

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Самарский областной клинический онкологический диспансер»
(ГБУЗ СОКОД)

П Р И К А З

31.08.2026

г. Самара

№ 248 *о/г*

Об утверждении Положения об оказании
платных медицинских услуг в ГБУЗ СОКОД

Во исполнение Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», Постановлений Правительства Российской Федерации от 08.05.2025 № 631 «Об утверждении Правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации» и от 30.05.2026 № 659 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. Положение об оказании платных медицинских услуг в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Самарский областной клинический онкологический диспансер» (Приложение № 1 к настоящему приказу).

1.2. Типовую форму договора на оказание платных медицинских услуг с физическими лицами (Приложение № 2 к настоящему приказу).

1.3. Типовую форму договора на оказание платных медицинских услуг с третьим лицом (Приложение № 3 к настоящему приказу).

1.4. Типовую форму дополнительного соглашения к договору на оказание платных медицинских услуг (Приложение № 4 к настоящему приказу).

1.5. Типовую форму дополнительного соглашения к договору на оказание платных медицинских услуг третьему лицу (Приложение № 5 к настоящему приказу).

1.6. Типовую форму соглашения о расторжении договора на оказание платных медицинских услуг (Приложение № 6 к настоящему приказу).

1.7. Типовую форму соглашения о расторжении договора на оказание платных медицинских услуг третьему лицу (Приложение № 7 к настоящему приказу).

1.8. Типовую форму договора на оказание платных медицинских услуг с Заказчиками (Приложение № 8 к настоящему приказу).

2. Заместителю главного врача по медицинской профилактике, реабилитации и связям с общественностью Золотаревой Т.Г. разместить информацию, касающуюся порядка оказания платных медицинских услуг в ГБУЗ СОКОД, в том числе с размещением утвержденных форм документов, на официальном сайте ГБУЗ СОКОД.

3. Начальнику отдела документационного обеспечения Черезовой М.А. довести настоящий приказ до сведения заинтересованных лиц под роспись.

4. Начальнику информационно - вычислительной службы Лукиных А.В. настоящий приказ разместить на внутреннем сайте.

5. Приказ от 01.09.2023 № 286 о/д «Об утверждении положения об оказании платных медицинских услуг в ГБУЗ СОКОД» признать утратившим силу.

6. Настоящий приказ вступает в силу с 01.09.2026 года.

7. Контроль исполнения настоящего Приказа возложить на заместителя главного врача по лечебной работе Воздвиженского М.О.

Главный врач



О.И. Каганов

Рецко
Чернуха
Копылов
Родионова

Приложение № 1

УТВЕРЖДЕНО
приказом главного врача
ГБУЗ СОКОД
от 31.08.2026 № 2480/2

ПОЛОЖЕНИЕ
об оказании платных медицинских услуг в
Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Самарский
областной клинический онкологический диспансер»

1. Общие положения

1.1. Положение об оказании платных медицинских услуг в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Самарский областной клинический онкологический диспансер» (далее - Положение) разработано на основании Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», Постановлений Правительства Российской Федерации от 08.05.2025 № 631 «Об утверждении Правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации» и от 30.05.2026 № 659 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

1.2. Настоящее Положение определяет порядок и условия предоставления платных медицинских услуг, дополнительных к гарантированному объёму бесплатной медицинской помощи, в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Самарский областной клинический онкологический диспансер» (далее – ГБУЗ СОКОД).

1.3. Положение устанавливает организационные и методические принципы работы ГБУЗ СОКОД по предоставлению платных медицинских услуг.

1.4. Настоящее Положение распространяется на всех работников ГБУЗ СОКОД и подлежит исполнению в полном объеме.

1.5. Для целей настоящего Положения используются следующие основные понятия:

1.5.1. **договор** - договор, в соответствии с которым предоставляются платные медицинские услуги, в том числе договор добровольного медицинского страхования;

1.5.2. **заказчик** - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

1.5.3. **исполнитель (ГБУЗ СОКОД)** - медицинская организация,

предоставляющая платные медицинские услуги в соответствии с договором;

1.5.4. 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;

1.5.5. потребитель (пациент) - 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 от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

1.5.6. представитель - лицо имеющее право действовать от имени потребителя (представляемого) в силу полномочия, основанного на доверенности, указания закона, либо акте уполномоченного на то государственного органа или органа местного самоуправления;

1.5.7. работник – физическое лицо, имеющее действующий трудовой договор и состоящее в трудовых отношениях с работодателем – ГБУЗ СОКОД.

1.5.8. понятия медицинская организация и медицинская услуга употребляются в значениях, определенных Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а именно:

1.5.8.1. медицинская организация - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, предоставленной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности. Положения настоящего Федерального закона, регулирующие деятельность медицинских организаций, распространяются на иные юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность, и применяются к таким организациям в части, касающейся медицинской деятельности. В целях настоящего Федерального закона к медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность;

1.5.8.2. медицинская услуга - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

1.6. Официальный сайт ГБУЗ СОКОД – <https://samaraonko.ru/>.

