

Министерство здравоохранения Республики Башкортостан
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Республики Башкортостан
Городская клиническая больница №9 города Уфы
(ГБУЗ РБ ГКБ №9 г Уфы)

г. Уфа

ПРИКАЗ

«30» 04 2026 г.

№ 103

Об утверждении формы договора на оказание платных медицинских услуг
в ГБУЗ РБ ГКБ № 9 г. Уфы на 2026 г.

Во исполнение требований Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Закона Российской Федерации от 07.02.1992г. № 2300-1 «О защите прав потребителей» и Постановления Правительства Российской Федерации от 11.05.2023г. № 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. № 1006», п р и к а з ы в а ю:

1. Признать внести изменения Приказ № 87 от 16 апреля 2026 г.;
2. Утвердить дополнительную форму типового договора для оказания платных медицинских услуг (Приложение № 1);
3. Ответственным за заключение договоров на оказания платных медицинских услуг использовать утвержденную форму договора;
4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на начальника отделения платных медицинских услуг Милюкову О.Г.

Главный врач



Т.В. Добрейкина

«Об утверждении формы договора на оказание платных медицинских услуг
в ГБУЗ РБ ГКБ № 9 г. Уфы»

УВЕДОМЛЕНИЕ

(в соответствии с п.24 «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» утвержденных постановлением Правительства РФ от 11.05.2023г. №736)

Мне _____

(ФИО полностью)

разъяснено, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (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 моего здоровья.

Подтверждаю, что уведомлен(а) о вышеуказанном до заключения договора на предоставление платных медицинских услуг.

Потребитель(Законный представитель):



_____ [подпись]

_____ [инициалы, фамилия]

_____ [число, месяц, год]

**Договор № _____
на оказание платных медицинских услуг**

г. Уфа

«__» _____ 20__

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Городская клиническая больница № 9 города Уфы (ГБУЗ РБ ГКБ № 9 г.Уфы) (ОГРН 1070275007483) на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01170-02/00382113 от 15.01.2019г. (бессрочно), выданной Министерством здравоохранения Республики Башкортостан (г. Уфа, ул. Тукаева, 23, т. (347) 218-00-81), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на _____, с одной стороны, и _____

(Ф.И.О., полных лет (дата рождения))

именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, и _____

(Ф.И.О.)

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик-законный представитель Потребителя» с третьей стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

Понятия, используемые в настоящем Договоре

Для целей настоящего Договора используются следующие основные понятия:

платные медицинские услуги - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;

Заказчик - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором в пользу потребителя;

Потребитель - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с настоящим Договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

Исполнитель - медицинская организация, независимо от организационно-правовой формы, а также индивидуальный предприниматель, оказывающие платные медицинские услуги в соответствии с Договором.

1. Предмет договора

1.1. По настоящему Договору Исполнитель обязуется оказать Потребителю на возмездной основе платные медицинские услуги, отвечающие требованиям и клиническим рекомендациям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

Медицинские услуги Исполнителем оказываются на основании действующей лицензии. Заказчик обязуется своевременно оплатить стоимость предоставляемых Исполнителем Потребителю медицинских услуг в полном объеме в соответствии с Разделом 3 настоящего Договора.

1.2. Заключая настоящий Договор, Потребитель и Заказчик в доступной и понятной форме проинформированы:

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи (услуг) без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа);

- о порядке получения медицинской помощи в рамках программы и территориальной программы;

- что при определении размера налоговой базы Заказчик имеет право на получение социальных налоговых вычетов в соответствии с пп. 3 п. 1 ст. 219 Налогового кодекса Российской Федерации;

- что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя;

- что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

1.3. Настоящий Договор Потребитель (Заказчик) заключил, находясь в здравом уме, ясной памяти и действуя на основании добровольной инициативы, имея достаточно времени для принятия осознанного решения, без давления и принуждения с чьей-либо стороны, выбрав порядок оказания услуг, установленный настоящим Договором

1.4. Заключая настоящий Договор, Потребитель (Заказчик) подтверждает, что вся необходимая информация об оказываемых платных медицинских услугах Потребителем (Заказчиком) получена в полном объеме и в доступной для понимания форме. Потребитель (Заказчик) ознакомлен с действующим прейскурантом, лицензией на осуществление медицинской деятельности, а также с предварительным объемом, характером и стоимостью медицинских услуг, планируемых к оказанию Потребителю. Действующий прейскурант Исполнителя, а также лицензия на осуществление медицинской деятельности с указанием перечня услуг, составляющих медицинскую деятельность Исполнителя, а также информация об Исполнителе и предоставляемых им платных медицинских услуг согласно требованиям Постановления Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023г. № 736 в полном объеме представлены на официальном интернет-сайте Исполнителя <https://ufagb9.ru/>, а также в месте заключения настоящего Договора.

