Приложение 5

к Договору на оказание платных

медицинских и немедицинских услуг

Главному врачу ГАУЗ «ЧОКЦО и ЯМ»

Доктору медицинских наук

Д. М. Ростовцеву

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Проживающего(ей) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

Контактный номер телефона: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**на предоставление платных медицинских услуг**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

являюсь гражданином РФ, проживающим в другом регионе;

являюсь иностранным гражданином;

без направления медицинской организации по месту прикрепления (самостоятельно);

являюсь гражданином РФ, проживающим в Челябинской области (г. Челябинск) по направлению медицинской организации.

Пользуясь моим законным правом на охрану здоровья, зная о возможности получения бесплатной медицинской помощи (ст. 41 Конституции РФ, Федеральный закон №323-ФЗ от 21.11.2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), прошу оказать мне в ГАУЗ «ЧОКЦО и ЯМ» медицинские услуги на возмездной (платной) основе в условиях:

дневного стационара;

поликлиники;

круглосуточного стационара.

1. Мне предоставлена и разъяснена полная информация о моих правах, условиях и объёмах предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках Программы государственных гарантии бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Челябинской области (**в установленные сроки, без направления и т.д.).**

2. Я проинформирован(а) о том, что данную медицинскую помощь могу получить по месту прикрепления (жительства) к медицинской организации бесплатно.

3. Я выражаю свое намерение и даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг в объемах, превышающих стандарт оказания медицинской помощи или не превышающих (для злокачественного новообразования), чем предусмотрено Программой государственных гарантии бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Челябинской области и готов(а) их оплатить.

По основному заболеванию:

доброкачественное новообразование;

злокачественное новообразование;

неустановленного характера.

4. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

5. Подписывая заявление подтверждаю, что я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом ГАУЗ «ЧОКЦО и ЯМ» на платные медицинские услуги, гарантирую оплату медицинских услуг в соответствии с ним, проинформирован и согласен с тем, что в случае необходимости проведения мне дополнительных медицинских манипуляций (лечения, обследования), ГАУЗ «ЧОКЦО и ЯМ» может быть выставлен отдельный счет.

6. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое намерение и согласие на получение указанной медицинской услуги именно в ГАУЗ «ЧОКЦО и ЯМ» на основании заключения договора.

7. Мне разъяснено, понятно и я согласен(а), что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма.

8. Я ознакомлен(а) со сведениями о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, с Правилами и порядком оказания платных медицинских услуг в ГАУЗ «ЧОКЦО и ЯМ».

9. Мне разъяснены мои права, предусмотренные ст. 19, 21 Федерального закона №323-ФЗ от 21.11.2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Законом Российской Федерации от 07.02.92 № 2300-1 «О защите прав потребителей», [Постановление Правительства РФ от 11 мая 2023 г. N 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006"](https://mobileonline.garant.ru/document/redirect/406870186/0).

10. Я даю свое согласие ГАУЗ «ЧОКЦО и ЯМ», на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение) автоматизированным и неавтоматизированным способом моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью исключительно в целях исполнения настоящего договора, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

11. Настоящее заявление мною внимательно прочитано, смысл и значение каждого пункта мне разъяснены, понятны и соответствуют моим намерениям.

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

(Дата)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(Подпись) (Расшифровка подписи)

# Приложение 1

к приказу №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 г.

# Договор на оказание платных медицинских и немедицинских услуг \_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| г. Челябинск | «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины» (лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-00110-74/00589960 от 30.04.2021 г., выданная Министерством здравоохранения Челябинской области 454091, г. Челябинск, ул. Кирова, 165, телефон: +7 (351) 240-22-22 доб.143, 101), ОГРН 1027403897707, выдан Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 17 по Челябинской области 26.12.2002г., именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице главного врача Ростовцева Дмитрия Михайловича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем Потребитель, с другой стороны, вместе также именуемые «Стороны», в соответствие с Конституцией Российской Федерации, Гражданским кодексом РФ, Федеральным законом от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», законом РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей» и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. N 736, заключили настоящий договор о нижеследующем:

# 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему договору Исполнитель, действуя с информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (Приложение №3) Потребителя, обязуется оказать ему платные медицинские и немедицинские услуги (далее – Услуги), в соответствии с перечнем услуг, составляющих медицинскую деятельность организации в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности (Приложение № 1), отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Потребитель обязуется оплатить их в порядке и размере, установленном настоящим Договором.