1.7. Платные медицинские услуги предоставляются исполнителем (ГБУЗ СОКОД) на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в

частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») №Л041-01184-63/00572840 от 24.09.2018 (срок действия - бессрочная), согласно реестру лицензий, лицензирующий орган – министерство здравоохранения Самарской области, предоставленной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности.

1.8. Требования к платным медицинским услугам, в том числе к их объему и срокам предоставления, определяются по соглашению сторон договора, если федеральными законами или иными нормативными правовыми актами Российской Федерации не предусмотрены другие требования.

2. Условия предоставления платных медицинских услуг

2.1. При заключении договора потребителю и (или) заказчику предоставляется 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 (далее - программа государственных гарантий) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа).

Отказ потребителя от заключения договора и (или) от предлагаемых платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объема медицинской помощи, оказываемой потребителю без взимания платы в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы.

2.2. Платные медицинские услуги не могут быть оказаны взамен медицинских услуг, выполняемых исполнителем в рамках реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также в иных случаях обеспечения установленных законодательством Российской Федерации гарантий бесплатного предоставления медицинской помощи.

2.3. Исполнитель имеет право оказывать платные медицинские услуги:

а) на иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий, территориальными программами и (или) целевыми программами, в следующих случаях:

– назначение и применение по медицинским показаниям лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, если их назначение и применение не обусловлены жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень, а также не закупаемых за счет бюджетных

ассигнований бюджетов всех уровней бюджетной системы Российской Федерации;

- применение медицинских изделий, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, не закупаемых за счет бюджетных ассигнований бюджетов всех уровней бюджетной системы Российской Федерации и не подлежащих оплате в рамках программы государственных гарантий и территориальных программ;

- установление индивидуального поста медицинского наблюдения при оказании медицинской помощи в стационарных условиях при отсутствии медицинских показаний к установлению индивидуального поста медицинского наблюдения;

б) анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

в) гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;

г) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, которые предусмотрены статьей 21 Федерального закона №323-ФЗ, а также случаев, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме.

Условия использования материально-технической базы и привлечения медицинских работников для оказания платных медицинских услуг, а также порядок определения цен (тарифов) на платные медицинские услуги, предоставляемые Исполнителем (ГБУЗ СОКОД), устанавливаются министерством здравоохранения Самарской области.

Оказание платных медицинских услуг Исполнителем не должно приводить к снижению объемов и увеличению сроков ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в рамках программы государственных гарантий и территориальных программ.

2.4. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается:

- в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

- в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;

- на основе клинических рекомендаций;

- с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - стандарты

медицинской помощи).

2.5. 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 письменного согласия заказчика (в случае если в соответствии с договором заказчик заказывает или приобретает платные медицинские услуги для себя) или в форме письменного согласия потребителя и заказчика (в случае если договор заключен заказчиком в пользу потребителя). Настоящее согласие оформляется при заключении договора на оказание платных медицинских услуг.

2.6. Исполнитель не вправе оказывать предпочтение одному заказчику и (или) потребителю перед другим в отношении заключения Договора на оказание платных медицинских услуг, кроме случаев, предусмотренных законодательством и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, а также международными договорами.

3. Информация об исполнителе и о предоставляемых им платных медицинских услугах

3.1. Информация об исполнителе и предоставляемых им платных медицинских услугах доводится до сведения потребителей в соответствии со статьями 8 - 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».

3.2. Исполнитель (ГБУЗ СОКОД) помимо информации, указанной в пункте 3.1. настоящего Положения, предоставляет потребителю и (или) заказчику следующую информацию об исполнителе:

- а) основной государственный регистрационный номер (ОГРН);
- б) адрес юридического лица в пределах места нахождения юридического лица (далее - адрес в пределах места нахождения);
- в) идентификационный номер налогоплательщика (ИНН);
- г) адрес своего сайта в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

3.3. Исполнитель представляет для ознакомления по требованию потребителя и (или) заказчика выписку из единого государственного реестра юридических лиц.

3.4. Исполнителем в соответствии с пунктом 2 статьи 9 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» доводится до сведения потребителя информация об осуществлении исполнителем медицинской деятельности, о регистрационном номере лицензии, дате предоставления лицензии, а также о

лицензирующем органе, предоставившем лицензию.

В случае временного приостановления деятельности Исполнителя для проведения санитарных, ремонтных и иных мероприятий исполнитель обязан информировать потребителя путем размещения информации на своем официальном сайте либо в иной доступной форме о дате приостановления деятельности и времени, в течение которого деятельность исполнителя будет приостановлена.

3.5. Информация, указанная в настоящем пункте, размещена на официальном сайте ГБУЗ СОКОД (<https://samaraonko.ru/>) и на информационных стендах (стойках) ГБУЗ СОКОД в наглядной и доступной форме, с которой потребитель и (или) заказчик имеет возможность ознакомиться:

а) перечень предоставляемых платных медицинских услуг с учетом номенклатуры медицинских услуг, предусмотренной пунктом 2.5. настоящего Положения, с указанием цен в рублях;

б) сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой без взимания платы в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы (в случае участия исполнителя в реализации территориальной программы);

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

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

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

е) образцы договоров;

ж) перечень категорий потребителей, имеющих право на получение льгот, а также перечень льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг, в случае их установления учредителем медицинской организации государственной системы здравоохранения или муниципальной системы здравоохранения либо руководителем медицинской организации частной системы здравоохранения;

з) почтовый адрес, адрес электронной почты (при наличии) и номер телефона министерства здравоохранения Самарской области, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и

территориального фонда обязательного медицинского страхования Самарской области, на которые могут быть направлено обращение (жалоба)

В случае если такая информация исполнителем не предоставлена, потребитель и (или) заказчик вправе направить обращение (жалобу) в любой форме и любым способом.

