

Приложение №2
к Положению об организации оказания
платных медицинских услуг

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг

г. Геленджик

20 ____ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Стоматологическая поликлиника города-курорта Геленджик» Министерства здравоохранения Краснодарского края, свидетельство о государственной регистрации серия 23 №002473560 выдано 31.10.2002 инспекцией Федеральной налоговой службы по городу-курорту Геленджик Краснодарского края, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Парасиди Юрия Нестеровича, действующего(ей) на основании Приказа МЗ КК № 522-ЛВ от 17.06.2026 г и Устава, с одной стороны, и гражданин(ка)

Ф.И.О.
документ удостоверяющий личность:
адрес регистрации:
адрес фактического проживания:
Телефонный номер:
данные документа, подтверждающие полномочия законного представителя или полномочие лица, заключающего договор от имени потребителя
документ удостоверяющий личность:
адрес регистрации:
адрес фактического проживания:
Телефонный номер:
именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель (Заказчик)», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Потребитель (Заказчик) является получателем платных медицинских услуг и поручает, а Исполнитель обязуется оказать следующие платные медицинские услуги по профилю деятельности в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, согласно прейскуранту цен (тарифов) на медицинские услуги (далее прейскурант), утвержденному в установленном порядке, а Потребитель обязуется оплатить оказанные услуги в размере, порядке и сроки, установленные настоящим договором:

№ п/п	Код медицинской услуги	Наименование оказанных услуг	Кол-во	Стоимость, руб.	Сумма, руб.
1					

1.2. Перечень и стоимость услуг, предоставляемых Заказчику (потребителю) указаны в прейскуранте Исполнителя, действующем на дату составления договора, который является неотъемлемой частью настоящего договора. Платные медицинские услуги предоставляются с учетом номенклатуры медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи. Просьба Потребителя оформляется в форме его письменного согласия.

1.3. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством в сфере охраны здоровья.

1.4 При исполнении настоящего договора, стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации и Краснодарского края, регулирующим предоставление гражданам платных медицинских услуг

1.5 Медицинские услуги предоставляются Потребителю в сроки, согласованные Сторонами с учетом характера заболевания (состояния), медицинских показаний, объема необходимых медицинских услуг, режима работы Исполнителя и требований действующего законодательства Российской Федерации.

Дата и время оказания медицинских услуг определяются по предварительной записи либо непосредственно при обращении Потребителя, если иное не предусмотрено условиями настоящего Договора. Если оказание медицинских услуг осуществляется курсом либо в несколько этапов, сроки их оказания определяются индивидуальным планом лечения, медицинской документацией и (или) графиком посещений, согласованным с Потребителем. В случае возникновения обстоятельств, препятствующих оказанию медицинских услуг в согласованный срок (в том числе по медицинским показаниям, вследствие временной нетрудоспособности медицинского работника, не исправности медицинского оборудования, обстоятельств непреодолимой силы либо по инициативе Потребителя), срок оказания услуг подлежит изменению по соглашению Сторон.

2. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

2.1. В рамках настоящего договора используются следующие основные понятия:

"платные медицинские услуги" - медицинские услуги, предоставляемые гражданам за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров по желанию граждан при оказании медицинской помощи;

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

"исполнитель" - медицинская организация ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника города-курорта Геленджик» МЗ КК, предоставляющая(ий) платные медицинские услуги в соответствии с договором.

2.2. Платные медицинские услуги (работы) предоставляются Исполнителем в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности регистрационный номер №ЛО-23-01-013823 от 09.08.2019г, срок действия лицензии: бессрочно, выданной Министерством здравоохранения Краснодарского края (г. Краснодар, ул. Коммунаров, 276, тел. 8(861)992-53-68), (далее - лицензия).

3. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

3.1. Услуги Потребителю (Заказчику) оказываются в соответствии с режимом работы "Исполнителя", который доводится до сведения Потребителя (Заказчика) при заключении договора.