1.2. Расчет стоимости обследований и лечения указаны в Приложении № 2 к Договору, являющемся его неотъемлемой частью.

1.3. Срок оказания (дата, время) услуг: с «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г. по «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.

# 1.4. Потребитель подтверждает, что заключение договора не является следствием ущемления его прав на получение бесплатной медицинской помощи, проинформирован о возможности и условиях её предоставления в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, дает свое согласие на оказание ему платных услуг в его интересах и готов их оплатить за счет собственных средств.

1.5. Потребитель согласен с условиями оказания услуг, их стоимостью.

1.6. Потребителю доведены сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации.

1. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

2.1. Потребитель обязуется:

2.1.1. оплатить услуги в размере и порядке, указанным в п.3 настоящего Договора;

2.1.2. до назначения курса лечения сообщить лечащему врачу все сведения о наличии у него других заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, а также другую информацию, влияющую на протекание или лечение заболевания.

2.1.3. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих услуги, соблюдать Правила внутреннего распорядка медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

2.1.4. при прохождении курса лечения сообщить лечащему врачу о любых изменениях самочувствия.

2.1.5. отказаться на весь курс лечения от употребления наркотиков и лекарств их содержащих, психотропных препаратов (кроме разрешенных лечащим врачом), алкоголе содержащих напитков.

2.1.6. согласовывать с лечащим или дежурным врачом употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей и т.д., не назначенных Исполнителем.

2.2. Потребитель имеет право:

2.2.1. Получать услуги в соответствии с обязательными требованиями [порядков](https://mobileonline.garant.ru/document/redirect/5755550/0) оказания медицинской помощи, [стандартов](https://mobileonline.garant.ru/document/redirect/5181709/0)и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи.

2.2.2. В доступной для него форме получить информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

2.2.3. Получить у Исполнителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

2.2.4. Отказаться от исполнения настоящего Договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

2.3. Исполнитель обязуется:

2.3.1. Оказать Потребителю платные услуги в полном объеме с соблюдением [порядков](https://mobileonline.garant.ru/document/redirect/5755550/0) оказания медицинской помощи и[стандартов](https://mobileonline.garant.ru/document/redirect/5181709/0) медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации, в срок, указанный в данном Договоре;

2.3.2. 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 услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

2.3.3. Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления услуг по настоящему договору.

2.3.4. При предоставлении платных услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

2.3.5. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, а также денежных средств, поступивших от Потребителя.

2.3.6. Немедленно извещать Потребителя о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора. Дополнительные услуги при необходимости их оказания предоставляются в случае оказания Потребителю стационарной помощи - на основании дополнительного соглашения к настоящему договору, в иных случаях - на основании отдельно заключаемого договора.

2.3.7. Предоставить в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках [Программы](https://mobileonline.garant.ru/document/redirect/406065459/1000) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.4. Исполнитель имеет право:

2.4.1. При выявлении у Потребителя противопоказаний к проведению лечебных и диагностических мероприятий отказать в их проведении.

2.4.2. Требовать от Потребителя соблюдения:

- графика прохождения процедур;

- режима при приеме лекарственных препаратов;

- назначений, рекомендаций специалистов;

- лечебно-охранительного режима;

- правил внутреннего распорядка лечебного учреждения;

- правил техники безопасности и пожарной безопасности.

2.4.3. Отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем правил внутреннего распорядка лечебного учреждения, рекомендаций и назначений специалистов и нарушении режима работы учреждения.

2.4.4. Использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Потребителя, достаточных для его идентификации.

2.4.5. В случае возникновения неотложных состояний Исполнитель имеет право самостоятельно определять объем исследований и оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных настоящим Договором.

3. ЦЕНА И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ УСЛУГ

3.1. Стоимость Услуги устанавливается действующим прейскурантом и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_\_копеек (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_рублей \_\_\_\_\_\_\_ копеек).

3.2. Расчеты за услуги производятся Потребителем в порядке 100% предварительной оплаты до получения услуг, либо авансовым платежом в размере\_\_\_\_\_\_\_\_\_ до получения услуг, оставшаяся сумма вносится по факту оказания услуг, либо по факту получения услуг, путем внесения наличных денежных средств через кассу Исполнителя или через платежный терминал, либо путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Потребителя с учетом уточненного диагноза, сложности операции и иных затрат на лечение.