1.5. Потребитель вправе направить обращение (жалобу) в органы государственной власти и организации в письменном виде по

адресу: 450002, г. Уфа, ул. Тукаева, 23, а также в электронном виде: ufa.gb9@doctorb.ru

1.6. При предъявлении Потребителем требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), Исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования либо отказывает в удовлетворении заявленных требований в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей».

2. Условия и порядок оказания услуг

2.1. От лица «Исполнителя»

(специалист, оказывающий платные услуги ФИО)

принимает на себя обязательства на оказание медицинской услуги надлежащего качества в соответствии с действующим на момент заключения договора Перечнем медицинских и иных услуг в ГБУЗ РБ ГКБ № 9 г. Уфы.

2.2. Медицинские услуги оказываются в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, а также на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи, действующих на территории Российской Федерации, либо по просьбе Потребителя, по согласованию с Заказчиком, в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, действующего на территории Российской Федерации.

2.3. Исполнитель в соответствии с п. 1.1 настоящего Договора оказывает медицинские услуги по настоящему Договору в помещении Исполнителя по адресу: г. Уфа, ул. Сержанта Пашкова, 8 / г. Уфа, ул. Аксакова, д.62 / г. Уфа, ул. Ахметова, 318/1 .

2.4. Платные медицинские услуги должны соответствовать номенклатуре медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Потребителя.

2.5. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

2.6. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, является неотъемлемой частью настоящего договора.

2.7. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.8. В случае невозможности оказания необходимых медицинских услуг своими силами Исполнитель вправе привлечь третьих лиц для их оказания.

3. Стоимость платных медицинских услуг и порядок расчетов

3.1. «Исполнитель» берет на себя обязательство оказать платные медицинские услуги отвечающее требованиям, предъявляемым к современным методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенных на территории Российской Федерации в следующем объеме:

Код услуги для оплаты	Код медицинской услуги	Наименование услуги	Количество предоставляемых услуг	Цена по прейскуранту, за ед. руб.	Сумма к оплате, руб.

Срок предоставляемых услуг с «__» _____ 202__ г. Срок может меняться в зависимости от индивидуального объема оказываемых услуг, по медицинским показаниям. Сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг не превышают сроки ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с Программой госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программой госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

3.2. Стоимость услуг по договору составляет: _____ руб.. НДС (не облагается).

3.3. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю, определяется в соответствии с действующим в медицинской организации Прейскурантом на предоставление платных медицинских услуг.

3.4. Оплата производится Потребителем (законным представителем Потребителем /Заказчиком) в размере 100% в день оказания соответствующей услуги путем внесения в кассу Исполнителя – с выдачей документа, подтверждающего произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности). Оплата услуг по договору осуществляется, с использованием платежных банковских карт Потребителя (законного представителя Потребителя /Заказчика).

3.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя. Оказание дополнительных услуг оформляется дополнительным соглашением либо оформлением отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного договора.

3.6. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Потребителя удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Потребителем по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

4. Права и обязанности сторон

4.1. При оказании медицинских услуг Исполнитель обязан:

- использовать методы диагностики, профилактики и лечения, разрешенные к применению на территории Российской Федерации;
- предоставить Потребителю (Заказчику) информацию, включающую в себя сведения местонахождении Исполнителя, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и сроках ожидания этих услуг, а также сведения о наличии лицензии на медицинскую деятельность, сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, и графике их работы, порядке оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии) посредством размещения на официальном сайте Исполнителя