3.2. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг, не предусмотренных пунктом 1.1 настоящего договора, они оформляются дополнительным соглашением к настоящему договору и оплачиваются Потребителем (Заказчиком) согласно прейскуранту.

3.3. В случае необходимости привлечения третьих лиц для оказания медицинских услуг Потребителю (Заказчику), Исполнитель обязан привлечь третьих лиц, обладающих необходимыми разрешениями на оказание соответствующих медицинских услуг, а также обладающих необходимыми знаниями и квалификацией. При привлечении третьих лиц для оказания медицинских услуг Потребителю (Заказчику) Исполнитель обязан довести до сведения Потребителя (Заказчика) всю необходимую информацию о третьем лице, а также информацию о времени и месте оказания Потребителю (Заказчику) данных медицинских услуг.

4. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

4.1. На оказание платных медицинских услуг, предусмотренных настоящим договором, может быть составлена твердая или приблизительная смета, которая является неотъемлемой частью договора.

4.2. Стоимость оказываемых Потребителю (Заказчику) услуг определяется согласно действующему прейскуранту и (или) сметой на предоставление платных медицинских услуг и составляет _____ рублей (_____ рубля 00 копеек).

4.3. Оплата Потребителем (Заказчиком) производится по его выбору или наличным платежом в кассу или по безналичному расчету с использованием платежных банковских карт на счет Исполнителя до предоставления медицинской услуги (предоплата).

4.4. При оплате наличным платежом в кассу Исполнитель обязан выдать Потребителю (Заказчику) документы, подтверждающие факт приема наличных денег (кассовый чек) или второй экземпляр квитанции, являющейся бланком строгой отчетности

4.6. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного договора.

4.7. В целях защиты прав Потребителя (в том числе в целях предоставления социального налогового вычета по налогу на доходы физических лиц, предусмотренного подп. 3 п. 1 ст. 219 НК РФ) Исполнитель по заявлению Потребителя при наличии согласия Потребителя или его законного представителя выдает следующие документы, подтверждающие фактические расходы на оказанные медицинские услуги и (или) приобретенные лекарственных препаратов:

- копия договора и дополнительных соглашений к нему (в случае заключения дополнительных соглашений);
- документ, подтверждающий фактические расходы на оказанные платные медицинские услуги;
- рецептурный бланк, заверенный подписью и личной печатью медицинского работника, печатью Исполнителя (при ее наличии), или выписка из медицинской документации пациента, содержащая сведения о назначении лекарственного препарата.

5. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

5.1. Исполнитель обязан:

5.1.1. Своевременно и качественно оказать Потребителю (Заказчику) платные медицинские услуги в полном объеме в установленный договором срок с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

5.1.2. Предоставлять Потребителю (Заказчику) доступную для его понимания достоверную информацию о предоставляемых услугах до подписания договора.

5.1.3. При оказании медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.

5.1.4. Обеспечить Потребителя (Заказчика) в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о разрешении (Лицензии) на медицинскую деятельность, о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг, их стоимости, условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалиста.

5.1.5. 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.

5.1.6. Обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию медицинских услуг силами собственных специалистов или сотрудниками медицинских учреждений, имеющих с Исполнителем договорные отношения.

5.1.7. Вести, установленную законодательством, медицинскую документацию, а также учет видов, объемов и стоимостей оказываемых Потребителю (Заказчику) услуг.

5.1.8. Обеспечить Потребителю (Заказчику) непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию Потребителя (Заказчика) или его законного представителя копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья Потребителя (Заказчика).

5.1.9. Хранить в тайне информацию, содержащуюся в медицинской документации Потребителя (Заказчика) и предоставлять ее без согласия Потребителя (Заказчика) в установленных законом случаях, а также лицам, указанным Потребителем (Заказчиком) в пункте 5.7. настоящего договора

5.2. Исполнитель имеет право:

5.2.1. Требовать от Потребителя (Заказчика) предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему медицинских услуг.

5.2.2. 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.