3.4. По окончании оказания услуг стороны составляют и подписывают Акт об оказании услуг, который подтверждает факт оказания услуг Исполнителем и получения их Потребителем (Приложение №4).

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязанностей по договору Исполнитель несет ответственность в размере реального ущерба, причиненного Потребителю таким неисполнением.

4.2. В случае причинения вреда здоровью или жизни Потребителя по вине Исполнителя, последний несет ответственность в соответствии с законодательством РФ.

4.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Потребителем условий настоящего Договора.

4.4. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора. С согласия Пациента или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, указанным Пациентом или его законным представителем.

4.5. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациента или его законного представителя допускается в случаях, установленных ст. 13 [Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/).

5. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

5.1. Споры и разногласия, которые могут возникнуть при исполнении настоящего договора, будут по возможности разрешаться путем переговоров между Сторонами.

5.2. В случае если Стороны не придут к соглашению, споры разрешаются в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

# 6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. Все изменения и дополнения к настоящему договору, требующие взаимного согласия Сторон, будут действительны только в случае, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями Сторон (либо ими лично).

## 6.2. Договор может быть изменен или расторгнут по соглашению сторон.

## 6.3. По требованию одной из сторон Договор может быть изменен или расторгнут по решению суда в следующих случаях:

1) при существенном нарушении Договора другой стороной;

2) в иных случаях, предусмотренных Гражданским кодексом РФ или другими законами.

Существенным признается нарушение Договора одной из сторон, которое влечет для другой стороны такой ущерб, что она в значительной степени лишается того, на что была вправе рассчитывать при заключении Договора.

6.4. Расторжение Договора:

### 6.4.1. Если Потребитель, несмотря на своевременное и обоснованное информирование Исполнителем о возможном снижении качества услуги или невозможности ее завершения в срок, в разумный срок не изменит указаний о способе оказания услуги либо не устранит иных обстоятельств, которые могут снизить качество оказываемой услуги, Исполнитель вправе отказаться от исполнения Договора и потребовать полного возмещения убытков.

### 6.4.2. Потребитель вправе отказаться от исполнения Договора в любое время при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1. Срок оказания услуг определяется поступлением Потребителя для прохождения лечения (обследования) и заканчивается завершением лечения (обследования) или выпиской Потребителя.

7.2. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания настоящего договора Сторонами и действует в течение 60 дней со дня зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или дня внесения денежных средств в кассу Исполнителя.

7.3. Настоящий договор составлен в двух аутентичных экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

7.5. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

8. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

8.1. Стороны обязуются обеспечить конфиденциальность и безопасность персональных данных при их обработке, ставших им известными в процессе исполнения настоящего договора, а также в течение 5 лет по истечении срока его действия, а также принять для этого все необходимые меры с использованием методов и способов защиты информации, установленных действующим законодательством.

Приложения к настоящему договору:

1. Приложение №1 - Перечень услуг;
2. Приложение №2 – Расчет стоимости обследования и лечения;
3. Приложение №3 – Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Согласие на обработку персональный данных;
4. Приложение №4 - Акт об оказании услуг;
5. Приложение №5 – Заявление о предоставлении платных медицинских услуг.

# 8. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

|  |  |
| --- | --- |
| ИСПОЛНИТЕЛЬ:  Государственное автономное учреждение здравоохранения  «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины»  (ГАУЗ «ЧОКЦО и ЯМ»)  454078, Челябинская область, г. Челябинск, Блюхера, д. 42,  Лицензия на осуществление медицинской деятельности  № Л041-00110-74/00589960 от 30.04.2021 г  ИНН 7453012342 КПП 745301001  Министерство Финансов Челябинской области (ГАУЗ «ЧОКЦО и ЯМ»)  р/с 03224643750000006900  Отделение Челябинск Банка России // УФК по Челябинской области г. Челябинск  Кор.счет 40102810645370000062  БИК 017501500 ОКТМО 75701370000  ЛС 30201607041ПЛ  E-mail: onco74@chelonco.ru  Главный врач, д.м.н.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Д.М. Ростовцев | ПОТРЕБИТЕЛЬ:  ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись потребителя |

