

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Тюменской области
«Областная клиническая больница №1»

ПРИКАЗ

«23» августа 2023 г.

№ 056-02

**Об утверждении форм договоров и иных документов используемых в
ГБУЗ ТО «ОКБ №1» при оказании платных услуг
физическим лицам**

Во исполнение требований ФЗ от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», ФЗ от 27.07.2016г. № 152-ФЗ «О персональных данных», 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. N 1006», Приказа Департамента здравоохранения Тюменской области от 10 декабря 2009 г. N 125ос «О внесении дополнений в приказ от 08.06.2009 N 23-ос «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг в Тюменской области»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить перечень документов (Приложения № 1-13):
 - формы договоров на оказание платных медицинских услуг;
 - Уведомление о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) медицинского учреждения;
 - информированное добровольное согласие пациента на предоставление медицинских услуг на платной основе в ГБУЗ ТО «ОКБ№1»;
 - заявление на возврат денежных средств;
 - дополнительное соглашение к договору на оказание платных медицинских услуг (по изменению оказанных услуг);
 - соглашение о расторжении договора на оказание платных медицинских услуг;
 - дополнительное соглашение к договору на оказание платных немедицинских услуг (сервисных услуг) (по изменению оказанных услуг);
 - соглашение о расторжении договора на оказание платных немедицинских услуг (сервисных услуг);
 - заключение для проведения возврата денежных средств по ранее оплаченным, но не оказанным услугам при прохождении лечения в условиях стационара;
 - согласие пациента на получение результатов медицинских и лабораторных исследований по электронной почте;
 - акт об оказании услуг.

2. Начальнику службы информатизации, телемедицины и связи Потапову А.П., обеспечить внедрение в информационную систему 1С МИС утвержденных форм в срок до 01.09.2023г.
3. Руководителю коммерческой службы Черновой О.С. обеспечить применение утвержденных форм документов с 01.09.2023г.
4. Руководителю коммерческой службы Черновой О.С. ознакомить с настоящим приказом заинтересованных лиц под подпись в десятидневный срок.
5. Приказ № 088-ОД от 01.11.2021г. «Об утверждении форм договоров и иных документов используемых в ГБУЗ ТО «ОКБ №1» при оказании платных медицинских услуг физическим лицам» считать утратившим силу.
6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на руководителя коммерческой службы Чернову О.С.

Главный врач



И.Б. Попов



ДОГОВОР
на оказание платных медицинских услуг в ГБУЗ ТО «ОКБ №1»
№ _____ от _____ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тюменской области «Областная клиническая больница №1», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании _____ с одной стороны, и гражданин(ка):

(Ф.И.О., дата рождения, адрес места жительства, № телефона, документ, удостоверяющий личность (номер, серия, кем и когда выдан) именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, действующий в интересах:

(Ф.И.О., дата рождения, адрес места жительства, № телефона, документ, удостоверяющий личность (номер, серия, кем и когда выдан) именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. По настоящему договору Исполнитель предоставляет Заказчику (Пациенту) медицинские услуги по своему профилю деятельности* в соответствии с имеющейся Лицензией № _____ от _____, на осуществление медицинской деятельности, выданной Департаментом здравоохранения Тюменской области (г. Тюмень, ул. Малыгина, 48, тел.: 8(3452)42-78-22), срок действия Лицензии – бессрочно, и действующим на момент оказания услуги прейскурантом тарифов, а Заказчик (Пациент) обязуется оплатить оказанные услуги.

1.2. Прейскурант Исполнителя находится на официальном сайте в сети Интернет по адресу: www.tokb.ru.

1.3. По настоящему договору оказываются следующие платные медицинские услуги:

Код по прейскуранту	Наименование услуги	Цена руб. коп.	Кол-во услуг	Сумма руб. коп.

1.4. Общая сумма договора _____ (НДС не облагается в соответствии с пп.2. п2. ст. 149 НК РФ)

1.5. Заказчик оплачивает платные медицинские услуги (далее по тексту медицинские услуги), перечисленные в пункте 1.3 в соответствии с условиями настоящего договора.

1.6. Медицинские услуги, предусмотренные настоящим договором оказываются Исполнителем по адресу: _____

1.7. Срок ожидания предоставления медицинских услуг, предусмотренных п. 1.3 настоящего Договора: _____

2. Права и обязанности сторон

2.1. Заказчик (Пациент) имеет право:

- 2.1.1. на информацию об исполнителях медицинских услуг (квалификация, ученая степень врача, наличие сертификата и т.д.);
- 2.1.2. на качественное, своевременное и безопасное для жизни и здоровья оказание медицинских услуг;
- 2.1.3. на получение в доступной для понимания форме информации о технологии оказания медицинской услуги, возможных последствиях и осложнениях, а также о наличии альтернативных видов подобного рода услуг с целью обеспечения права на информированный выбор;
- 2.1.4. на выбор врача, оказывающего платные медицинские услуги, с учетом согласия врача;
- 2.1.5. на предъявление требований о возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни пациента, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с действующим законодательством РФ.

2.2. Заказчик (Пациент) обязан:

2.2.1. оплатить стоимость предоставляемых медицинских услуг согласно действующего на момент оказания услуги прейскуранта тарифов у Исполнителя

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. устанавливать время, место и условия оказания медицинских услуг, назначать конкретных исполнителей;

2.4. Исполнитель обязан:

2.4.1. обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ;

2.4.2. информировать Заказчика (Пациента) о времени, сроках и условиях оказания медицинских услуг;

2.4.3. предоставить Заказчику (Пациенту) кассовый чек или иной документ, подтверждающий факт оплаты медицинских услуг;

2.4.4. довести до Заказчика (Пациента) полную и достоверную информацию о медицинском персонале, оказывающем медицинские услуги, о технологии оказания медицинских услуг, возможных осложнениях, о режиме работы;

2.4.5. выдать Заказчику (Пациенту) необходимую медицинскую документацию, заключение врача, результаты исследования в сроки, предусмотренные нормативными документами. Врач, проводящий исследование, уведомляет Заказчика (Пациента) о сроке получения результата исследования.

3. Стоимость услуг и порядок оплаты

- 3.1. Стоимость услуг определяется прейскурантом тарифов Исполнителя, действующим на момент оказания услуги.
3.2. Оплата услуг осуществляется Заказчиком (Пациентом) путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя или перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя по факту их оказания, в день оказания услуг.

4. Ответственность сторон

- 4.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора в соответствии с законодательством РФ.
4.2. Ответственность Исполнителя не наступает в том случае, если:
4.2.1. неисполнение или ненадлежащее исполнение медицинской услуги произошло вследствие непреодолимой силы;
4.2.2. при наступлении осложнений, возникших вследствие индивидуальных особенностей организма Пациента, если медицинская услуга оказана с соблюдением технологических стандартов.