При предъявлении потребителем и (или) заказчиком требований, связанных с предоставлением платных медицинских услуг, в том числе при обнаружении недостатков предоставленных платных медицинских услуг, исполнитель рассматривает и удовлетворяет предъявленные требования (направляет отказ в удовлетворении предъявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».

3.6. Информация, указанная в пунктах 3.1.-3.5. настоящего Положения, доводится до сведения потребителей посредством размещения на официальном сайте исполнителя в сети «Интернет» и на информационных стендах (стойках) исполнителя в наглядной и доступной форме.

Информация, размещенная на информационных стендах (стойках), должна быть доступна неограниченному кругу лиц в течение всего рабочего времени ГБУЗ СОКОД.

3.7. При заключении договора потребителю и (или) заказчику должна предоставляться в доступной форме следующая информация о платных медицинских услугах:

а) порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), в соответствии и с учетом которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги, а также информация о возможности осуществления отдельных 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 (об уровне его профессионального образования и о квалификации);

в) другие сведения, относящиеся к предмету договора.

3.8. В договоре должна содержаться информация об уведомлении потребителя и (или) заказчика о том, что в соответствии с частью 3 статьи 27 Федерального закона № 323-ФЗ граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в ГБУЗ СОКОД (Правила внутреннего распорядка для пациентов при оказании стационарной и амбулаторно-поликлинической медицинской помощи).

4. Порядок заключения договора и оплаты медицинских услуг

4.1. Договор заключается потребителем (пациентом) и (или) заказчиком с исполнителем в письменной форме.

4.2. Договор содержит следующую информацию:

а) сведения об исполнителе:

- наименование, адрес в пределах места нахождения, основной государственный регистрационный номер и идентификационный номер налогоплательщика исполнителя – ГБУЗ СОКОД;

- сведения о лицензии (регистрационный номер лицензии, дата предоставления лицензии, лицензирующий орган, предоставивший лицензию, перечень выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указанных в едином реестре лицензий Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, в рамках предоставляемых в соответствии с договором платных медицинских услуг);

б) сведения о потребителе (пациенте) (при оказании платных медицинских услуг анонимно сведения фиксируются со слов потребителя):

- фамилия, имя и отчество (при наличии), адрес места жительства, иные адреса, на которые (при их указании в договоре) исполнитель может направлять ответы на письменные обращения, и номер телефона;

- данные документа, удостоверяющего личность (за исключением случаев предоставления платных медицинских услуг анонимно);

в) сведения о законном представителе потребителя (пациента) или лице, заключающем договор от имени потребителя:

- фамилия, имя и отчество (при наличии), адрес места жительства и номер телефона;

- данные документа, удостоверяющего личность;

- данные документа, подтверждающего полномочие законного представителя потребителя или полномочие лица, заключающего договор от имени потребителя, на заключение договора;

г) сведения о заказчике (в том числе если заказчик и законный представитель потребителя - одно и то же лицо):

- фамилия, имя и отчество (при наличии), адрес места жительства и номер телефона заказчика - физического лица, в том числе индивидуального предпринимателя;

- данные документа, удостоверяющего личность заказчика - физического лица, в том числе индивидуального предпринимателя;

- наименование, адрес в пределах места нахождения, основной государственный регистрационный номер и идентификационный номер налогоплательщика заказчика - юридического лица;

- адрес места осуществления деятельности и основной государственный регистрационный номер заказчика - индивидуального предпринимателя;

д) перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором;

е) стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты;

ж) срок предоставления платных медицинских услуг;

з) сведения о лице, заключающем договор от имени исполнителя:

- фамилия, имя и отчество (при наличии);

- должность;

- данные документа, подтверждающего полномочие на заключение договора;

и) подписи исполнителя, потребителя и (или) заказчика (в случае если заказчик является юридическим лицом - также должность лица, заключающего договор от имени заказчика);

к) ответственность сторон за невыполнение условий договора;

л) порядок изменения и расторжения договора;

м) порядок и условия выдачи потребителю (законному представителю потребителя) после исполнения договора исполнителем медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья потребителя после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах медицинского обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы;

н) уведомление потребителя и (или) заказчика о том, что несоблюдение назначений (рекомендаций) исполнителя (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 потребителя;

о) иные условия, определяемые по соглашению сторон.

4.3. Количество экземпляров договора соответствует количеству сторон (кроме случаев заключения договора дистанционным способом).

Договор хранится в порядке, определенном законодательством об архивном деле в Российской Федерации.

4.4. На оказание платных медицинских услуг, предусмотренных договором, может быть составлена твердая или приблизительная смета. Составление такой сметы по требованию потребителя и (или) заказчика или исполнителя обязательно (смета является неотъемлемой частью договора).