Приложение 1

к Договору на оказание платных

медицинских и немедицинских услуг

|  |  |
| --- | --- |
| Перечень услуг, составляющий медицинскую деятельность медицинской организации  в соответствии с лицензией № Л041-00110-74/00589960 от 30.04.2021 г. | |
| 454087, Челябинская область, г. Челябинск, ул. Блюхера, д. 42, нежилое здание (корпус № 2 - старый хирургический корпус) | При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие услуги: при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по анестезиологии и реаниматологии;  гистологии; клинической лабораторной диагностике; онкологии; патологической анатомии; радиологии; радиотерапии; рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению; сестринскому делу; хирургии; эндоскопии; при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; гистологии; клинической лабораторной диагностике; лабораторной диагностике; медицинской статистике; неврологии; онкологии; офтальмологии; патологической анатомии; радиологии; радиотерапии; рентгенологии; сестринскому делу; стоматологии терапевтической; функциональной диагностике; эндокринологии; при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: онкологии; при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по: офтальмологии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности. |
| 454087, Челябинская область, г. Челябинск, ул. Блюхера, д. 42, нежилое здание  (онкологический диспансер) | При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие услуги: при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по :организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; детской онкологии; диетологии; кардиологии; клинической фармакологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; пластической хирургии; радиотерапии; ревматологии; рентгенологии; рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению; сердечно-сосудистой хирургии; сестринскому делу; терапии; трансфузиологии; ультразвуковой диагностике; эндоскопии; при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по: онкологии; При оказании паллиативной медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):при оказании паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях по: онкологии; сестринскому делу;  При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие услуги по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи; При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие услуги по: медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым). |
| 454087, Челябинская область, г. Челябинск, ул. Блюхера, д. 42, нежилое помещение № 4 (реконструкция помещений Государственного лечебно-профилактического учреждения "Челябинский областной клинический онкологический диспансер" в т.ч. ПИР) | При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие услуги: при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: онкологии. |
| 454087, Челябинская область, г. Челябинск, ул. Блюхера, д. 42, нежилое помещение № 4, № 6 (реконструкция помещений ГЛПУ «Челябинский областной клинический онкологический диспансер» в т.ч. ПИР) | При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие услуги: при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: радиотерапии; при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: онкологии; радиологии; радиотерапии; рентгенологии; сестринскому делу; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие услуги по: экспертизе временной нетрудоспособности. |
| 454087, Челябинская область, г. Челябинск, ул. Блюхера, д. 42, строение 1, нежилое здание (центр позитронно-эмиссионной томографии в ГЛПУ «ЧОКОД») | При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие услуги: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии; сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по радиологии; рентгенологии. |
| 454087, Челябинская область, г. Челябинск, ул. Блюхера, д. 49, нежилое здание (корпус № 4 - здание поликлиники) | При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие услуги: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии; сестринскому делу; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: детской онкологии; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; неврологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; профпатологии; радиологии; рентгенологии; урологии; хирургии; эндокринологии ;при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: онкологии; При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие услуги: при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: онкологии; радиотерапии; сестринскому делу; при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: кардиологии; онкологии; эндокринологии;  при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: онкологии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы(услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи; При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим). |
| 454087, Челябинская область, Центральный район, г. Челябинск, ул. Блюхера, д. 42-б выполняемые работы, оказываемые услуги: | При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие услуги: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; гистологии; лабораторной диагностике; рентгенологии; сестринскому делу; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; клинической лабораторной диагностике; клинической фармакологии; неврологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; офтальмологии; патологической анатомии; радиологии; рентгенологии; ультразвуковой диагностике; эндокринологии; эндоскопии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: онкологии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие услуги по: экспертизе временной нетрудоспособности. |
| 456618, Челябинская область, г. Копейск, ул. Темника, д. 46, нежилое здание выполняемые работы, оказываемые услуги: | При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие услуги: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинской статистике; рентгенологии; сестринскому делу; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; рентгенологии; ультразвуковой диагностике; При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие услуги:при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: онкологии; радиотерапии; сестринскому делу; при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: медицинской реабилитации; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; радиотерапии; трансфузиологии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие услуги по: экспертизе временной нетрудоспособности; При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие услуги по :медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым). |
| Лицензирующий орган:  Министерство здравоохранения Челябинской области 454091, г. Челябинск, ул. Кирова, 165 телефон: +7 (351) 240-22-22, факс: +7 (351) 240-22-22 добавочный 143, электронная почта: info@minzdrav74.ru Юридический адрес: 454091, г. Челябинск, ул. Кирова, 165 | |