5.2.3. Привлекать для оказания Потребителю (Заказчику) медицинских услуг третьих лиц.

5.2.4. В случае возникновения потенциальной угрозы жизни и здоровью Потребителя (Заказчика), а также в иных неотложных ситуациях, действуя в условиях крайней необходимости, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных договором.

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

5.2.6. В случае невозможности оказания услуги, отказаться от исполнения обязательств по договору, при условии возврата Потребителю (Заказчику) стоимости оплаченной услуги.

5.2.7. Требовать от Потребителя (Заказчика) полной оплаты оказанных услуг.

5.2.8. 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.

5.3. Потребитель (Заказчик) обязан:

5.3.1. Оплатить предоставляемые Исполнителем платные медицинские услуги в порядке и сроки, которые установлены настоящим договором, заключенным с Исполнителем, с учетом положений ст. 16.1 и 37 Закона Российской Федерации "О защите прав потребителей".

5.3.2. Предоставить Исполнителю сведения, необходимые для качественного исполнения услуг а именно: о предварительных исследованиях и консультациях 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.

5.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору.

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

5.3.5. Согласовывать со специалистами, оказывающими платные медицинские услуги, употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, масел и прочего.

5.3.6. Соблюдать в полном объеме правила и условия получения медицинской услуги, установленные Исполнителем, неукоснительно соблюдать рекомендации врачей

5.3.7. Своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Потребителем (Заказчиком) условий договора, а также необходимости изменения назначенного Потребителю (Заказчику) времени получения медицинской услуги.

5.4. Потребитель (Заказчик) имеет право:

5.4.1. Получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями порядков оказания медицинской помощи, стандартов и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи.

5.4.2. В доступной для него форме получить информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, об установленном диагнозе, о методах лечения, связанных с ним рисках, возможных видах медицинского вмешательства, об их последствиях, а также о предполагаемых результатах лечения.

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

5.4.4. Отказаться от получения услуги на любом этапе и получить оплаченную сумму с возмещением Исполнителю фактически понесенных затрат.

6. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ УСЛУГЕ

6.1. Исполнитель имеет лицензию на медицинскую деятельность № ЛО-23-01-013823 от 09.08.2019г. Министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар, ул. Коммунаров 276, телефон: 8-861-992-52-91 на медицинскую деятельность: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии ортопедической, стоматологии профилактической, физиотерапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинской статистике, организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, рентгенологии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, физиотерапии. При проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности.

6.2. Потребитель (Заказчик) уведомлен о том, что данный вид медицинской услуги не входит (входит) в Территориальную Программу государственных гарантий и не финансируется (финансируется) из средств бюджета или обязательного медицинского страхования

Я _____ (Ф.И.О.)
информирован (а) об альтернативной возможности получения медицинской помощи за счет государственных средств, а также о правилах оказания данных видов помощи в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в ГБУЗ "Стоматологическая поликлиника города-курорта Геленджик" МЗ КК.

Я отказываюсь от предоставления медицинской помощи за счет государственных средств и подтверждаю свое желание на получение платных медицинских услуг в ГБУЗ "Стоматологическая поликлиника города-курорта Геленджик" МЗ КК с момента начала предоставления медицинской услуги до момента ее окончания.

Подпись _____

6.3. Перед оказанием медицинской услуги врач обследует Потребителя (Заказчика) и устанавливает отсутствие противопоказаний.

6.4. Началом предоставления медицинской услуги при амбулаторном лечении считается первичный осмотр и обследование.

6.5. Продолжительность услуги: _____ дней (часов).

6.6. Лечение производит врач (врачи) _____

(Ф.И.О., врачебная квалификационная категория)

6.7. Потребитель (Заказчик) дает разрешение на предоставление информации о состоянии своего здоровья, результатах обследования и лечения следующим лицам:

_____ (Ф.И.О. полностью)

6.8. Потребитель (Заказчик) дает согласие на получение информации о своем здоровье лично (отказывается от получения информации). При отказе эти сведения сообщить: _____

(Ф.И.О. полностью)

6.9. Потребителю (Заказчику) по его требованию выдается листок нетрудоспособности в случаях, предусмотренных действующими нормативными актами.