4.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе медицинских услуг, не предусмотренных договором, исполнитель обязан предупредить об этом потребителя и (или) заказчика.

Без оформления дополнительного соглашения к договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их

стоимости исполнитель не вправе предоставлять медицинские услуги на возмездной основе, если иное не оговорено в основном договоре.

4.6. При предоставлении платных медицинских услуг расходы, связанные с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме, возмещаются исполнителю (ГБУЗ СОКОД) в порядке и размерах, которые установлены органами государственной власти субъектов Российской Федерации в рамках территориальных программ в соответствии с пунктом 10 части 2 статьи 81 Федерального закона № 323-ФЗ.

4.7. В случае отказа потребителя и (или) заказчика после заключения договора от получения платных медицинских услуг договор прекращается, при этом потребитель и (или) заказчик оплачивают исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

4.8. Потребитель и (или) заказчик обязаны оплатить предоставляемые исполнителем платные медицинские услуги в порядке и сроки, которые установлены договором, заключенным с исполнителем, с учетом положений статей 16.1 и 37 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».

4.9. Потребителю и (или) заказчику в случаях, установленных законодательством Российской Федерации о применении контрольно-кассовой техники, выдается документ, подтверждающий факт осуществления расчета за предоставленные платные медицинские услуги (кассовый чек).

4.10. В целях защиты прав заказчика и (или) потребителя (в том числе в целях предоставления социального налогового вычета по налогу на доходы физических лиц, предусмотренного подпунктом 3 пункта 1 статьи 219 Налогового кодекса Российской Федерации) исполнитель по заявлению заказчика и (или) потребителя при наличии согласия потребителя или его законного представителя выдает следующие документы, подтверждающие фактические расходы на оказанные медицинские услуги и (или) приобретение лекарственных препаратов:

а) копия договора и дополнительных соглашений к нему (в случае заключения дополнительных соглашений);

б) документ, подтверждающий фактические расходы на оказанные платные медицинские услуги, выданный по форме и в порядке, которые утверждаются федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным по контролю и надзору в области налогов и сборов, по согласованию с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения;

в) 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.

4.11. Заключение договора и оплата медицинских услуг заказчиком в случаях, если заказчик выступает страховщиком по добровольному

медицинскому страхованию потребителя, осуществляются в порядке, предусмотренном настоящим разделом.

5. Порядок предоставления платных медицинских услуг

5.1. Заведующие отделениями принимают непосредственное участие в организации платных медицинских услуг, координируют поток потребителей и являются ответственными лицами за оказание платных медицинских услуг в своих отделениях, а так же контролируют наличие в карточке пациента надлежаще оформленных документов, согласно настоящему Приказу.

5.2. Планово-экономическим отделом ГБУЗ СОКОД производится расчёт стоимости медицинских услуг, оказываемых потребителям (пациентам) в рамках договоров добровольного медицинского страхования и договоров с заказчиками. С потребителем (пациентом) или заказчиком заключается Договор в 2-х (с заказчиком в 3-х) экземплярах на оказание конкретного вида медицинской услуги, исполнение которого является обязательным для обеих сторон. После подписания Договора потребитель (пациент) или заказчик оплачивает стоимость лечения в кассу ГБУЗ СОКОД, или перечисляет указанную сумму на счёт исполнителя в соответствии с условиями договора.

В случае если заказчиком выступает юридическое лицо или индивидуальный предприниматель оплата производится согласно условий заключенного договора.

5.3. Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к таким услугам.

В случае если федеральным законом или иными нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых платных медицинских услуг должно соответствовать этим требованиям. Оказание платных медицинских услуг с применением телемедицинских технологий осуществляется в соответствии с порядком, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством в сфере охраны здоровья.

5.4. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в обязательном порядке оформляется лечащим врачом непосредственно перед оказанием медицинской помощи. Форма информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство утверждается приказом главного врача ГБУЗ СОКОД.

5.5. Исполнитель обязан при предоставлении платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством в сфере охраны здоровья требования к ведению медицинской документации, порядку заполнения и срокам представления форм статистического учета и отчетности в сфере здравоохранения, а также к передаче сведений в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения в соответствии с требованиями законодательства.

5.6. Исполнитель предоставляет потребителю (законному представителю потребителя) и в доступной для него форме следующую информацию:

а) о состоянии его здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, об установленном диагнозе, о методах лечения, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, об их последствиях, а также о предполагаемых результатах лечения;

б) об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их службы (сроках годности), медицинских показаниях (медицинских противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

5.7. При предоставлении платных медицинских услуг гражданам иностранных государств и лицам без гражданства, являющимся нерезидентами, исполнитель, включенный Центральным банком Российской Федерации в перечень респондентов, обеспечивает передачу сведений об осуществлении медицинской деятельности в отношении нерезидентов по форме федерального статистического наблюдения и в порядке составления и предоставления респондентами первичных статистических данных по этой форме, которые утверждаются Центральным банком Российской Федерации.