5. Порядок изменения и расторжения Договора

- 5.1. 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.
5.2. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Заказчика (Пациента) после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг, а также обоюдного согласия сторон. Отказ Заказчика (Пациента) от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме соглашением о расторжении настоящего Договора, при этом Заказчик (Пациент) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору. В случае внесения предварительной оплаты (аванса) по настоящему договору, денежные средства возвращаются Заказчику в установленном порядке.

6. Сроки исполнения договора

- 6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств. Подтверждением получения Заказчиком (Пациентом) услуг по настоящему договору является получение на руки Заказчиком (Пациентом) результата исследования, заключения врача.
6.2. При соблюдении условий оплаты, предусмотренных разделом 3 настоящего договора, платные медицинские услуги, перечисленные в пункте 1.3 настоящего договора оказываются Исполнителем в срок с «___» _____ г. по «___» _____ г. Получение результата исследования, заключение врача выдается в сроки, предусмотренные пунктом 2.4.5 настоящего договора.

7. Конфиденциальность информации

- 7.1. В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну.
7.2. Лица, которым переданы сведения, составляющие врачебную тайну, несут ответственность за ее разглашение в соответствии с действующим законодательством РФ.

8. Дополнительные условия

- 8.1. По вопросам, не предусмотренным настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.
8.2. Подписанием настоящего договора Заказчик (Пациент) подтверждает, что при заключении договора Заказчику (Пациенту) предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
8.3. Подписанием настоящего договора Заказчик (Пациент) подтверждает, что при заключении договора Заказчика (Пациента) уведомили о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «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.
8.4. Подписанием настоящего договора Заказчик (Пациент) подтверждает, что ознакомлен с информацией размещенной на сайте Исполнителя (www.tokb.ru) и считается информированным.
8.5. Заказчик (Пациент) вправе направить обращение (жалобу) в органы государственной власти и организации в письменном виде по адресу: 625023, г.Тюмень, ул.Котовского, 55, а также в электронном виде: okb@tokb.ru.
8.6. Стороны пришли к соглашению об использовании Исполнителем факсимильного воспроизведения подписи лица, уполномоченного подписывать настоящий Договор и дополнительные соглашения к нему.
8.7. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

9. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:
ГБУЗ ТО «ОКБ №1»

Адрес местонахождения: г. Тюмень, ул. Котовского, 55 ОГРН 1027200774600, Свидетельство о государственной регистрации юридического лица от 17.07.2002г. серия 72 № 000160151, выданной: Инспекцией МНС России по г. Тюмени №3, ИНН 7203000249 КПП 720301001, Департамент финансов Тюменской области (ГБУЗ ТО «ОКБ № 1» л/с ЛС 001131073ТОКБ) р/с 03224643710000006700, Номер счета банка 40102810945370000060, БИК 017102101 Отделение Тюмень Банка России//УФК по Тюменской области г.Тюмень ОКАТО 71701000, КБК 0095030000000000130, КОД субсидии 503

Контакт – центр 8-3452-56-00-10

Исполнитель Ф.И.О. _____

Подпись

Заказчик Ф.И.О. _____

Подпись

Пациент Ф.И.О. _____

Подпись

***Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией:**
акушерское дело, акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), аллергология и иммунология, анестезиология и реаниматология, бактериология, вакцинация (проведение профилактических прививок), гастроэнтерология, гематология, гистология, дезинфектология, дерматовенерология, детская кардиология, детской урология-андрология, детская хирургия, детская эндокринология, диетология, изъятие и хранение органов и (или) тканей человека для трансплантации, инфекционные болезни, кардиология, клиническая лабораторная диагностика, клиническая фармакология, колопроктология, косметология, лабораторная диагностика, лечебная физкультура и спортивная медицина, лечебная физкультура, лечебное дело, мануальная терапия, медицинские осмотры (предварительные, периодические), медицинские осмотры (предрейсовые, послерейсовые), медицинские осмотры профилактические, медицинское освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством, медицинское освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием, медицинская статистика, медицинский массаж, медицинская реабилитация, неврология, нейрохирургия, неонатология, нефрология, онкология, операционное дело, организация сестринского дела, организация здравоохранения и общественное здоровье, оториноларингология (за исключением кохlearной имплантации), офтальмология, патологическая анатомия, педиатрия, пластическая хирургия, профпатология, психиатрия, психиатрия-наркология, психотерапия, пульмонология, радиология, ревматология, рентгенология, рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение, рефлексотерапия, сердечно-сосудистая хирургия, сестринское дело, сестринское дело в педиатрии, скорая медицинская помощь, сурдология-оториноларингология, терапия, токсикология, торакальная хирургия, травматология и ортопедия, транспортировка органов и (или) тканей человека для трансплантации, трансфузиология, ультразвуковая диагностика, урология, физиотерапия, функциональная диагностика, хирургия, хирургия (абдоминальная), хирургии (комбустиология), хирургия (трансплантация органов и (или) тканей), челюстно-лицевая хирургия, экспертиза временной нетрудоспособности, экспертиза качества медицинской помощи, экспертиза профессиональной пригодности, экспертиза связи заболевания с профессией, эндокринология, эндоскопия, эпидемиология.

ДОГОВОР № _____
на оказание работ и услуг по проведению
предварительных или периодических медицинских осмотров

г. Тюмень

« ____ » _____ 20 ____

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тюменской области «Областная клиническая больница №1», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании _____ с одной стороны, и гражданин(ка):

(Ф.И.О., дата рождения, адрес места жительства, № телефона, документ, удостоверяющий личность (номер, серия, кем и когда выдан) именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, действующий в интересах:

(Ф.И.О., дата рождения, адрес места жительства, № телефона, документ, удостоверяющий личность (номер, серия, кем и когда выдан) именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

- 1.1. По настоящему договору Исполнитель предоставляет Заказчику (Пациенту) медицинские услуги по своему профилю деятельности* в виде проведения предварительного или периодического медицинского осмотра Заказчику в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.01.2021 № 29н, имеющейся Лицензии № _____ от _____ на осуществление медицинской деятельности, выданной Департаментом здравоохранения Тюменской области (г. Тюмень, ул. Малыгина, 48, тел.: 8 (3452)42-78-00) срок действия Лицензии – бессрочно, и действующим прейскурантом тарифов.
- 1.2. Прейскурант Исполнителя находится на официальном сайте в сети Интернет по адресу: www.tokb.ru.
- 1.3. Заказчик оплачивает платные медицинские услуги (далее по тексту медицинские услуги), перечисленные в Приложении № 1 в соответствии с условиями настоящего договора.
- 1.4. Медицинские услуги, предусмотренные настоящим договором оказываются Исполнителем по адресу: _____
- 1.5. Срок ожидания предоставления медицинских услуг, предусмотренных в Приложении № 1 настоящего Договора: _____

2. Порядок оказания медицинских услуг

- 2.1. Заказчик предоставляет Исполнителю направление по форме в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.01.2021 № 29н
- 2.2. Исполнитель на основании предоставленного направления определяет вид и объемы необходимых исследований с учетом специфики действующих производственных факторов.
- 2.3. Заказчик может самостоятельно выполнять часть необходимых лабораторных и инструментальных обследований, с обязательным предоставлением результатов Исполнителю.
- 2.4. Осмотр проводится на базе Исполнителя.
- 2.5. Дополнительные услуги, не предусмотренные настоящим договором, оказываются Исполнителем после письменного согласования с Заказчиком.