Приложение № 2

к Договору на оказание платных

медицинских и немедицинских услуг

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Расчет стоимости обследований и лечения платного (ой) больного (ой)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО пациента  в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  наименование отделения  с «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_г. по «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_г. | | | | | | |
| №№ п/п | Наименование услуги | Наименование отделения оказывающего услугу | Кол-во предоставляемых услуг | Цена по прейскуранту | | Сумма |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | 6 |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
| ИТОГО | | | | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель | Потребитель |
| Главный врач, д.м.н.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Д.М. Ростовцев/ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |

Приложение № 4

к Договору на оказание платных

медицинских и немедицинских услуг

АКТ №

сдачи-приемки оказанных услуг

г. Челябинск \_\_\_.\_\_\_.20\_\_ г

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины» (лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-00110-74/00589960 от 30.04.2021 г., выданная Министерством здравоохранения Челябинской области 454091, г. Челябинск, ул. Кирова, 165, телефон: +7 (351) 240-22-22 доб.143, 101), ОГРН 1027403897707, выдан Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 17 по Челябинской области 26.12.2002г., именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице главного врача Ростовцева Дмитрия Михайловича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем "Потребитель", с другой стороны, вместе именуемые «Стороны» заключили настоящий акт о том, что Исполнителем были оказаны услуги по договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от «\_\_»\_\_\_\_ 202\_\_г.

Услуги оказаны полностью и в срок. Потребитель по объему, качеству и срокам оказания услуг претензий не имеет.

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель | Потребитель |
| Главный врач  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Д.М. Ростовцев / | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |

Приложение № 3

к Договору на оказание платных

медицинских и немедицинских услуг

**Информированное добровольное согласие**

**на медицинское вмешательство**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Я, | |  | | | | | | | | | |
|  | | (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя) | | | | | | | | | |
| « |  | » |  | | |  |  | | | г. рождения, зарегистрированный по адресу: | |
|  | (дата рождения гражданина либо законного представителя) | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | |
| (адрес регистрации гражданина либо законного представителя) | | | | | | | | | | | |
| проживающий по адресу: | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | (указывается в случае проживания не по месту регистрации) | | | | | | |
| в отношении | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем) | | | | | | | |
| « |  | » |  | | | | |  |  | | г. рождения, зарегистрированный по адресу: |
|  | (дата рождения пациента при подписании законным представителем) | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | |
| (в случае проживания не по месту жительства законного представителя) | | | | | | | | | | | |

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[[1]](#footnote-1) (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в | |  |
|  | | (полное наименование медицинской организации) |
|  | | |
| Медицинским работником |  | |
|  | (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) | |

в доступной для меня форме мне 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, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (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), в том числе после смерти:

|  |
| --- |
|  |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) |
|  |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| « |  | » |  | г. |
|  | (дата оформления) | | |  |

СОГЛАСИЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

проживающий (ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_

(дата и название выдавшего органа)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения,

|  |
| --- |
| Этот раздел бланка заполняется только на несовершеннолетних, либо недееспособных лиц  Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (Ф.И.О. полностью)  проживающий (ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (дата и название выдавшего органа)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель и т.д.) ребенка или лица, признанного недееспособным \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. (Ф.И.О. недееспособного лица полностью) |

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие на обработку ГАУЗ «ЧОКЦО и ЯМ» (далее — Оператор) моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими (лица, законным представителем которого я являюсь) персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе самостоятельно обрабатывать либо передавать на обработку уполномоченным на то должностным лицам, заключившим соглашение о неразглашении персональных данных, мои (лица, законным представителем которого я являюсь) персональные данные посредством внесения их в информационные системы министерства здравоохранения Челябинской области, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, срок хранения моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты). Передача моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных иным лицам или иное их разглашение, кроме случаев, прямо предусмотренных настоящим согласием, может осуществляться только с моего письменного разрешения.

Настоящее согласие дано мной «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_\_г. и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен 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 времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

|  |
| --- |
| Субъект персональных данных  (законный представитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  подпись Потребителя (законного представителя) расшифровка подписи  "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_г. |

1. [↑](#footnote-ref-1)