# Приложение № 1

# к приказу № 387 от 28.08.2023г

# УВЕДОМЛЕНИЕ

БУЗ УР «Глазовская МБ МЗ УР» уведомляет

Ф.И.О. потребителя/заказчика

о том, что, несоблюдение указаний (рекомендаций) учреждения (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

Я уведомлен, что данную медицинскую услугу я могу получить бесплатно в других медицинских учреждениях.

 Я уведомлен, что согласно ст.19 ГК РФ, гражданин приобретает и осуществляет права и обязанности под своим именем, включающим фамилию, имя, отчество (при наличии), приобретение прав и обязанностей под именем другого лица не допускается. Соответственно, факт оказания предусмотренной настоящим договором медицинской услуги анонимно, либо установленный диагноз не могут служить основанием для приобретения в дальнейшем каких-либо прав или обязанностей, предоставленных законодательством Российской Федерации, как связанных с состоянием моего здоровья (напр. оформление листка нетрудоспособности, установление инвалидности, диспансерного наблюдения, льготного лекарственного обеспечения, санаторно-курортного лечения и т.д.) так и иных прав гражданского оборота (напр. на получение социального вычета, представления медицинской карты в суде, и т.д.).

**С вышеизложенным согласен.**

С уведомлением ознакомлен до заключения договора на оказание платных медицинских услуг, экземпляр на руки получил

(Фамилия, инициалы, подпись, дата)

ДОГОВОР

на оказание платных медицинских услуг анонимно

г. Глазов «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_года

Бюджетное учреждение здравоохранения Удмуртской Республики «Глазовская межрайонная больница Министерства здравоохранения Удмуртской Республики», ОГРН № 1041801905749, ИНН № 1829015681, расположенное по адресу: 427620, Удмуртская Республика, город Глазов, улица Мира, дом 22, Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01129-18/00574383, действующая с «29» октября 2020г. бессрочно, выдана Министерством здравоохранения Удмуртской Республики, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице главного врача Ремнякова Василия Валентиновича, действующего(-ей) на основании устава, с одной стороны, и Анонимный

 именуемый в дальнейшем **«Заказчик» либо «Потребитель**», с другой стороны, в дальнейшем «стороны», в соответствии сп.2 ч.5 ст.84 Закона от 21.11.2011 г. №323- ФЗ, пп.б) пункта 8 раздел II Постановление Правительства РФ от 11 мая 2023 г. № 736, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА
	1. По настоящему договору ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется оказать ЗАКАЗЧИКУ (либо по поручению ЗАКАЗЧИКА потребителю) следующие медицинские услуги:

* 1. ЗАКАЗЧИК обязуется оплатить их стоимость в соответствии с прейскурантом, утвержденным ИСПОЛНИТЕЛЕМ.
1. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.
	1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязан:
		1. Поручить оказание определенных п.1.1. договора медицинских услуг специалисту:
		2. Оказать услуги в оговоренный с заказчиком срок: с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. по «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. Оказать услуги качественно, по общепринятым в медицинской практике методикам, в соответствии с требованиями юридических, профессиональных и морально-этических норм, по общепринятым в медицинской практике методикам.

Обеспечить Заказчика всей необходимой информацией об услуге. По требованию Заказчика Исполнитель обязан предоставить в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, в т. ч. сведения:

* о порядках оказания и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;
* -информацию о конкретном медицинском работнике (его профессиональном образовании и квалификации), предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу;
* информацию о методах и возможных видах медицинского вмешательства, связанных с ними рисках, последствиях и ожидаемых результатах;
* другие сведения, относящиеся к предмету договора.
	+ 1. Ознакомить лиц, направляемых заказчиком, с прейскурантом, действующим на момент оказания услуги. При изменении плана оказания и стоимости услуг, проинформировать ЗАКАЗЧИКА и осуществить дополнительную услугу с его согласия с дополнительной оплатой.
		2. Поставить в известность ЗАКАЗЧИКА о возникших в процессе оказания услуг обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг и возможных осложнениях. Изменение плана оказания услуг согласовать с заказчиком.
		3. Соблюдать правила медицинской этики, врачебную тайну и конфиденциальность информации о здоровье Заказчика/потребителя.
	1. ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право:
		1. По личной просьбе ЗАКАЗЧИКА либо направляемого им лица, или по стечению обстоятельств (болезнь, отпуск лечащего врача, психологическая несовместимость) назначить другого врача с его согласия для оказания услуг.
		2. Отказаться от оказания услуг, если их оказание не соответствует требованиям технологий, может вызвать нежелательные последствия.
		3. В случае возникновения неотложных состояний Исполнитель имеет право самостоятельно определять объем исследований и медицинских вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных договором.
	2. ЗАКАЗЧИК обязан:
		1. ЗАКАЗЧИК, либо лица, направляемые ЗАКАЗЧИКОМ, обязаны выполнять все требования и рекомендации врачей, врачебной комиссии. До оказания услуги должен информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях. Оказывать содействие Исполнителю в надлежащем исполнении им обязательств по договору, в т. ч. обеспечить явку потребителя услуг в назначенное время, соблюдение назначенного режима, рекомендаций Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего услугу). Несоблюдение указанных в настоящем пункте условий может снизить качество услуг или повлечь за собой невозможность завершения услуг в срок.

Немедленно извещать лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья в процессе оказания услуг или после их окончания, а также о принимаемых лекарственных препаратах.