3. Права и обязанности Сторон

- 3.1. Исполнитель имеет право:
- 3.1.1. устанавливать время, место и условия оказания медицинских услуг, назначать конкретных исполнителей;
- 3.2. Исполнитель обязан:
- 3.2.1. обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ;
- 3.2.2. информировать Заказчика (Пациента) о времени, сроках и условиях оказания медицинских услуг;
- 3.2.3. предоставить Заказчику (Пациенту) кассовый чек или иной документ, подтверждающий факт оплаты медицинских услуг;
- 3.2.4. довести до Заказчика (Пациента) полную и достоверную информацию о медицинском персонале, оказывающем медицинские услуги, о технологии оказания медицинских услуг, возможных осложнениях, о режиме работы;
- 3.2.5. проводить предварительный и периодический медицинский осмотр в соответствии с графиком работы отделения профосмотров в срок не превышающий пяти рабочих дней, в зависимости от объема проводимых исследований.
- 3.2.6. выдать Заказчику (Пациенту) необходимую медицинскую документацию, заключение врача, результаты исследования в сроки, предусмотренные нормативными документами. Врач, проводящий исследование, уведомляет Заказчика (Пациента) о сроке получения результата исследования.
- 3.2.7. Оформить паспорт здоровья Заказчика (в случае утери Заказчиком паспорта здоровья Исполнитель по заявлению и после оплаты из личных средств Заказчика выдает ему дубликат паспорта здоровья).
- 3.2.8. При выявлении противопоказаний к работе – оформить и выдать заключение профпатологической врачебной комиссии (ВК).
- 3.3. Заказчик (Пациент) имеет право:
- 3.3.1. на информацию об исполнителях медицинских услуг (квалификация, ученая степень врача, наличие сертификата и т.д.);
- 3.3.2. на качественное, своевременное и безопасное для жизни и здоровья оказание медицинских услуг;
- 3.3.3. на получение в доступной для понимания форме информации о технологии оказания медицинской услуги, возможных последствиях и осложнениях, а также о наличии альтернативных видов подобного рода услуг с целью обеспечения права на информированный выбор;
- 3.3.4. на выбор врача, оказывающего платные медицинские услуги, с учетом согласия врача;
- 3.3.5. на предъявление требований о возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни пациента, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с действующим законодательством РФ.
- 3.4. Заказчик (Пациент) обязан:
- 3.4.1. оплатить стоимость предоставляемых медицинских услуг согласно Прейскуранту на платные услуги, оказываемые в ГБУЗ ТО «ОКБ №1» при проведении экспертизы профпригодности в соответствии с приложением к договору (Приложение №1).

- 3.4.2. в случае проведения экспертизы профпригодности и/или связи заболевания с профессией, предоставить Исполнителю необходимую медицинскую документацию: амбулаторную карту или выписку из нее с результатами предыдущих осмотров.
- 3.4.3. давать полную, достоверную информацию врачу о своих жалобах, прошлых заболеваниях, госпитализациях, медицинских манипуляциях и вмешательствах, проведенном лечении и других вопросах, касающихся своего соматического и психического здоровья.

4. Стоимость работ и порядок расчетов

4.1. Стоимость работ определяется на основании действующего Прейскуранта Исполнителя и составляет _____ рублей _____ коп. (НДС не облагается в соответствии с пп.2 п.2 ст. 149 НК РФ).

4.2. Заказчик осуществляет оплату медицинских услуг путем внесения наличных денежных средств в кассу или на расчетный счет Исполнителя согласно действующему Прейскуранту в соответствии с приложением № 1 к договору по факту их оказания, в день оказания услуг.

4.3. Исполнитель обязан предоставить Заказчику кассовый чек или иной документ, подтверждающий факт оплаты медицинских услуг.

5. Ответственность сторон.

5.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора в соответствии с законодательством РФ.

5.2. Ответственность Исполнителя не наступает в том случае, если:

5.2.1. неисполнение или ненадлежащее исполнение медицинской услуги произошло вследствие непреодолимой силы;

5.2.2. при наступлении осложнений, возникших вследствие индивидуальных особенностей организма Пациента, если медицинская услуга оказана с соблюдением технологических стандартов.

6. Конфиденциальность информации

6.1. В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну.

6.2. Лица, которым переданы сведения, составляющие врачебную тайну, несут ответственность за ее разглашение в соответствии с действующим законодательством РФ.

7. Форс- мажор

7.1. При возникновении обстоятельств, которые делают полностью или частично невозможным выполнение настоящего Договора одной из сторон, а именно: пожар, стихийное бедствие, война, военные действия всех видов, замена текущего законодательства, не зависящих от сторон, сроки выполнения обязательств продлеваются на то время, в течение которого действуют эти обстоятельства.

8. Порядок изменения и расторжения Договора

8.1. 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.

8.2. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Заказчика (Пациента) после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг, а также обоюдного согласия сторон. Отказ Заказчика (Пациента) от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме соглашением о расторжении настоящего Договора, при этом Заказчик (Пациент) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору. В случае внесения предварительной оплаты (аванса) по настоящему договору, денежные средства возвращаются Заказчику в установленном порядке.

9. Срок действия договора

9.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до исполнения сторонами своих обязательств.

10. Дополнительные условия

10.1. По вопросам, не предусмотренным настоящим Договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

10.2. Подписанием настоящего Договора и приложением к нему Заказчик подтверждает, что ознакомлен с Правилами предоставления медицинских услуг Исполнителем, а также Заказчику разъяснен порядок получения бесплатных медицинских услуг по программе государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи в Тюменской области.

10.3. Подписанием настоящего договора Заказчик (Пациент) подтверждает, что при заключении договора Заказчика (Пациента) уведомили о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «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.

10.4. Подписанием настоящего договора Заказчик (Пациент) подтверждает, что ознакомлен с информацией размещенной на сайте Исполнителя (www.tokb.ru) и считается информированным.

10.5. Заказчик (Пациент) вправе направить обращение (жалобу) в органы государственной власти и организации в письменном виде по адресу: 625023, г.Тюмень, ул.Котовского, 55, а также в электронном виде: okb@tokb.ru.

10.6. Стороны пришли к соглашению об использовании Исполнителем факсимильного воспроизведения подписи лица, уполномоченного подписывать настоящий Договор и дополнительные соглашения к нему.

10.7. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

10.8. Приложение №1 к договору является неотъемлемой частью Договора.