6.10. Потребитель (Заказчик) информирован:

6.10.1. О возможных (но не обязательных) осложнениях медицинской услуги, которые могут причинить вред здоровью

В случае возникновения осложнений Исполнитель предпринимает действия, направленные на устранение этих последствий, без дополнительной оплаты.

6.10.2. О несовершенстве медицинской науки и практики и невозможности, в связи с этим гарантировать ожидаемые результаты.

6.10.3. Исполнитель не гарантирует только положительный результат Потребителю (Заказчику) от проведенного лечения, а также отсутствия возможности рецидива заболевания, так как действия биологических законов и процессов, протекающих в человеческом организме и затрагиваемых при медицинском вмешательстве, не подвластны абсолютному контролю со стороны медицины и лечащего врача.

6.10.4. В случае оказания услуги, связанной с медицинским вмешательством, Исполнитель обязан, до начала оказания услуги, получить информированное добровольное согласие Потребителя (Заказчика).

7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

7.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Исполнителем условий договора, Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации, а Потребитель (Заказчик) вправе по своему выбору потребовать: назначения нового срока оказания услуги, уменьшения стоимости предоставленной услуги, исполнения услуги другим специалистом, расторжение договора и возмещение понесенных расходов на исполненную услугу.

7.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя (Заказчика) в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7.5. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение или полное 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.

7.2. 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).

8.3. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, а также по другим основаниям, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

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

10.3. С порядком оказания услуг и предварительной стоимостью ознакомлен (ознакомлена) до заключения договора

ГБУЗ "Стоматологическая поликлиника
города-курорта Геленджик" МЗ КК
353475, Краснодарский кр., г. Геленджик, ул. Кирова, д. 12, тел./факс: 8-8641-37-37-61,
Электронная почта: stomgel@yandex.ru, Сайт Учреждения: gelstompol.ru
ИНН: 2304018437 / КПП: 230401001
Получатель: Минфин КК (ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника города-курорта Гелен-
джик» МЗ КК); л/с: 828.52.552.0 (предпринимательская деятельность, бюджет); Наимено-
вание банка: Южное ГУ Банка России / УФК по Краснодарскому краю г. Краснодар; БИК
ТОФК. 010349101; Единый казначейский счет: 40102810945370000010; Казначейский
счет: 0322464303000001800

Тел. _____
данные документа, подтверждающего полномочие законного представителя или полномочие лица, заключающего договор от имени потребителя _____

(подпись) фамилия, инициалы

Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Стоматологическая поликлиника города-курорта Геленджик» Министерства здравоохранения Краснодарского края

Мне, _____, до заключения договора о предоставлении платных медицинских услуг, в доступной для меня форме доведено следующее:

1. Разъяснены мои права, предусмотренные статьями 19, 21 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации, Законом Российской Федерации от 07.02.1992г. №2300-1 «О защите прав потребителей», Постановлением 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 года №1006»

2. В соответствии с требованиями статей 20,22 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ я проинформирован, что необходимым предварительным условием оказания медицинской помощи является получение добровольного информированного согласия, а также имею право отказаться от получения медицинской помощи, и даю такое согласие.

3. В ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника города-курорта Геленджик» МЗ КК в доступной форме мне предоставлена информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, сроках ее ожидания в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.

4. Мне также разъяснено мое право на получение платных медицинских услуг, предоставляемых по моему желанию при оказании медицинской помощи, и платных немедицинских услуг (бытовых, сервисных, транспортных и иных услуг), предоставляемых дополнительно при оказании медицинской помощи, за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров.

5. Отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю, без взимания платы в рамках программы и территориальной программы.

6. Исполнитель уведомляет потребителя (пациента) о том, 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 здоровья потребителя.