- предоставлять медицинские услуги в сроки, установленные настоящим Договором;
- осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, и клиническими рекомендациями;
- соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления;
- по требованию Заказчика предоставлять документы, необходимые для получения социальных налоговых вычетов согласно п. 3 ч.2 ст.219 Налогового кодекса Российской Федерации;
- предоставить Потребителю (Заказчику) информацию о состоянии здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах оказания медицинской помощи, связанных с ним рисках, видах медицинских вмешательств, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- обеспечить по требованию Потребителя или его законного представителя непосредственное ознакомление с медицинской документацией и выдать выписки из медицинских документов и копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья Потребителя в порядке, предусмотренном Приказами Минздрава России от 12.11.2021 № 1050н «Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента», от 31.07.2020 № 789н "Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них";
- в случае возникновения неотложных состояний, угрожающих жизни Потребителя, действовать в установленном законодательством Российской Федерации порядке;
- довести до Потребителя и (или) Заказчика информацию о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации, а также сообщить почтовый адрес или адрес электронной почты (при наличии), на которые может быть направлено обращение (жалоба), путем размещения указанной информации на официальном сайте Исполнителя.
- предупредить Потребителя и (или) Заказчика, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором.

4.2. При получении медицинских услуг Потребитель обязан:

- предоставить лечащему врачу подробную и полную информацию о состоянии своего здоровья, отягощённой наследственности, перенесённых и имеющихся хронических заболеваниях, иных известных ему особенностях организма, способных оказать влияние на ход лечения и его эффективность; о наличии у него заболеваний, представляющих опасность для окружающих, если потребителю заранее известно о наличии данных заболеваний; данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения;
- соблюдать правила поведения, предписания лечащего врача, режим лечения, графика прохождения процедур,- режима при приеме лекарственных препаратов,- назначений, рекомендаций специалистов;
- правил внутреннего распорядка лечебного учреждения, лечебно-охранительного режима,- правил техники безопасности и пожарной безопасности, установленные внутренним распорядком исполнителя;
- предоставить свое согласие на обработку Исполнителем персональных данных, а также предоставить оригинал (или копию) документа, удостоверяющего личность Исполнителю для оформления договора и необходимой медицинской документации;
- бережно относиться к имуществу Исполнителя, предоставленному ему во временное пользование;
- в случае отказа от медицинского вмешательства оформить его в письменном виде;
- лично являться на приемы/исследования в согласованное время, при невозможности явки в назначенное время предупредить об этом Исполнителя по телефону +79297537645 не менее, чем за сутки.

В случае если Потребитель является несовершеннолетним или недееспособным лицом, то ответственность за исполнение Потребителем вышеперечисленных обязанностей лежит на законном представителе (родителе, усыновителе, попечителе, опекуне и пр.) или представителе законного представителя по доверенности.

4.3. При исполнении настоящего Договора Заказчик обязан:

- своевременно оплачивать оказываемые Потребителю услуги согласно положениям настоящего Договора;
- предоставить свое согласие на обработку Исполнителем персональных данных, полученных Исполнителем в рамках настоящего Договора;

4.4. При получении медицинских услуг Потребитель имеет право:

- получать квалифицированные медицинские услуги (медицинскую помощь);
- в любой момент отказаться от медицинской помощи. При этом Заказчик обязан оплатить Исполнителю фактически оказанные Потребителю медицинские услуги;
- получать в доступной для него форме имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанных с ним рисками, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения;
- на отказ от медицинского вмешательства, за исключением случаев, предусмотренных статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4.5. Исполнитель при предоставлении медицинских услуг имеет право:

- 4.5.1.отказать Потребителю в оказании медицинских услуг при наличии у него противопоказаний к лечению и при наличии медицинских противопоказаний к оказанию услуги;
- 4.5.2.отказать от оказания услуг по Договору в случае несоблюдения и невыполнения Потребителем рекомендаций и правил подготовки к оказанию услуги:
 - если потребитель явился для оказания услуги в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, проявляет агрессию в отношении сотрудников или ведет себя некорректно.
 - если Потребитель не явился в назначенное время и место для получения услуги;
 - в случае неполучения от Потребителя добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство в установленном законодательством Российской Федерации порядке;
 - в случае нарушения Потребителем правил внутреннего распорядка для Потребителей, установленных Исполнителем;
 - если к моменту оказания услуги существует задолженность со стороны Заказчика по данному Договору;
 - требовать от Потребителя соблюдения заранее назначенных и согласованных даты, времени оказания услуги и надлежащей подготовки к оказанию услуги.