За непредоставление субъектам официального статистического учета первичных статистических данных, указанных в абзаце первом настоящего пункта, в установленном порядке исполнитель, включенный Центральным банком Российской Федерации в перечень респондентов, несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

5.8. Исполнитель оказывает платную медицинскую услугу, определенную Договором, с использованием собственных расходных материалов, изделий медицинского назначения, медицинского оборудования и т.п., если иное не предусмотрено Договором.

5.9. Информация, содержащаяся в медицинских документах потребителя (о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при обследовании и лечении), составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия потребителя и (или) представителя потребителя) только по основаниям, предусмотренным ст. 13 Федерального закона № 323-ФЗ.

5.10. При предоставлении платных медицинских услуг обязанность исполнителя по возврату денежной суммы, уплаченной потребителем и (или) заказчиком по договору, возникает в соответствии Законом РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».

В случае неоказания или частичного неоказания медицинских услуг денежные средства возвращаются потребителю и (или) заказчику в течение 3 (трех) рабочих дней с момента предоставления оформленного заявления (Приложение № 1 к настоящему Положению) в кассу ГБУЗ СОКОД при наличии документа, подтверждающего оплату и договора с подкладным листом при предъявлении документа, удостоверяющего личность – для физического лица.

6. Особенности предоставления платных медицинских услуг при заключении договора дистанционным способом

6.1. Договор может быть заключен посредством использования сети «Интернет» (при наличии у исполнителя сайта в сети «Интернет» или мобильного приложения) на основании ознакомления потребителя и (или) заказчика с предложенным исполнителем описанием платных медицинских услуг (дистанционный способ заключения договора), а также с использованием многофункционального сервиса обмена информацией.

6.2. Исполнителем до заключения договора дистанционным способом должна быть предоставлена потребителю и (или) заказчику следующая информация об исполнителе:

- а) наименование (фирменное наименование (при наличии) юридического лица либо фамилия, имя и отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя;
- б) основной государственный регистрационный номер;
- в) номера телефонов и режим работы;
- г) идентификационный номер налогоплательщика;
- д) информация о предоставляемых платных медицинских услугах, предусмотренная статьей 10 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей»;
- е) порядок и способы оплаты платных медицинских услуг;
- ж) сведения о лицензии (регистрационный номер лицензии, дата предоставления лицензии, лицензирующий орган, предоставивший лицензию);
- з) адрес, в том числе адрес электронной почты, на который могут быть направлены обращения (жалобы) и требования потребителей и (или) заказчиков.

6.3. Указанная в пункте 6.2 настоящего Положения информация или ссылка на нее размещается на главной странице официального сайта исполнителя в сети «Интернет».

6.4. Договор с потребителем и (или) заказчиком считается заключенным со дня оформления потребителем и (или) заказчиком соответствующего согласия (акцепта), в том числе путем совершения действий по выполнению условий договора, включая внесение частично или полностью оплаты платных медицинских услуг с учетом положений статей 16.1 и 37 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей».

Со дня получения согласия (акцепта), в том числе путем осуществления потребителем и (или) заказчиком частичной или полной оплаты платных медицинских услуг, все условия договора остаются неизменными и не должны корректироваться исполнителем без согласия потребителя и (или) заказчика.

6.5. При заключении договора исполнитель представляет потребителю и (или) заказчику подтверждение заключения договора. Указанное подтверждение должно содержать номер договора или иной способ идентификации договора, который позволяет потребителю и (или) заказчику получить информацию о заключенном договоре и его условиях.

По требованию потребителя и (или) заказчика исполнителем направляется потребителю и (или) заказчику экземпляр заключенного договора (выписки из него), подписанного (подписанная) усиленной квалифицированной электронной подписью уполномоченного лица исполнителя.

6.6. Идентификация потребителя и (или) заказчика в целях заключения и (или) исполнения договора, заключенного дистанционным способом, может осуществляться в том числе с использованием федеральной государственной информационной системы «Единая система идентификации и аутентификации в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронной форме».

Потребитель и (или) заказчик обязаны оплатить предоставляемые исполнителем платные медицинские услуги в порядке и сроки, которые установлены договором, заключенным с исполнителем, с учетом положений статей 16.1 и 37 Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».

6.7. При заключении договора дистанционным способом отказ потребителя и (или) заказчика от исполнения договора может быть совершен способом, используемым при его заключении.

6.8. Потребитель и (или) заказчик могут направить исполнителю требования, связанные с предоставлением платных медицинских услуг, в том числе при обнаружении недостатков предоставленных платных медицинских услуг, а исполнитель обязан принять эти требования, в том числе дистанционным способом.

7. Ответственность ГБУЗ СОКОД за предоставление платных медицинских услуг ненадлежащего качества

7.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

7.2. Вред, причиненный жизни или здоровью потребителя в результате предоставления платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7.3. Потребитель или заказчик имеет право при обнаружении недостатков оказанной платной медицинской услуги, других отступлений от условий Договора требовать от ГБУЗ СОКОД восстановления нарушенных прав в соответствии с Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей».