10. Реквизиты и подписи Сторон

Исполнитель:

ГБУЗ ТО «ОКБ №1»

Адрес местонахождения: г. Тюмень, ул. Котовского, 55 ОГРН 1027200774600, Свидетельство о государственной регистрации юридического лица от 17.07.2002г. серия 72 № 000160151, выданной: Инспекцией МНС России по г. Тюмени №3, ИНН 7203000249 КПП 720301001, Департамент финансов Тюменской области (ГБУЗ ТО «ОКБ № 1» л/с ЛС 001131073ТОКБ) р/с 03224643710000006700, Номер счета банка 40102810945370000060, БИК 017102101 Отделение Тюмень Банка России//УФК по Тюменской области г.Тюмень ОКАТО 71701000, КБК 00950300000000000130, КОД субсидии 503

Контакт – центр 8-3452-56-00-10

Исполнитель Ф.И.О. _____

_____ Подпись

Заказчик Ф.И.О. _____

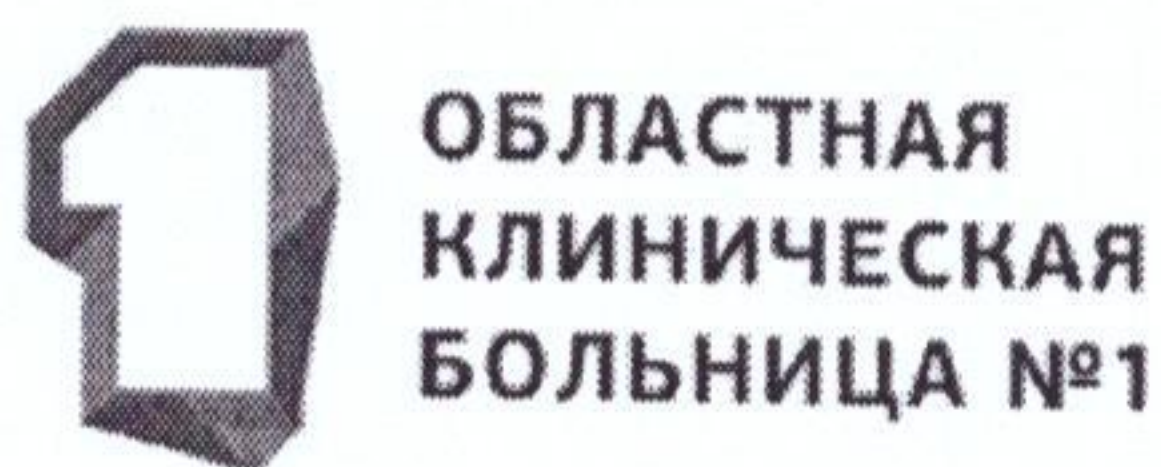
_____ Подпись

Пациент Ф.И.О. _____

_____ Подпись

***Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией:**

акушерское дело, акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), аллергология и иммунология, анестезиология и реаниматология, бактериология, вакцинация (проведение профилактических прививок), гастроэнтерология, гематология, гистология, дезинфектология, дерматовенерология, детская кардиология, детской урология-андрология, детская хирургия, детская эндокринология, диетология, изъятие и хранение органов и (или) тканей человека для трансплантации, инфекционные болезни, кардиология, клиническая лабораторная диагностика, клиническая фармакология, колопроктология, косметология, лабораторная диагностика, лечебная физкультура и спортивная медицина, лечебная физкультура, лечебное дело, мануальная терапия, медицинские осмотры (предварительные, периодические), медицинские осмотры (предрейсовые, послерейсовые), медицинские осмотры профилактические, медицинское освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством, медицинское освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием, медицинская статистика, медицинский массаж, медицинская реабилитация, неврология, нейрохирургия, неонатология, нефрология, онкология, операционное дело, организация сестринского дела, организация здравоохранения и общественное здоровье, оториноларингология (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмология, патологическая анатомия, педиатрия, пластическая хирургия, профпатология, психиатрия, психиатрия-наркология, психотерапия, пульмонология, радиология, ревматология, рентгенология, рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение, рефлексотерапия, сердечно-сосудистая хирургия, сестринское дело, сестринское дело в педиатрии, скорая медицинская помощь, сурдология-оториноларингология, терапия, токсикология, торакальная хирургия, травматология и ортопедия, транспортировка органов и (или) тканей человека для трансплантации, трансфузиология, ультразвуковая диагностика, урология, физиотерапия, функциональная диагностика, хирургия, хирургия (абдоминальная), хирургии (комбустиология), хирургия (трансплантация органов и (или) тканей), челюстно-лицевая хирургия, экспертиза временной нетрудоспособности, экспертиза качества медицинской помощи, экспертиза профессиональной пригодности, экспертиза связи заболевания с профессией, эндокринология, эндоскопия, эпидемиология.



ОБЛАСТНАЯ
КЛИНИЧЕСКАЯ
БОЛЬНИЦА №1

Приложение №3 к приказу

№ 156-07 от 23.08.2022

ДОГОВОР № _____

на предоставление платных немедицинских услуг (сервисные услуги)

г. Тюмень

« _____ » _____ 201_г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тюменской области «Областная клиническая больница №1», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании _____ с одной стороны, и гражданин(ка):

(Ф.И.О., дата рождения, адрес места жительства, № телефона, документ, удостоверяющий личность (номер, серия, кем и когда выдан) именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, действующий в интересах:

(Ф.И.О., дата рождения, адрес места жительства, № телефона, документ, удостоверяющий личность (номер, серия, кем и когда выдан) именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется по заданию Заказчика оказать немедицинскую услугу (сервисную услугу) Заказчику согласно заявке, а Заказчик обязуется оплатить данную услугу по настоящему договору в соответствии с Прейскурантом на оказание платных услуг, действующим на момент оказания платной услуги.

1.2. Прейскурант Исполнителя находится на официальном сайте в сети Интернет по адресу: www.tokb.ru.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Предоставить Заказчику услугу в соответствии с Прейскурантом на оказание платных услуг;

2.1.2. Уведомить Заказчика о правилах внутреннего распорядка ГБУЗ ТО «ОКБ №1» (далее – медицинская организация).

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Получить оплату за предоставляемые услуги;

2.2.2. Отказать в предоставлении услуг в случае неоднократного нарушения Заказчиком установленных правил внутреннего распорядка медицинской организации, причинения ущерба Исполнителю (повреждение, утрата имущества и др.)

2.3. Заказчик обязан:

2.3.1. Оплатить услуги в соответствии с условиями настоящего договора;

2.3.2. Соблюдать установленные правила внутреннего распорядка медицинской организации;

2.3.3. Соблюдать правила противопожарной безопасности;

2.3.4. Соблюдать чистоту;

2.3.5. Бережно относиться к имуществу Исполнителя;

2.3.6. Своевременно ставить в известность персонал медицинской организации обо всех неисправностях имущества Исполнителя.

3. ФОРМА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость платной немедицинской услуги (сервисной услуги) определяется в соответствии с Прейскурантом Исполнителя, действующим на момент оказания услуги.