5. Ответственность сторон за невыполнение условий договора

- 5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.
- 5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 5.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье в соответствии с п. 4.5.1 настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п. 4.5.2 настоящего договора.
- 5.4. При наличии в настоящем договоре условий, ущемляющих права Потребителя, которые могут повлечь причинение ему

убытков, они подлежат возмещению Исполнителем в полном объеме в соответствии со статьей 13 Закона РФ от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей».

5.5. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

6. Конфиденциальность

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

6.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

7. Рассмотрение споров

7.1. Претензии и споры, возникшие между Сторонами в связи с исполнением обязательств по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров.

7.2. В случае невозможности урегулирования путем переговоров, спор подлежит разрешению в суде в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

8. Срок действия, прекращение и изменение договора

8.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до 31.12.2026г. Договор считается пролонгированным в случае остатка денежных средств на 31.12.2026г. при отсутствии письменного требования Заказчика об их возврате, до момента истребования денежных средств.

8.2. Настоящий Договор может быть изменен или расторгнут Сторонами в период его действия на основе их письменного соглашения. Обязательства Сторон по настоящему Договору считаются измененными или прекращенными с момента подписания соглашения об изменении или расторжении настоящего Договора.

8.3. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.

8.4. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Потребителя (Заказчика) после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Отказ Потребителя от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю. Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика) о расторжении настоящего Договора по инициативе Потребителя (Заказчика), при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

9. Заключительные положения

9.1. Настоящий Договор составлен в трех экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон. В случае, если Потребитель и Заказчик является одним физическим лицом либо Законным представителем Потребителя, Договор составляется в двух экземплярах.

9.2. Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами.

9.3. Все приложения и дополнительные соглашения, созданные Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются Сторонами как неотъемлемые составные части настоящего Договора.

9.4. Стороны пришли к соглашению о возможности использования Исполнителем факсимильного воспроизведения печати Исполнителя и подписи уполномоченного лица на настоящем Договоре, а также на документах, связанных с его исполнением. При этом факсимильная подпись и печать Исполнителя имеют такую же силу, как и подлинные.

9.5. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются приложения:

9.5.1. Перечень услуг, составляющих медицинскую деятельность исполнителя в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности (Приложение № 1)

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

10. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:	Заказчик	Потребитель
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Городская клиническая больница № 9 г. Уфы (ГБУЗ РБ ГКБ № 9 г. Уфы) Место нахождения: 450017, Республика Башкортостан, город Уфа, ул. Чкалова д.125, телефон: (347) 216-35-03 (приемная), (347) 216-32-96 (регистратура) E-mail: ufa.gb9@doctortb.ru; buhgb9ufa@yandex.ru (бухгалтерия) ИНН 0275062354/ КПП 027501001 / ОГРН 1070275007483 Банковские реквизиты: Минфин РБ (ГБУЗ РБ ГКБ № 9 г. Уфа л/с 20112041960) Номер казначейского счета 03224643800000000100 в ОКЦ № 6 УТУ Банка России // УФК ПО РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТО- СТАН г. Уфа Единый казначейский счет (ЕКС) 40102810045370000067 БИК 018073401	 [фамилия, имя и отчество (при наличии)] проживающий(ая) по адресу: (адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения] [иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения] паспорт: [данные документа, удостоверяющего лич- ность] телефон: _____ (подпись) (инициалы, фамилия)	 [фамилия, имя и отчество (при наличии)] проживающий(ая) по адресу: (адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения] [иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения] данные документа, удостоверяющего личность: [данные документа, удостоверяющего личность] телефон: _____ (подпись) (инициалы, фамилия)

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛУГ, СОСТАВЛЯЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

В соответствии с лицензией на медицинскую деятельность № Л041-01170-02/00382113 от 15.01.2019 г., срок действия лицензии: бессрочно выданной Министерством здравоохранения Республики Башкортостан (450002 г. Уфа, ул. Тукаева д. 23, тел. (347) 218-00-81) ГБУЗ РБ ГКБ №9 г.Уфы осуществляет медицинскую, деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»):

Оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях

450010, РБ, г. Уфа, ул. Сержанта Пашкова, 8 выполняемые работы, оказываемые услуги:

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу, анестезиологии и реаниматологии, вакцинации (проведению профилактических прививок), лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, лечебному делу, медицинской статистике, медицинскому массажу, рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, физиотерапии, функциональной диагностике, при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, терапии, при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности), анестезиологии и реаниматологии, гастроэнтерологии, дерматовенерологии, инфекционным болезням, кардиологии, колопроктологии, лечебной физкультуре, медицинской реабилитации, медицинской статистике, неврологии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), офтальмологии, профпатологии, психиатрии, психиатрии-наркологии, пульмонологии, рентгенологии, рефлексотерапии, сердечно-сосудистой хирургии, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии, эндоскопии.