7.4. Исполнитель не несет ответственности за возникновение осложнений, побочных реакций, ухудшения первоначального результата, а так же вправе отказаться от выполнения услуг при:

- отказе потребителя от дополнительных исследований, манипуляций, необходимых для установления диагноза и назначения адекватного лечения;
- требовании со стороны потребителя о выполнении ему услуг, не предусмотренных технологиями и (или) влекущих при их выполнении нежелательных последствий;
- невыполнении врачебных назначений (отказ, самолечение);
- сокрытие информации, необходимой для установления диагноза и назначения адекватного лечения;
- возникновении ранее не регистрируемых патологических реакций на те или иные препараты и материалы;
- нарушении потребителем противоэпидемического и санитарно-гигиенического режимов.

7.5. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по Договору, если неисполнение или ненадлежащее исполнение им своих обязательств произошло вследствие обстоятельств непреодолимой силы, несоблюдения потребителем указаний лечащего врача, обеспечивающих своевременное и качественное оказание медицинских услуг, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

Приложение № 1
к Положению об оказании платных медицинских услуг

Главному врачу ГБУЗ СОКОД
О.И. Каганову

от _____
(фамилия, имя и отчество (при наличии))

данные документа, удостоверяющего
личность (паспорт РФ серия _____
№ _____ выдан _____
_____/_____
(кем выдан и дата выдачи)

Удостоверение личности
военнослужащего РФ _____/

Удостоверение личности гражданина
РФ на срок оформления паспорта
гражданина _____)
РФ _____)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас произвести возврат денежных средств из кассы ГБУЗ СОКОД
в сумме _____,
уплаченных мною за оказание платных медицинских услуг в отделении

_____.

Кассовый чек от «__» _____ 20__ г.

От оказания мне оплаченных медицинских услуг отказываюсь.
Причина отказа _____

«__» _____ 20__ г. _____
(Дата) (Подпись) (Фамилия, имя и отчество (при наличии))

Заведующий отделением

_____ (Должность) _____ (Подпись) _____ (Фамилия, имя и отчество (при наличии))

Заведующий консультативно-
диагностической поликлиникой

_____ (Должность) _____ (Подпись) _____ (Фамилия, имя и отчество (при наличии))

Приложение №2
к приказу главного врача
от 31.08.2026 № 248 о/г

Договор на оказание платных медицинских услуг составлен в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

До заключения Договора на оказание платных медицинских услуг Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарский областной клинический онкологический диспансер» (Исполнитель) в соответствии со свидетельством ОГРН 1036300892044 серия 63 № 002562063, выданное Министерством Российской Федерации по налогам и сборам, идентификационный номер налогоплательщика 6319077552, лицензией на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») №Л041-01184-63/00572840 от 24.09.2018 (срок действия - бессрочная), согласно реестру лицензий, лицензирующий орган – Министерство здравоохранения Самарской области уведомляет Пациента (Потребителя, и (или) Заказчика) о том, что несоблюдение назначений (рекомендаций) Исполнителя (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 Пациента (Потребителя).

(фамилия, имя и отчество (при наличии))

√ _____
(подпись)

«__» ____ 20__ г.
(дата)

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг

г. Самара

«__» ____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарский областной клинический онкологический диспансер», именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, в лице медицинского регистратора _____, действующего на основании Доверенности _____ в соответствии со свидетельством ОГРН 1036300892044 серия 63 № 002562063, выданное Министерством Российской Федерации по налогам и сборам, идентификационный номер налогоплательщика 6319077552, лицензией на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») №Л041-01184-63/00572840 от 24.09.2018 (срок действия - бессрочная), согласно реестру лицензий, лицензирующий орган – Министерство здравоохранения Самарской области, и Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____ 00.00.0000, именуемый в дальнейшем **Пациент (Потребитель)**, данные документа, удостоверяющего личность (паспорт РФ серия _____ № _____ выдан _____ / Удостоверение личности военнослужащего РФ _____ / Удостоверение личности гражданина РФ на срок оформления паспорта гражданина РФ _____), совместно именуемые **Стороны**, заключили настоящий Договор на оказание платных медицинских услуг (далее – Договор) о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. На основании добровольного волеизъявления **Пациента (Потребителя)** **Исполнитель** принимает на себя обязательство оказать **Пациенту (Потребителю)** платные(ую) медицинские(ую) услуги(у), согласно ниже представленному перечню платных медицинских услуг в соответствии с действующим прейскурантом на платные услуги, оказываемые ГБУЗ СОКОД (далее – Медицинские (ая) услуги (а)):

№п/п	Код услуги	Наименование услуги	Цена услуги (руб.)
1			
2			

1.2. **Пациент (Потребитель)** оплачивает оказание платных медицинских(ой) услуг(и) в порядке на условиях, установленных настоящим Договором.