Код по прейскуранту	Наименование услуги	Цена без НДС руб. коп.	Кол-во услуг	Сумма без НДС руб. коп.	НДС 20% руб. коп.	Итого с НДС 20% руб. коп.
	ИТОГО					

Окончательная стоимость складывается из фактически предоставленных услуг Заказчику и составляет _____ руб. _____ коп., в т.ч. НДС 20%.

3.2. Платные немедицинские услуги Заказчику оказываются в период с « _____ » _____ 20__ г. по « _____ » _____ 20__ г.

3.3. Оплата услуг осуществляется Заказчиком (Пациентом) путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя или перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, по факту их оказания, в день оказания услуг. В случае увеличения объема оказанных услуг Заказчик обязан оплатить денежную сумму, составляющую разницу между внесенной оплатой и стоимостью фактически оказанных услуг, в течение 1 (одного) рабочего дня с момента подписания Акта об оказании услуг (Приложение № 1 к настоящему договору).

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора в соответствии с законодательством РФ.

4.3. Ответственность Исполнителя не наступает в том случае, если:

4.2.1. неисполнение или ненадлежащее исполнение медицинской услуги произошло вследствие непреодолимой силы;

4.2.2. при наступлении осложнений, возникших вследствие индивидуальных особенностей организма Пациента, если медицинская услуга оказана с соблюдением технологических стандартов.

5. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

5.1. 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.

5.2. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Заказчика (Пациента) после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг, а также обоюдного согласия сторон. Отказ Заказчика (Пациента) от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме соглашением о расторжении настоящего Договора, при этом Заказчик (Пациент) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору. В случае внесения предварительной оплаты (аванса) по настоящему договору, денежные средства возвращаются Заказчику в установленном порядке.

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

6.1. Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

6.2. Подписанием настоящего договора Заказчик (Пациент) подтверждает, что ознакомлен с информацией размещенной на сайте Исполнителя (www.tokb.ru) и считается информированным.

6.3. Заказчик (Пациент) вправе направить обращение (жалобу) в органы государственной власти и организации в письменном виде по адресу: 625023, г.Тюмень, ул.Котовского, 55, а также в электронном виде: okb@tokb.ru.

6.4. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

7. АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:

ГБУЗ ТО «ОКБ №1»

Адрес местонахождения: г. Тюмень, ул. Котовского, 55 ОГРН 1027200774600, Свидетельство о государственной регистрации юридического лица от 17.07.2002г. серия 72 № 000160151, выданной: Инспекцией МНС России по г. Тюмени №3, ИНН 7203000249 КПП 720301001, Департамент финансов Тюменской области (ГБУЗ ТО «ОКБ № 1» л/с ЛС 001131073ТОКБ) р/с 03224643710000006700, Номер счета банка 40102810945370000060, БИК 017102101 Отделение Тюмень Банка России//УФК по Тюменской области г.Тюмень ОКАТО 71701000, КБК 0095030000000000130, КОД субсидии 503

Контакт – центр 8-3452-56-00-10

Исполнитель Ф.И.О. _____

_____ Подпись

Заказчик Ф.И.О. _____

_____ Подпись

Пациент Ф.И.О. _____

_____ Подпись



ОБЛАСТНАЯ
КЛИНИЧЕСКАЯ
БОЛЬНИЦА №1

**Уведомление
о последствиях несоблюдения указаний
(рекомендаций) медицинского учреждения**

ГБУЗ ТО «ОКБ № 1», в соответствии с 24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023г. N 736, уведомляет

(Ф.И.О. потребителя (заказчика))

о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского 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.

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

Информацию до потребителя довел

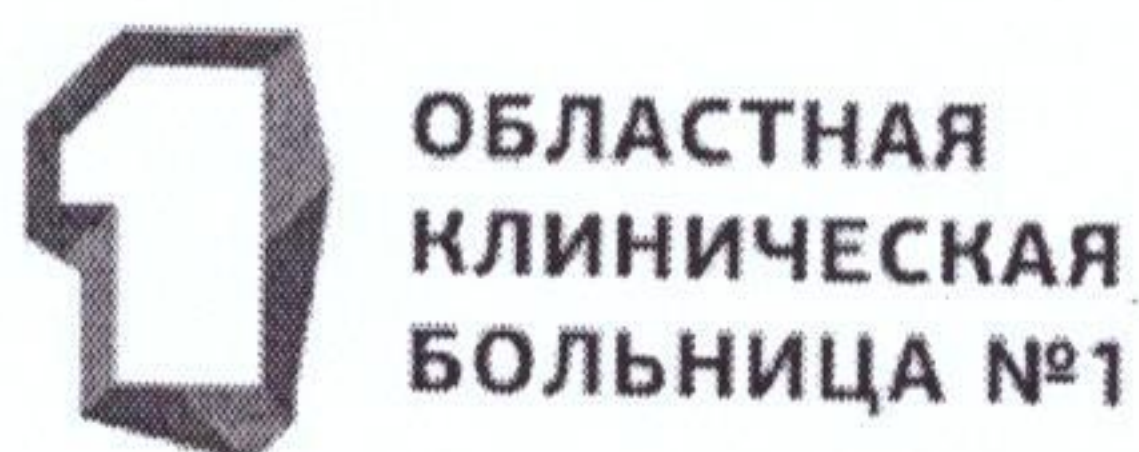
" ____ " ____ г.

(Ф.И.О.)

/ _____
(подпись)

" ____ " ____ г.

(Ф.И.О. потребителя (заказчика)) (подпись)



ОБЛАСТНАЯ
КЛИНИЧЕСКАЯ
БОЛЬНИЦА №1

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА на предоставление медицинских услуг на платной основе

Я, гражданин (ка) _____
(ФИО полностью, паспортные данные)

до получения платной медицинской услуги в _____ и до заключения договора оказания платных медицинских услуг в доступной для меня форме, проинформирован(а) о нижеследующем:

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы, в рамках реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, принятой на текущий год, как в ГБУЗ ТО «ОКБ № 1», так и в других медицинских организациях Тюменской области.

- о перечне платных медицинских услуг, предоставляемых ГБУЗ ТО «ОКБ № 1», о ценах на платные услуги, условиях, форме и порядке их предоставления и оплаты;

- о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, уровне их профессионального образования и квалификации;

- мне предоставлена вся необходимая информация об учреждении, в том числе, о режиме работы учреждения, графике работы медицинских работников;

- о контролирующих органах, как по надзору в сфере здравоохранения, так и в сфере защиты прав потребителей (их адреса и телефоны), иная информация, предусмотренная правилами предоставления платных медицинских услуг.

- мне предоставлены актуальные сведения о лицензиях ГБУЗ ТО «ОКБ № 1» на осуществление медицинской деятельности, я ознакомлен(а) с перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензиями;

- я предупрежден(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) ГБУЗ ТО «ОКБ № 1» (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- я информирован (а), что отказ потребителя от заключения договора оказания платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы ОМС.