При оказании паллиативной медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях по: терапии.

При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности, экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе профессиональной пригодности.

При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым), медицинским осмотрам профилактическим.

При проведении медицинских освидетельствований организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинскому освидетельствованию кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приемные родители, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством.

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛУГ, СОСТАВЛЯЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

В соответствии с лицензией на медицинскую деятельность № Л041-01170-02/00382113 от 15.01.2019 г., срок действия лицензии: бессрочно выданной Министерством здравоохранения Республики Башкортостан (450002 г. Уфа, ул. Тукаева д. 23, тел. (347) 218-00-81) ГБУЗ РБ ГКБ №9 г.Уфы осуществляет медицинскую, деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»):

Оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях 450010, РБ, г. Уфа, ул. Сержанта Пашкова, 8 выполняемые работы, оказываемые услуги:

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу, анестезиологии и реаниматологии, вакцинации (проведению профилактических прививок), лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, лечебному делу, медицинской статистике, медицинскому массажу, рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, физиотерапии, функциональной диагностике, при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, терапии, при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности), анестезиологии и реаниматологии, гастроэнтерологии, дерматовенерологии, инфекционным болезням, кардиологии, колопроктологии, лечебной физкультуре, медицинской реабилитации, медицинской статистике, неврологии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, профпатологии, психиатрии, психиатрии-наркологии, пульмонологии, рентгенологии, рефлексотерапии, сердечно-сосудистой хирургии, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии, эндоскопии.

При оказании паллиативной медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях по: терапии.

При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности, экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе профессиональной пригодности.

При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым), медицинским осмотрам профилактическим.

При проведении медицинских освидетельствований организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинскому освидетельствованию кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приемные родители, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством.

**АКТ
оказания платных медицинских услуг**

г. Уфа

« ___ » _____ 20__

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Городская клиническая больница № 9 города Уфы (ГБУЗ РБ ГКБ № 9 г.Уфы) на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01170-02/00382113 от 15.01.2019г. (бессрочно), выданной Министерством здравоохранения Республики Башкортостан (г. Уфа, ул. Тукаева, 23, т. (347) 218-00-81), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на _____, с одной стороны, и

_____ (Ф.И.О., полных лет (дата рождения))

именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, и _____

_____ (Ф.И.О., полных лет (дата рождения))

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик» с третьей стороны, вместе именуемые «Стороны», подписанием настоящего Акта подтверждают следующее:

1. Исполнителем оказаны Потребителю медицинские услуги, включающие:

Код услуги для оплаты	Код медицинской услуги	Наименование услуги	Количество предоставляемых услуг	Цена по прейскуранту, за ед. руб.	Сумма к оплате, руб.

- Срок предоставляемых услуг с «___» _____ 202__ г.
- Всего оказано медицинских услуг на сумму _____ рублей. копеек, НДС (не облагается/ в том числе 0%).
- Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок.
- Потребитель и / или Заказчик претензий к Исполнителю по объему, качеству и срокам оказания медицинских услуг не имеет.
- Настоящий Акт составлен в трех экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон. В случае, если Потребитель и Заказчик является одним физическим лицом, Акт составляется в двух экземплярах.
- Настоящий Акт является неотъемлемой частью договора на оказание платных медицинских услуг от «___» _____ 202__ г. № _____.