1.3. Срок предоставления **Исполнителем** медицинских(ой) услуг(и) **Пациенту (Потребителю)**:

№п/п	Код услуги	Наименование услуги	Срок предоставления медицинских(ой) услуг(и)
1			
2			

1.4. Перечень работ в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») №Л041-01184-63/00572840 от 24.09.2018 (срок действия - бессрочная), согласно реестру лицензий, лицензирующий орган – Министерство здравоохранения Самарской области: При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; вакцинации (проведению профилактических прививок); гистологии; лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; медицинской микробиологии; медицинской статистике; медицинскому массажу; рентгенологии; сестринскому делу; физиотерапии; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); 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); аллергологии и иммунологии; анестезиологии и реаниматологии; гастроэнтерологии; генетике; дерматовенерологии; диетологии; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; клинической фармакологии; косметологии; лабораторной генетике; лечебной физкультуре; медицинской микробиологии; медицинской реабилитации; медицинской статистике; неврологии; нейрохирургии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; патологической анатомии; пластической хирургии; профпатологии; психиатрии; психиатрии-наркологии; психотерапии; радиологии; рентгенологии; сердечно-сосудистой хирургии; спортивной медицине; стоматологии общей практики; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; торакальной хирургии; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; челюстно-лицевой хирургии; эндокринологии; эндоскопии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: онкологии; При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: онкологии; радиологии; радиотерапии; сестринскому делу; хирургии; при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); аллергологии и иммунологии; анестезиологии и реаниматологии; гастроэнтерологии; генетике; гериатрии; дерматовенерологии; диетологии; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; клинической фармакологии; лабораторной генетике; лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; медицинской микробиологии; медицинской реабилитации; медицинской статистике; медицинскому массажу; неврологии; нейрохирургии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; патологической анатомии; пластической хирургии; психотерапии; радиологии; радиотерапии; рентгенологии; рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению; сердечно-сосудистой хирургии; сестринскому делу; спортивной медицине; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; терапии; торакальной хирургии; травматологии и ортопедии; трансфузиологии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; челюстно-лицевой хирургии; эндокринологии; эндоскопии; при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: онкологии; при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по: нейрохирургии; онкологии; торакальной хирургии; челюстно-лицевой хирургии; При оказании паллиативной медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; медицинской реабилитации; медицинской статистике; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; психотерапии; сестринскому делу; терапии; хирургии; 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 (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым); медицинским осмотрам профилактическим.

1.5. Услуги оказываются по месту нахождения **Исполнителя**, а именно по адресу: Российская Федерация, город Самара, улица Солнечная, дом 50

2. Стоимость платных медицинских услуг и порядок их оплаты

2.1. Стоимость медицинских(ой) услуг(и), указанных(ой) в п. 1.1. настоящего Договора, составляет _____ рублей _____ коп. (_____) рублей _____ коп. в

соответствии с действующим прейскурантом на платные услуги, оказываемые ГБУЗ СОКОД (п. _____).

2.2. Оплата за медицинские(ую) услуги(у) производится в кассе **Исполнителя**.

2.3. Расчеты за предоставляемые медицинские(ую) услуги(у) производятся **Пациентом (Потребителем)** в порядке предоплаты в размере 100 %. Оплата услуги производится в наличной и безналичной форме расчета (банковской картой **Пациента (Потребителя)** в кассе **Исполнителя**, с выдачей кассового чека.

2.4. В случае невозможности исполнения медицинских(ой) услуг(и), возникшей по вине **Пациента (Потребителя)**, медицинские(ая) услуги(а) подлежат(ит) оплате с учетом фактически понесенных затрат, связанных с исполнением настоящего Договора.

2.5. В случае, когда невозможность исполнения медицинских(ой) услуг(и) возникла по обстоятельствам, не зависящим от сторон, **Пациент (Потребитель)** возмещает **Исполнителю** фактически понесенные расходы.

3. Права и обязанности сторон

3.1. **Исполнитель** обязан:

3.1.1. Оказать медицинские(ую) услуги(у) надлежащего качества в соответствии и с учетом порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи (при наличии) и клинических рекомендаций в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») №Л041-01184-63/00572840 от 24.09.2018 (срок действия - бессрочная), согласно реестру лицензий, лицензирующий орган – Министерство здравоохранения Самарской области.

3.1.2. Обеспечить **Пациента** бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя:

- порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), в соответствии и с учетом которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
- информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (об уровне его профессионального образования и о квалификации);
- другие сведения, относящиеся к предмету договора и предусмотренные Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

3.1.3. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, предупредить об этом **Пациента (Потребителя)**. При необходимости и согласии **Пациента (Потребителя)** заключить новый договор на оказание платных медицинских услуг или оформить дополнительное соглашение к договору с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости.

3.1.4. Обеспечить соблюдение прав Пациента, предусмотренных действующим законодательством о защите прав потребителей.

3.1.5. Предоставлять **Исполнителю** по его заявлению после исполнения договора медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние 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, в соответствии с действующим законодательством РФ.

3.2. **Исполнитель** имеет право:

3.2.1. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в т.ч. и не предусмотренной договором.

3.2.2. Требовать от **Пациента (Потребителя)** надлежащего исполнения обязанностей, взятых на себя по настоящему Договору.

3.2.3. В зависимости от качества представленных на исследование биоматериалов, необходимости проведения дополнительных исследований для верификации диагноза, **Исполнитель** имеет право увеличить срок оказания медицинских услуг не более чем на 30 дней рабочих.

Пациент (Потребитель) о возможности увеличения срока оказания медицинских услуг не более чем на 30 рабочих дней уведомлен и выражает на это свое согласие:

(фамилия, имя и отчество (при наличии))

(подпись)

«__» ____ 20__ г.
(дата)

3.3. **Пациент (Потребитель)** обязан:

3.3.1. Оплатить стоимость предоставляемой медицинской услуги в порядке и на условиях, установленных настоящим Договором.