- мною добровольно, своей волей и в своем интересе, без какого-либо принуждения, выбраны виды платных медицинских услуг, которые я хочу получить в ГБУЗ ТО «ОКБ № 1», я ознакомлен (-а) с действующим прейскурантом на платные медицинские и иные платные услуги ГБУЗ ТО «ОКБ № 1» и согласен(-на) их оплатить в соответствии с ним.

Я, получив полную информацию о возможности и условиях оказания пациенту бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС, хочу воспользоваться своим правом на получение платных медицинских и иных услуг в соответствии со статьей 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я удостоверяю, что текст настоящего информированного согласия мною прочитан, его положения мне понятны, я даю свое согласие на получение и оплату платных медицинских и иных платных услуг в ГБУЗ ТО «ОКБ № 1» и на заключение договора оказания платных медицинских и иных услуг.

Информацию до потребителя довел

" ____ " ____ Г.

(Ф.И.О.)

(подпись)

" ____ " ____ Г.

(Ф.И.О. потребителя (заказчика)) (подпись)



ОБЛАСТНАЯ
КЛИНИЧЕСКАЯ
БОЛЬНИЦА №1

Приложение № 6 к приказу
№ 056-02 от 23.08.2023г

Главному врачу ГБУЗ ТО «ОКБ №1»
Попову И.Б.

ФИО _____

Паспорт:

Серия _____ № _____

Проживающего (ей) по адресу:

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу вернуть мне денежные средства в размере

Сумма прописью _____

За _____

Основание (причина) возврата денежных средств

Оригиналы платежных документов, подтверждающих факт оплаты (кассовый чек, договор на оказание платных медицинских услуг):

Прилагаю

Не прилагаю

Нужное отметить галочкой

(дата)

(подпись)

(расшифровка)



Дополнительное соглашение к договору на оказание платных медицинских услуг

№ _____ от _____ 20__ г.

г. Тюмень

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тюменской области «Областная клиническая больница №1», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны и

(Ф.И.О., дата рождения, адрес места жительства, № телефона, документ, удостоверяющий личность (номер, серия, кем и когда выдан) именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, действующий в интересах:

(Ф.И.О., дата рождения, адрес места жительства, № телефона, документ, удостоверяющий личность (номер, серия, кем и когда выдан)

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик» с другой стороны, и в дальнейшем вместе именуемые «Стороны», заключили настоящее Дополнительное соглашение о нижеследующем.

1. Стороны пришли к соглашению внести изменение в Договор на оказание платных медицинских услуг № _____ от _____ (далее по тексту Договор).

2. Пункт 1.3. Договора читать в следующей редакции:

Код по прејскуранту	Наименование услуги	Цена руб. коп.	Кол-во услуг	Сумма руб. коп.	Сумма в т.ч. НДС руб. коп.

3. Пункт 1.4. Договора читать в следующей редакции:

1.4. Общая сумма договора составляет _____ (_____)

4. Сумма денежных средств, подлежащих возврату составляет _____ (_____)

5. Возврат денежных средств Заказчику, производится в сроки установленные действующим законодательством Российской Федерации.

6. Обязательства сторон по Договору, не затронутые настоящим соглашением, остаются в неизменном виде.

7. Настоящее Соглашение вступает в силу с даты подписания его сторонами и является неотъемлемой частью Договора.

8. Настоящее Соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

Исполнитель:

ГБУЗ ТО «ОКБ №1»

Адрес местонахождения: г. Тюмень, ул. Котовского, 55 ОГРН 1027200774600, Свидетельство о государственной регистрации юридического лица от 17.07.2002г. серия 72 № 000160151, выданной: Инспекцией МНС России по г. Тюмени №3, ИНН 7203000249 КПП 720301001, Департамент финансов Тюменской области (ГБУЗ ТО «ОКБ № 1» л/с ЛС 001131073ТОКБ) р/с 03224643710000006700, Номер счета банка 40102810945370000060, БИК 017102101 Отделение Тюмень Банка России//УФК по Тюменской области г.Тюмень ОКАТО 71701000, КБК 0095030000000000130, КОД субсидии 503

Контакт – центр 8-3452-56-00-10

Исполнитель Ф.И.О. _____ Подпись _____
 Заказчик Ф.И.О. _____ Подпись _____
 Пациент Ф.И.О. _____ Подпись _____



ОБЛАСТНАЯ
КЛИНИЧЕСКАЯ
БОЛЬНИЦА №1

Соглашение о расторжении договора на оказание платных медицинских услуг

№ _____ от _____ 20__ г.

г. Тюмень

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тюменской области «Областная клиническая больница №1», именуемый(ая) в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны и

(Ф.И.О., дата рождения, адрес места жительства, № телефона, документ, удостоверяющий личность (номер, серия, кем и когда выдан) именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, действующий в интересах:

(Ф.И.О., дата рождения, адрес места жительства, № телефона, документ, удостоверяющий личность (номер, серия, кем и когда выдан)

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик» с другой стороны, и в дальнейшем вместе именуемые «Стороны», заключили настоящее Соглашение о нижеследующем.

1. Договор на оказание платных медицинских услуг № _____ от _____ (далее по тексту Договор) расторгается с _____ по Соглашению Сторон.
2. Сумма невыполненных обязательств по Договору составляет: _____ (_____ 00 копеек) и подлежит возврату Исполнителем, в сроки установленные действующим законодательством Российской Федерации.
3. Настоящее Соглашение вступает в силу с даты подписания его сторонами, и является неотъемлемой частью Договора.
4. Соглашение составлено в 2 (двух) экземплярах, имеющих равную юридическую силу: 1 экземпляр - для Исполнителя, один экземпляр – для Заказчика.

Исполнитель:
ГБУЗ ТО «ОКБ №1»

Адрес местонахождения: г. Тюмень, ул. Котовского, 55 ОГРН 1027200774600, Свидетельство о государственной регистрации юридического лица от 17.07.2002г. серия 72 № 000160151, выданной: Инспекцией МНС России по г. Тюмени №3, ИНН 7203000249 КПП 720301001, Департамент финансов Тюменской области (ГБУЗ ТО «ОКБ № 1» л/с ЛС 001131073ТОКБ) р/с 03224643710000006700, Номер счета банка 40102810945370000060, БИК 017102101 Отделение Тюмень Банка России//УФК по Тюменской области г.Тюмень ОКАТО 71701000, КБК 00950300000000000130, КОД субсидии 503