* + 1. При амбулаторном режиме извещать через регистратуру о невозможности явки на прием не менее чем за 24 часа. При стационарном режиме - соблюдать режим, действующий в стационарном отделении.
		2. Ознакомиться с расценками прейскуранта на оказываемые медицинские услуги.
		3. Своевременно производить оплату медицинских услуг в соответствии с выставленным счетом по расценкам прейскуранта ИСПОЛНИТЕЛЯ.
	1. ЗАКАЗЧИК имеет право:
		1. Отказаться от оказания услуг в любой момент до их оказания с оплатой тех медицинских услуг, которые на тот момент будут оказаны.
		2. На проведение ИСПОЛНИТЕЛЕМ консилиума и консультаций специалистов по просьбе ЗАКАЗЧИКА.
		3. На добровольное согласие и отказ от оказания медицинских услуг.
		4. На получение в доступной форме информации о состоянии своего здоровья и последствиях полученной услуги.
1. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.
	1. ИСПОЛНИТЕЛЬ несет ответственность:
* за качество оказываемых услуг, лечебно-диагностического процесса, достаточных и адекватных состоянию заказчика на момент обращения;
* за выполнение назначенных сроков оказания услуги;
* за несоблюдение врачебной тайны.
	1. ИСПОЛНИТЕЛЬ не несет ответственности в случаях:
* возникновения осложнений по вине ЗАКАЗЧИКА либо направляемых им лиц (невыполнение требований и назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших нарушениях и отклонениях);
* прекращения (не завершения) услуг по инициативе ЗАКАЗЧИКА до окончания лечения.
	1. ЗАКАЗЧИК несет ответственность:
* за недостоверное предоставление информации;
* за невыполнение требований и рекомендаций врача;
* за несвоевременную оплату медицинских услуг.
	1. В остальных случаях стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ. Претензии рассматриваются в течение 30 календарных дней.
1. ПОРЯДОК РАСЧЁТОВ
	1. ЗАКАЗЧИК оплачивает в порядке предоплаты 100% стоимости медицинских услуг по утвержденному ИСПОЛНИТЕЛЕМ прейскуранту согласно п.1.1., 2.3.4 настоящего договора в сумме: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб. При возникновении необходимости оказания дополнительного объема медицинских услуг, не предусмотренных договором, стороны составляют дополнительное соглашение к договору в письменном виде только в период нахождения потребителя услуг в стационаре, в случае прекращения оказания услуг по вине потребителя – денежные средства не возвращаются.
	2. Оплата производится в Российских рублях на расчетный счет либо в кассу ИСПОЛНИТЕЛЯ.
2. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ
	1. Любой спор, разногласие или претензия, возникающие или касающиеся настоящего договора, либо вопросов связанных с его исполнением, прекращением, недействительностью договора в целом или его части, могут регулироваться сторонами только в период нахождения заказчика в стационаре при наличии визуализации анонимного заказчика/потребителя услуги. Направление претензий в письменной форме, а также восстановление и защита имущественных и личных неимущественных прав сторон и рассмотрение разногласий в судебном порядке возможно только при отказе заказчика от условия анонимности непосредственно в период оказания услуг и заключения договора с указанием своих персональных данных.
3. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА
	1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания сторонами и прекращается по выполнению указанных выше договорных обязательств сторон в полном объеме.
4. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ
	1. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих юридическую силу, по одному для каждой из сторон.
5. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

|  |  |
| --- | --- |
| ИСПОЛНИТЕЛЬ:Адрес: ОГРН/ОГРНИП ИНН КПП Р/с в К/с БИК ОКПО Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ЗАКАЗЧИК:Анонимный\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Заказчик \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № \_\_\_\_\_\_\_

к договору № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.

o предоставлении платных медицинских услуг анонимно

г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_года

 Бюджетное учреждение здравоохранения Удмуртской Республики «Глазовская межрайонная больница Министерства здравоохранения Удмуртской Республики» (сокращенное наименование – БУЗ УР «Глазовская МБ МЗ УР»), именуемое в дальнейшем «ИСПОЛНИТЕЛЬ», в лице главного врача Ремнякова В.В. , действующего на основании Устава и лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01129-18/00574383, действующая с «29» октября 2020г. бессрочно, выдана Министерством здравоохранения Удмуртской Республики, с одной стороны, и Анонимный

именуемый в дальнейшем «ЗАКАЗЧИК», с другой стороны, заключили настоящее дополнительное соглашение о нижеследующем:

1. В связи с выявлением в процессе предоставления медицинских услуг потребности в дополнительном объеме оказания услуг, стороны пришли к соглашению об увеличении объема предоставляемых медицинских услуг в части (нужное подчеркнуть):
	1. продления срока оказания потребителю услуг, предусмотренных п. 1.1. договора с «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. по «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.
	2. предоставления дополнительных медицинских услуг;
	3. использования лекарственных средств и расходных материалов.
2. Медицинские услуги, указанные в пункте 1 настоящего дополнительного соглашения, оплачиваются «Заказчиком» сверх суммы, указанной в договоре на основании п. 3.1.2. договора и настоящего соглашения, путем внесения в кассу «Исполнителя» дополнительно суммы:

 руб.

1. Общая сумма договора увеличивается на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.

и составляет: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

1. В остальной части условия договора остаются неизменными. Настоящее соглашение вступает в силу с даты подписания, составлено в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

|  |  |
| --- | --- |
| ИСПОЛНИТЕЛЬ:Адрес: ОГРН/ОГРНИП ИНН КПП Р/с в К/с БИК ОКПО Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ЗАКАЗЧИК:Анонимный\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Заказчик \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |