

Настоящим Потребитель (Заказчик) заверяет о том, что до заключения договора Исполнитель уведомил его о том, что Потребитель обязан соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях; несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платные медицинские услуги), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемых платных медицинских услуг, повлечь за собой невозможность их завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

Договор № _____
на оказание платных медицинских услуг

г. Пенза, ул. Стасова, дом 6
ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (г. Пенза)

« ____ » _____ 20__ г.

ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (г. Пенза), зарегистрированное в ИФНС Октябрьского р-на г. Пензы (ОГРН 1085835000822; ИНН 5835075661), имеющее лицензию № №Л041-00110-58/00588689 от 23.04.2020, выданную Территориальным органом Росздравнадзора по Пензенской области бессрочно, именуемое в дальнейшем «Исполнитель» в лице в лице бухгалтера _____, действующей на основании доверенности № _____ от _____ с одной стороны, и гражданин (ка)

(фамилия, имя, отчество заказчика)

именуемый в дальнейшем «Заказчик (Потребитель)», действующий в интересах Потребителя _____, проживающего по адресу: _____, тел. _____, с другой стороны, именуемые вместе и по отдельности «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. По настоящему договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя (Заказчика), обязуется оказать ему медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, с учетом стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций и номенклатуры медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, а именно: _____, а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги.

1.2. Срок оказания медицинских услуг до « ____ » _____ 20__ г. с учетом данных предварительной записи.

1.3. Потребитель (Заказчик) заверяет о том, что он ознакомлен с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему договору, а также с информацией на стендах (на сайте), касающейся предоставления платных услуг Исполнителем.

На момент подписания договора Потребитель / Заказчик подтверждает, что ознакомился с Правилами предоставления медицинским организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 30.05.2026 № 659, и Прейскурантом Исполнителя, ознакомился с иной информацией, размещенной на сайте Исполнителя <https://cardio-penza.ru/> и на информационных стендах (стойках) в части сроков оказания Услуг, условий Договора; ознакомился и получил сведения о перечне видов работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в том числе о доступе к информации, содержащейся в электронных реестрах лицензий, размещенной по адресу <https://roszdravnadzor.gov.ru/services/licenses>; получил информацию о порядках, стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях, с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги, путем размещения на сайте Исполнителя ссылок на Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru) и официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации (minzdrav.gov.ru), на котором размещен рубрикатор клинических рекомендаций, а также путем размещения указанных ссылок на информационных стендах; получил информацию о медицинских работниках, отвечающих за предоставление Услуг (их профессиональном образовании и квалификации).

1.4. На момент подписания договора Потребитель/Заказчик подтверждает, что получил информацию о возможности получения аналогичной медицинской помощи бесплатно в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ОМС) по месту прикрепления в порядке, определенном Приказом Минздрава России от 14.04.2025 № 216н, но при этом Потребитель (Заказчик) сознательно и добровольно просит оказать ему платные медицинские услуги _____ (подпись Потребителя).

1.5. Медицинские услуги, выполняемые на иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий, территориальными программами и (или) целевыми программами, оказываются Потребителю на возмездной основе.

1.6. Место оказания услуг: г. Пенза, ул. Стасова, дом 6, ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (г. Пенза).

1.7. Медицинский работник, оказывающий медицинские услуги _____.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в объеме, определяемом настоящим договором. Качество медицинской услуги по настоящему договору определяется как соответствие медицинской услуги целям, для которых медицинские услуги подобного рода обычно используются в медицинской практике с учетом индивидуальных особенностей организма Потребителя, в соответствии с возможностями Исполнителя.

2.1.2. Извещать Заказчика (Потребителя) о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, либо о необходимости предоставления на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором.

2.1.3. В случае изменения объема медицинских услуг - оформлять дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора.

2.1.4. В день завершения оказания платных медицинских услуг бесплатно выдать пациенту медицинские документы (копии медицинских документов, выписку из медицинских документов), отражающие состояние здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

2.2. Заказчик обязуется:

2.2.1. Оплатить стоимость медицинских услуг согласно Прейскуранту Исполнителя в порядке и размере, определенном разделом 3 настоящего договора.

2.3. Потребитель обязуется:

2.3.1. Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платную медицинскую услугу) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (г. Пенза) (при их наличии), сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о противопоказаниях, о перенесенных заболеваниях, иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

2.3.2. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги (в том числе данные на период после оказания медицинской услуги), соблюдать Правила внутреннего распорядка Исполнителя, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

- 2.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему договору, с информацией на стендах, касающейся предоставления платных услуг Исполнителем.
- 2.4. Заказчик (Потребитель) имеет право:
- 2.4.1. на выбор лечащего врача, с учетом его согласия, а также по его просьбе на проведение консилиума и консультаций специалистов; на получение у Исполнителя медицинских документов (копии, выписки), отражающих состояние его здоровья после получения услуг по договору;
- 2.4.2. на сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении;
- 2.4.3. на добровольное согласие и отказ от медицинского вмешательства;
- 2.4.4. требовать предоставления услуг надлежащего качества, копии устава, лицензий исполнителя, сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг (об образовании, квалификации), информацию о порядке оказания медицинской помощи и стандартах, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, о методах оказания медицинской помощи, связанных с ней рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах.

3. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов

- 3.1. Стоимость платных медицинских услуг определяется в соответствии с действующим на момент подписания договора Прейскурантом платных медицинских услуг Исполнителя, и составляет: _____ (_____) руб., НДС не облагается (ст.149 НК РФ).
- 3.2. Оплата вносится Заказчиком (Потребителем) в размере суммы, указанной в п. 3.1 Договора в российских рублях в кассу Исполнителя после оказания услуг. Оплата может быть внесена Заказчиком (Потребителем) в размере 100% предоплаты. Заказчику (Потребителю) в подтверждение оплаты выдается кассовый чек.
- 3.3. Потребитель вправе отказаться от получения медицинских услуг при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору. В этом случае Стороны подписывают соглашение о расторжении договора, при этом с Заказчика удерживается сумма за уже оказанные медицинские услуги.
- 3.4. При отказе Потребителя от медицинских услуг остаток суммы в рублях, внесенной за медицинские услуги, предусмотренные п. 1.1. настоящего договора, возвращается Заказчику в течение 10 рабочих дней на указанный в заявлении счет, открытый в банке (кредитной организации) либо наличными денежными средствами из кассы Исполнителя.

4. Ответственность сторон

- 4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.
- 4.2. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье в соответствии с п. 2.3.1, либо в случаях вызванных медицинскими показаниями, а также при невыполнении Потребителем п. 2.3.2 настоящего договора.
- 4.3. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием непреодолимой силы или других форс-мажорных обстоятельств, препятствующие выполнению обязательств по настоящему договору.

5. Конфиденциальность

- 5.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении любой информации, полученной при исполнении настоящего договора.

6. Срок действия договора, порядок изменения и расторжения договора

- 6.1. Настоящий договор считается заключенным с момента подписания сторонами и действует до исполнения сторонами своих обязательств.
- 6.2. Договор может быть расторгнут до истечения срока выполнения сторонами своих обязательств: по соглашению сторон либо в одностороннем порядке Заказчиком (Потребителем) согласно п. 3.3., при этом взаиморасчеты осуществляются в порядке и на условиях, предусмотренных п.п. 3.4., 3.5. настоящего договора.
- 6.3. Все изменения к договору оформляются дополнительными соглашениями, действующими с момента их подписания сторонами.

7. Прочие условия

- 7.1. Договор составлен в 3 экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для Исполнителя, Заказчика и Потребителя (в случае, если Заказчик и Потребитель – одно и то же лицо, то в 2 экземплярах).
- 7.2. Необходимым условием исполнения настоящего договора является наличие подписанного Потребителем (его законным представителем) информированного добровольного согласия на соответствующее медицинское вмешательство, указанное в пункте 1.1. настоящего договора.

8. Адреса и реквизиты сторон

«Исполнитель»:

ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (г. Пенза)
Адрес: 440071, г. Пенза, ул. Стасова, 6
ИНН 5835075661 КПП 583501001
ОГРН 1085835000822
ОКПО: 83913867 ОКВЭД 86.10
Тел: рег. взр. 41-23-83, 41-25-86,
рег. дет. 23-46-19, ср. 23-46-29
эл. почта: cardio-penza@yandex.ru
УФК по Нижегородской области (ФГБУ «ФЦССХ»
Минздрава России (г. Пенза) л/с 20556Х02790)
ОКЦ №1 ВВГУ Банка России //
УФК по Нижегородской области, г. Нижний Новгород
КС 03214643000000013238
ЕКС 40102810745370000024 БИК 012202102
КБК 00000000000000000130
платные медицинские услуги

«Заказчик (Потребитель)»

ФИО _____
Адрес места жительства (иной адрес для связи) _____
Документ, удостоверяющий личность: _____
(Законный представитель: ФИО _____
Документ, удостоверяющий личность: _____)
адрес места жительства, телефон _____
Для юр. лица: наименование, адрес, ОГРН, ИНН _____

9. Подписи сторон

«Исполнитель»

«Заказчик (Потребитель)»

Кассир _____
м.п. _____

Заказчик (Потребитель) свой экземпляр договора получил _____

Услуги мне оказаны в полном объеме, претензий к Исполнителю по качеству услуг и иного характера не имею.
« _____ » 20 _____ г. _____

(подпись Ф.И.О. Потребителя)

(адрес места жительства, телефон)