7. Подтверждаю, что помимо информации, размещенной на сайте медицинской организации в сети «Интернет» и на информационных стендах (стойках) медицинской организации в наглядной и доступной форме, до моего сведения доведена также следующая информация:

а) перечень платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг с указанием цен в рублях;

б) сроки ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой;

в) стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги, путем размещения на сайте исполнителя (при наличии у исполнителя такого сайта) ссылок на «Официальный интернет-портал правовой информации» (www.pravo.gov.ru) и официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации, на котором размещен рубрикатор клинических рекомендаций, а также путем размещения указанных ссылок на информационных стендах;

г) сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг;

д) сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;

е) график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;

ж) образцы договоров;

з) адреса и телефоны учредителя, исполнительного органа субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее – органы государственной власти и организации).

9. При заключении договора мне предоставлена в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

а) порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления от-

дельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

б) информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);

в) другие сведения, относящиеся к предмету договора.

10. ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника города-курорта Геленджик» МЗ КК до потребителя и (или) заказчика доведена также информация о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации, а также представлены сведения, включающие почтовый адрес или адрес электронной почты (при наличии), на которые может быть направлено обращение (жалоба).

11. Внимательно прочитав, все вышеуказанное, я подтверждаю, что получил исчерпывающую информацию о лечении и его условиях в доступной для меня форме, и выбираю оказание платных медицинских услуг, о чем свидетельствует моя подпись под этим документом:

Подтверждаю, что согласовываю оказание мне платных медицинских услуг в объеме, превышающем объем стандарта медицинской помощи.

Подтверждаю, что согласовываю оказание мне медицинских услуг в виде отдельных консультаций и (или) медицинских вмешательств, входящих в стандарт медицинской помощи.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ "Об основах охраны граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья:

[Ф. И. О.], контактный телефон [вписать нужное]

Потребитель/пациент: _____ / _____ /
подпись фамилия, имя, отчество

Заказчик/представитель: _____ / _____ /
подпись фамилия, имя, отчество

«__» _____ 20__ года

Подтверждаю, что я довел (-а) до пациента полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в медицинских учреждениях согласно перечню медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования в Краснодарском крае в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, а также условия предоставления платных медицинских услуг.

Подпись медицинского работника _____ / _____

«__» _____ 20__ года

Письменное согласие

Заказчика и (или) Потребителя на оказание платных медицинских услуг в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи

(СОГЛАСИЕ НА ПЕРЕДАЧУ ИНФОРМАЦИИ)

г. Геленджик

«___» _____ 20__ года

Я, _____,
даю согласие Исполнителю на передачу Заказчику информации о факте оказанных услуг в объеме, необходимом для исполнения договора и расчетов.

В соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026г. № 659, статьями 20, 84 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», подтверждаю следующее:

Я, _____,
проинформирован (-а) о возможности получить медицинскую помощь в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Краснодарского края и подтверждаю свое согласие на получение платных медицинских услуг в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Стоматологическая поликлиника города-курорта Геленджик» Министерства здравоохранения Краснодарского края.

Решение об отказе от получения медицинской помощи бесплатно в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Краснодарского края принято мною самостоятельно, добровольно, осознанно, по праву расширенной свободы выбора альтернативного варианта лечения на платной основе (получение платных медицинских услуг) и по моему желанию получить платные медицинские услуги: при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг.

Я уведомлен (-а) о том, что платные медицинские услуги будут мне оказаны в объеме стандарта медицинской помощи и/или по моей просьбе в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Я ознакомлен (-а) с действующим прейскурантом и согласен (-а) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним за счет своих личных средств и иных источников дохода, не запрещенных действующим законодательством.

Я подтверждаю, что владею русским языком, получил (-а) исчерпывающую информацию о предлагаемых мне медицинских услугах в доступной для меня форме, и выбираю оказание платных медицинских услуг, о чем свидетельствует подпись в данном документе.

(Ф.И.О. Заказчика/представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. Потребителя/пациента)

(подпись)