Контакт – центр 8-3452-56-00-10

Исполнитель Ф.И.О. _____

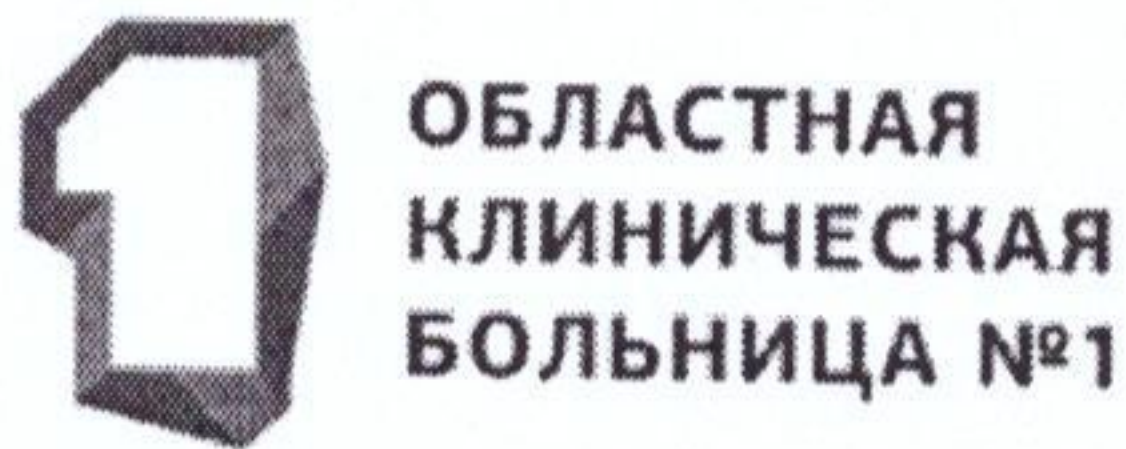
_____ Подпись

Заказчик Ф.И.О. _____

_____ Подпись

Пациент Ф.И.О. _____

_____ Подпись



**Дополнительное соглашение к договору на оказание платных немедицинских услуг
(сервисных услуг)**

№ _____ от _____ 20__ г.

г. Тюмень

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тюменской области «Областная клиническая больница №1», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны и

(Ф.И.О., дата рождения, адрес места жительства, № телефона, документ, удостоверяющий личность (номер, серия, кем и когда выдан) именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, действующий в интересах:

(Ф.И.О., дата рождения, адрес места жительства, № телефона, документ, удостоверяющий личность (номер, серия, кем и когда выдан)

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик» с другой стороны, и в дальнейшем вместе именуемые «Стороны», заключили настоящее Дополнительное соглашение о нижеследующем.

1. Стороны пришли к соглашению внести изменение в Договор на оказание платных немедицинских услуг (сервисных услуг) № _____ от _____ (далее по тексту Договор).

2. Пункт 3.1. Договора читать в следующей редакции:

Код по преysкуранту	Наименование услуги	Цена руб. коп.	Кол-во услуг	Сумма руб. коп.	Сумма в т.ч. НДС руб. коп.

3. Пункт 3.1. Договора читать в следующей редакции:

3.1. Общая сумма договора составляет _____ (_____)

4. Сумма денежных средств, подлежащих возврату составляет _____ (_____)

5. Возврат денежных средств Заказчику, производится в сроки установленные действующим законодательством Российской Федерации.

6. Обязательства сторон по Договору, не затронутые настоящим соглашением, остаются в неизменном виде.

7. Настоящее Соглашение вступает в силу с даты подписания его сторонами и является неотъемлемой частью Договора.

8. Настоящее Соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

Исполнитель:
ГБУЗ ТО «ОКБ №1»

Адрес местонахождения: г. Тюмень, ул. Котовского, 55 ОГРН 1027200774600, Свидетельство о государственной регистрации юридического лица от 17.07.2002г. серия 72 № 000160151, выданной: Инспекцией МНС России по г. Тюмени №3, ИНН 7203000249 КПП 720301001, Департамент финансов Тюменской области (ГБУЗ ТО «ОКБ № 1» л/с ЛС 001131073ТОКБ) р/с 03224643710000006700, Номер счета банка 40102810945370000060, БИК 017102101 Отделение Тюмень Банка России//УФК по Тюменской области г.Тюмень ОКАТО 71701000, ББК 0095030000000000130, КОД субсидии 503

Контакт – центр 8-3452-56-00-10

Исполнитель Ф.И.О. _____

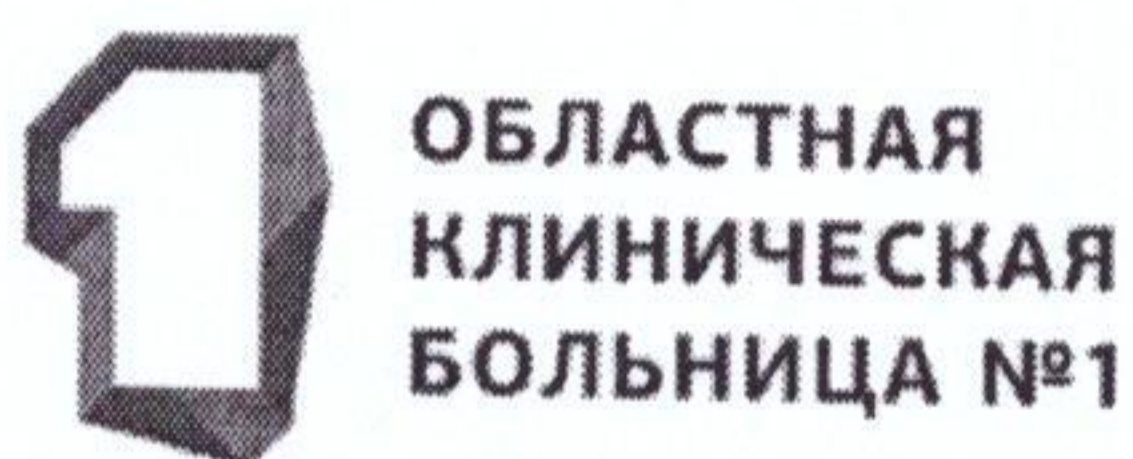
_____ Подпись

Заказчик Ф.И.О. _____

_____ Подпись

Пациент Ф.И.О. _____

_____ Подпись



ОБЛАСТНАЯ
КЛИНИЧЕСКАЯ
БОЛЬНИЦА №1

Соглашение о расторжении договора на оказание платных немедицинских услуг (сервисных услуг)

№ _____ от _____ 20__ г.

г. Тюмень

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тюменской области «Областная клиническая больница №1», именуемый(ая) в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны и

(Ф.И.О., дата рождения, адрес места жительства, № телефона, документ, удостоверяющий личность (номер, серия, кем и когда выдан) именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, действующий в интересах:

(Ф.И.О., дата рождения, адрес места жительства, № телефона, документ, удостоверяющий личность (номер, серия, кем и когда выдан)

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик» с другой стороны, и в дальнейшем вместе именуемые «Стороны», заключили настоящее Соглашение о нижеследующем.

1. Договор на оказание платных немедицинских услуг (сервисных услуг) № _____ от _____ (далее по тексту Договор) расторгается с _____ по Соглашению Сторон.
2. Сумма невыполненных обязательств по Договору составляет: _____ (_____ 00 копеек) и подлежит возврату Исполнителем, в сроки установленные действующим законодательством Российской Федерации.
3. Настоящее Соглашение вступает в силу с даты подписания его сторонами, и является неотъемлемой частью Договора.
4. Соглашение составлено в 2 (двух) экземплярах, имеющих равную юридическую силу: 1 экземпляр - для Исполнителя, один экземпляр - для Заказчика.