Исполнитель:	Заказчик	Потребитель
<p>Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Городская клиническая больница № 9 г. Уфы (ГБУЗ РБ ГКБ № 9 г. Уфы) Место нахождения: 450017, Республика Башкортостан, город Уфа, ул. Чкалова д.125, телефон: (347) 216-35-03 (приемная) , (347) 216-32-96 (регистратура) E-mail: ufa_gb9@doctorb.ru; buhgb9ufa@yandex.ru (бухгалтерия) ИНН 0275062354/ КПП 027501001 / ОГРН 1070275007483 Банковские реквизиты: Минфин РБ (ГБУЗ РБ ГКБ № 9 г. Уфа л/с 20112041960) Номер _____ казначейского _____ счета 03224643800000000100 в ОКЦ № 6 УГУ Банка России // УФК ПО РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН г. Уфа Единый _____ казначейский _____ счет (ЕКС) 40102810045370000067 БИК 018073401</p>	<p>_____</p> <p>[фамилия, имя и отчество (при наличии)] проживающий(ая) по адресу: _____</p> <p>_____</p> <p>(адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения)</p> <p>_____</p> <p>[иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения]</p> <p>паспорт: _____</p> <p>_____</p> <p>[данные документа, удостоверяющего личность]</p> <p>телефон: _____</p> <p>_____</p> <p>(подпись) (инициалы, фамилия)</p>	<p>_____</p> <p>[фамилия, имя и отчество (при наличии)] проживающий(ая) по адресу: _____</p> <p>_____</p> <p>(адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения)</p> <p>_____</p> <p>[иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения]</p> <p>данные документа, удостоверяющего личность: _____</p> <p>_____</p> <p>[данные документа, удостоверяющего личность]</p> <p>телефон: _____</p> <p>_____</p> <p>(подпись) (инициалы, фамилия)</p>
_____ М.П.		

Руководителю ГБУЗ РБ ГКБ №9 г.Уфы
Т.В. Добрейкиной

от _____
[Ф.И.О.]

адрес проживания: _____

паспорт: _____

_____ [серия, номер, кем и когда выдан]

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о согласии на обработку персональных данных**

Я, _____ (Ф.И.О. субъекта персональных данных),
" " _____ года рождения, проживающий по адресу: _____, паспорт: серия _____ N _____,
выдан " " _____ г. _____, руководствуясь ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ
"О персональных данных", даю согласие ГБУЗ РБ ГКБ № 9 г.Уфы (далее - Оператор) в целях оказания мне медицинских услуг на
автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных Разрешаю оператору
производить автоматизированную, а также осуществляемую без использования средств автоматизации обработку моих персональных
данных, а именно: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование,
передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. персональных данных, а именно: фамилия, имя,
отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего
личность), данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего
здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и
проведенном лечении, данных рекомендациях.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими (лица, законным представителем которого я
являюсь) персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, исполнение
обезличивание, блокирование, уничтожение.

В соответствии с п. п. 3, 4 ч. 2 ст. 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" оператор имеет
право на обработку персональных данных, если она:

- необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных либо жизни,
здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц и получение согласия субъекта персональных данных невозможно;
- осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и
медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся
медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Оператор вправе самостоятельно обрабатывать либо передавать на обработку уполномоченных на то должностным лицам
согласие о неразглашении персональных данных, мои (лиц, законным представителем которого я являюсь) персональные данные
посредством внесения их в списки, (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентами по работе с платными
услугами.

Настоящее соглашение дано мной и действует бессрочно. Срок, в течение которого действует: со дня его подписания до дня
отзыва в письменной форме. В случае получения письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных
данных Оператор обязан прекратить их обработку.



_____ [подпись] _____ [инициалы, фамилия]

_____ [число, месяц, год]

Согласие получено " " _____ г.

Уполномоченный представитель медицинской организации: _____ / _____

(подпись, Ф.И.О.)

Руководителю ГБУЗ РБ ГКБ №9 г.Уфы
Т.В. Добрейкиной

от _____
[Ф.И.О.]

адрес проживания: _____

паспорт: _____

_____ [серия, номер, кем и когда выдан]

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я,

_____ [ФИО полностью]

настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в ГБУЗ РБ ГКБ №9 г.Уфы.

Мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи, в том числе схожих медицинских услуг, в
рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы
государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками и условиями оказания и порядком оплаты медицинских услуг, предоставляемых
ГБУЗ РБ ГКБ №9 г.Уфы.

Я изъявляю желание заключить договор на оказание платных медицинских и иных услуг с ГБУЗ РБ ГКБ №9 г.Уфы.

Информацию довел(а):

_____ [подпись, инициалы, фамилия]

_____ [число, месяц, год]

Потребитель(Законный представитель)::



_____ [подпись]

_____ [инициалы, фамилия]

_____ [число, месяц, год]

от _____ [Ф.И.О.]

адрес проживания: _____

паспорт: _____

[серия, номер, кем и когда выдан]

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____ (Ф.И.О.), "____" _____ года рождения, проживающий по адресу: _____, паспорт: серия _____ N _____, выдан "____" _____ г.

