услуги оказываются на условиях полной предоплаты Пациентом стоимости медицинских услуг.

Пациент получил разъяснения о возможностях получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи на бесплатной основе в рамках системы обязательного медицинского страхования (ОМС) и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, и дано их согласие Исполнителю на получение платных медицинских услуг и выражает свою волю и согласие на получение платных медицинских услуг по цене и в объеме медицинских услуг, определенных настоящим направлением.

Настоящее направление действительно в течение дня выдачи, в часы приема врачей-специалистов.

ПАЦИЕНТ

ФГАОУ ВО РНИМУ им.Н.И.Пирогова Минздрава России
РОССИЙСКИЙ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИЙ НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

ф.и.о.полностью

_____ подпись

должность специалиста
доверенность № от
_____ подпись

ф.и.о.

М.П.

ЗАКАЗЧИК

ф.и.о.полностью

_____ подпись

Приложение № 2 к Договору № ___ оказания платных медицинских услуг

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
"Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И.Пирогова"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

РОССИЙСКИЙ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИЙ НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

пациент	
договор	
номер	дата

АКТ № **от**

об оказании платных медицинских услуг

код услуги	наименование услуги	медицинская услуга оказана (подпись врача оказавшего медицинскую услугу)*

* услуга считается фактически оказанной при наличии подписи врача-специалиста оказавшего услугу и подписи пациента. Отсутствие подписей врача-специалиста и пациента в строке кода и наименования услуги (при ее заполнении) свидетельствует о неоказании услуги.

Настоящий акт подтверждает фактически оказанный Центром Пациенту объем медицинских услуг и составлен в двух подлинных экземплярах по одному для каждой из сторон.

ПАЦИЕНТ

ф.и.о.полностью

_____ подпись

ФГАОУ ВО РНИМУ им.Н.И.Пирогова Минздрава России
РОССИЙСКИЙ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИЙ НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

должность специалиста ф.и.о.

доверенность № от

_____ подпись

М.П.

ЗАКАЗЧИК

ф.и.о.полностью

_____ подпись