Исполнитель:
ГБУЗ ТО «ОКБ №1»

Адрес местонахождения: г. Тюмень, ул. Котовского, 55 ОГРН 1027200774600, Свидетельство о государственной регистрации юридического лица от 17.07.2002г. серия 72 № 000160151, выданной: Инспекцией МНС России по г. Тюмени №3, ИНН 7203000249 КПП 720301001, Департамент финансов Тюменской области (ГБУЗ ТО «ОКБ № 1» л/с ЛС 001131073ТОКБ) р/с 03224643710000006700, Номер счета банка 40102810945370000060, БИК 017102101 Отделение Тюмень Банка России//УФК по Тюменской области г.Тюмень ОКАТО 71701000, КБК 0095030000000000130, КОД субсидии 503

Контакт – центр 8-3452-56-00-10

Исполнитель Ф.И.О. _____

_____ Подпись

Заказчик Ф.И.О. _____

_____ Подпись

Пациент Ф.И.О. _____

_____ Подпись



ОБЛАСТНАЯ
КЛИНИЧЕСКАЯ
БОЛЬНИЦА №1

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВОЗВРАТА ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ ПО РАНЕЕ ОПЛАЧЕННЫМ,
НО НЕ ОКАЗАННЫМ УСЛУГАМ ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ ЛЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ
СТАЦИОНАРА К ДОГОВОРУ № _____ от _____

ФИО пациента _____ Дата рождения _____

Отделение _____

Обоснование для осуществления возврата _____

Зав. отделением / врач _____ / _____ /

М.П. Дата



ОБЛАСТНАЯ
КЛИНИЧЕСКАЯ
БОЛЬНИЦА №1

Приложение №12 к приказу
№ 156-02 от 23.08.2013

Согласие пациента на получение результатов медицинских и лабораторных исследований по электронной почте и информационную рассылку

Пользуясь правом, предоставленным мне ст.13 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, _____

ФИО, № телефона _____

Разрешаю направить результаты моих медицинских и лабораторных исследований, сделанных в ГБУЗ ТО «ОКБ №1» по электронной почте _____,

адрес электронной почты _____,

а так же осуществлять на указанные мною электронный адрес, номер телефона, отправку СМС-сообщений, голосовых уведомлений, информационную рассылку.

Подписывая данное согласие, я проинформирован(а) о том, что электронная почта является ненадежным каналом и передаваемая информация может стать известна третьим лицам. За взлом почтового ящика и утечку информации ГБУЗ ТО «ОКБ №1» ответственности не несет.

Дата _____

Подпись пациента _____

Согласие может быть аннулировано пациентом незамедлительно при его личном обращении.

Дата передачи результатов по медицинским и лабораторным исследованиям по электронной почте _____

Кто передал _____

ФИО, должность _____



ОБЛАСТНАЯ
КЛИНИЧЕСКАЯ
БОЛЬНИЦА №1

Приложение № 13 к приказу

№ 056-07 от 27.08.2022

АКТ ОБ ОКАЗАНИИ УСЛУГ

по Договору _____
№ _____ от _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тюменской области «Областная клиническая больница №1», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании _____ с одной стороны, и гражданин(ка):

(Ф.И.О., дата рождения, адрес места жительства, № телефона, документ, удостоверяющий личность (номер, серия, кем и когда выдан) именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, действующий в интересах:

(Ф.И.О., дата рождения, адрес места жительства, № телефона, документ, удостоверяющий личность (номер, серия, кем и когда выдан) именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», а вместе именуемые «Стороны», составили настоящий Акт о нижеследующем: Исполнителем по Договору № _____ от _____ 20__ г. оказаны следующие платные медицинские услуги:

Код по преysкванту	Наименование услуги	Цена руб. коп.	Кол-во услуг	Сумма руб. коп.

Всего оказано услуг на общую сумму _____ (НДС не облагается в соответствии с пп.2. п2. ст. 149 НК РФ / НДС 20%)

Все медицинские (немедицинские) услуги, оказанные Исполнителем и полученные Заказчиком, соответствуют условиям Договора и выполнены в полном объеме.

Стороны претензий друг к другу не имеют.

Исполнитель Ф.И.О. _____

_____ Подпись

Заказчик Ф.И.О. _____


_____ Подпись

Пациент Ф.И.О. _____

_____ Подпись

Согласовано:

И.о. главного бухгалтера



О.Н. Трофимова

Главный экономист

Л.Н. Исакова

Заместитель главного врача по
организационно-методической работе



Е.А. Лагутова

Начальник юридического отдела

М.Н. Константинова

Начальник службы информатизации,
телемедицины и связи



А.П. Потапов

Руководитель коммерческой службы

О.С. Чернова

Врач методист коммерческой службы

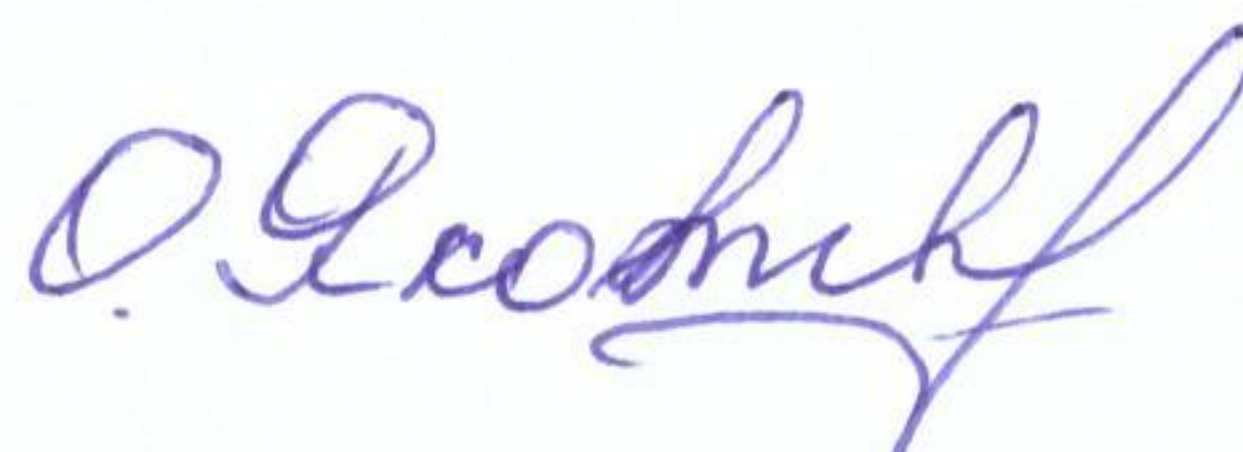
И.С. Баязитова

Заведующий отделением профосмотров



И.Н. Быкова

Заведующий отделом организации
платных услуг коммерческой службы



О.В. Яковлева

Исполнитель:
Яковлева О.В.
тел.8 (3452) 29-40-91