_____ (Ф.И.О.) субъекта персональных данных _____ года рождения, в соответствии со ст.20 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» настоящим заявлением выражаю информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства, в том числе включение 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: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование, ректальное исследование; антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы обследования; в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, рэоэнцефалография, электроэнцефалография; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, подкожно, внутривенно, промывание лор- органов лекарственными препаратами; медицинский массаж; лечебная физкультура

Мне даны разъяснения, которые мною осознаны и мне понятны:

- о целях медицинского вмешательства; методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске; о возможных вариантах видов медицинского вмешательства; о последствиях медицинского вмешательства, в т.ч. о вероятности развития осложнений; о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи; о том, что мне/представляемому предстоит делать во время проведения медицинского вмешательства; о возможных последствиях отказа от предполагаемого медицинского вмешательства;

- о планируемом объеме и тактике медицинских вмешательств, а также о том, что они могут быть изменены в силу специфики медицинских услуг в зависимости от индивидуальных особенностей организма пациента, состояния его здоровья, получаемых результатов обследований и т.п.;

- о том, что отказ от необходимого лечения, от выполнения назначений и рекомендаций врачей, несоблюдение лечебноохранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема назначенных лечащим врачом препаратов, самовольное использование инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс оказания медицинской помощи/лечения, снизить качество оказываемой медицинской помощи и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- о необходимости проинформировать врача обо всех известных мне данных о моем состоянии здоровья (представляемого) и состоянии здоровья ближайших родственников, в т.ч. об имеющейся в анамнезе патологии, перенесенных или имеющихся заболеваниях, инфекциях, аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных средств, наследственных, венерических, психических и других заболеваниях в семье, травмах, операциях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня/представляемого во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах, о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, а также иных, сообщить любые сведения, которые могут повлиять на качество оказываемой медицинской помощи;

- о том, что проводимое лечение не гарантирует 100%-ый результат и что при проведении медицинских манипуляций и после них, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения, что используемая технология и тактика медицинской помощи не могут полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов, обусловленных биологическими особенностями организма, а также существует возможность непреднамеренного причинения вреда здоровью.

- о том, что в случаях несоблюдения предписаний врача, отказа от проведения необходимых обследований, исследований, осмотров и консультаций врачей-специалистов, нарушения Положения о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в ГБУЗ РБ Детская поликлиника №6 г. Уфа, в том числе Правил поведения пациентов в ГБУЗ РБ Детская поликлиника №6 г. Уфа, врачом по согласованию с Главным врачом, может быть принято решение об отказе от наблюдения за пациентом и его лечения, если это не угрожает жизни пациента.

- о том, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч.9. ст.20 ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме до начала медицинских манипуляций и хранится в медицинской документации.

Я подтверждаю:

- что мне понятен смысл всех терминов, употребленных в настоящем Согласии;

- что я имел(а) возможность задать и получить ответы на все интересующие меня вопросы, связанные с оказанием мне/представляемому медицинской помощи, в т.ч. в области медицины;

- что ознакомлен(а) с Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг Исполнителем, в том числе с правилами поведения пациентов, а также с прейскурантом Исполнителя и порядком оплаты услуг в ГБУЗ РБ ГКБ №9 г.Уфы;

- что осознаю, что в силу специфики медицинских услуг, их стоимость и объем в любом случае могут быть определены как предварительные и их окончательные стоимость и объем определяются, исходя из фактически оказанных с моего согласия медицинских услуг на момент окончания их исполнения.

На основании вышеизложенного, я добровольно и осознанно принимаю решение об оказании мне (представляемому) платных медицинских услуг. Исполнителем и даю добровольное информированное согласие на проведение всех необходимых медицинских вмешательств, связанных с оказанием мне/представляемому медицинской помощи, а также необходимых по медицинским показаниям дополнительных медицинских вмешательств, которые могут потребоваться по состоянию здоровья.

Данное мною информированное согласие действительно в течение всего срока оказания медицинской помощи (предоставления медицинских услуг) в ГБУЗ РБ ГКБ №9 г.Уфы



_____ [подпись] _____ [Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина, контактный телефон] _____ [число, месяц, год]

Уполномоченный представитель медицинской организации: _____ / _____
(подпись, Ф.И.О.)