3.3.2. Выполнять требования **Исполнителя**, обеспечивающие качественное представление платной медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений.

3.3.3. В соответствии с частью 3 статьи 27 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в ГБУЗ СОКОД (Правила внутреннего распорядка для пациентов при оказании стационарной и амбулаторно-поликлинической медицинской помощи).

3.3.4. Предоставлять **Исполнителю** достоверные сведения, необходимые для заключения и исполнения настоящего Договора.

3.4. **Пациент (Потребитель)** имеет право:

3.4.1. Требовать предоставления услуг надлежащего качества.

3.4.2. На предоставление информации о медицинской услуге и состоянии здоровья **Пациента (Потребителя)** в соответствии с действующим законодательством РФ.

3.4.3. Отказаться от исполнения настоящего Договора и получить обратно оплаченную сумму с возмещением **Исполнителю** фактически понесенных затрат, связанных с исполнением договора.

3.4.4. Обратиться к **Исполнителю** с заявлением о предоставлении после исполнения договора медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние 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, в соответствии с действующим законодательством РФ.

3.4.5. Направить обращение (жалобу) по вопросу предоставления платных медицинских услуг:

- в министерство здравоохранения Самарской области по адресу: 443020, г. Самара, ул. Ленинская, 73; телефон (846) 333-00-16, телефон «Горячей линии» (846) 307-77-99, электронная почта: zdravso@samregion.ru; официальный сайт: <https://minzdrav.samregion.ru/>

- в ТФОМС Самарской области по адресу: 443030, г. Самара, ул. Владимирская, д. 60; телефон: (846)998-27-40, (846)339-15-01; электронная почта: general@samtfoms.ru; официальный сайт: samtfoms.ru.

- в Территориальный орган Росздравнадзора по Самарской области по адресу: 443041, г. Самара, ул. Арцыбушевская, д.13; телефон: (846) 333-20-87, электронная почта: samara@reg63.roszdravnadzor.gov.ru; официальный сайт: <https://63reg.roszdravnadzor.gov.ru/>;

- в Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Самарской области по адресу: 443079, г. Самара, проезд Георгия Митирева, д. 1; телефон: (846) 260-50-25, (846) 260-37-99, (800) 555-49-43, (846) 260-38-25, (846) 260-38-05; электронная почта: sancntr@fsnsamara.ru; официальный сайт: <https://63.rospotrebnadzor.ru/>

- в ГБУЗ СОКОД по адресу: 443031, г. Самара, ул. Солнечная, 50, тел./ факс:994-03-99, электронная почта: info@samaraonko.ru.

4. Информация о предоставляемых медицинских услугах

4.1. Медицинская услуга не оказывается, если у **Пациента (Потребителя)** имеются острые воспалительные заболевания.

4.2. Перед оказанием медицинской услуги врач-специалист устанавливает отсутствие противопоказаний, путем опроса **Пациента (Потребителя)**.

4.3. Медицинская услуга оказывается врачом-специалистом с соответствующим уровнем профессионального образования и соответствующей квалификацией.

4.4. В связи с оказанием медицинской услуги в предусмотренных нормативными актами случаях, **Пациенту (Потребителю)** по его требованию выдается листок нетрудоспособности.

4.5. **Пациент** уведомлен надлежащим образом и в письменной форме до заключения настоящего Договора о том, что несоблюдение назначений (рекомендаций) **Исполнителя** (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 **Пациента (Потребителя)**.

4.6. **Пациент (Потребитель)** проинформирован надлежащим образом 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, ознакомлен со сведениями об **Исполнителе**, с перечнем платных медицинских услуг, стоимостью платных медицинских услуг, уведомлен о сроках и порядке их оплаты, срока предоставления платных медицинских услуг, об ответственности сторон за невыполнение условий договора, порядке изменений и расторжений договора и порядке и условиях выдачи **Пациенту (Потребителю (законному представителю потребителя))** после исполнения договора исполнителем медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья потребителя после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах медицинского обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы, в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.7. Пациент (Потребитель) уведомлен надлежащим образом о том, что в соответствие со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Решение о медицинском вмешательстве без согласия гражданина или законного представителя принимается только по основаниям, установленным статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4.8. Пациент (Потребитель) подтверждает, что ознакомлен с дополнительной информацией, касающейся особенностей данных(ой) медицинских(ой) услуг(и) и условий их(ее) предоставления.

_____ (фамилия, имя и отчество (при наличии)) _____√_____ «__»____ 20__ г.
(подпись) (дата)

4.9. Пациент (Потребитель) уведомлен надлежащим образом и согласен с тем, что оказываемые медицинские(ая) услуги(а) не гарантируют(ет) 100% результат и при проведении медицинского вмешательства и после него, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.

_____ (фамилия, имя и отчество (при наличии)) _____√_____ «__»____ 20__ г.
(подпись) (дата)

4.10. Пациент (Потребитель) уведомлен надлежащим образом и согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Исполнитель не несет ответственности за их возникновение.

_____ (фамилия, имя и отчество (при наличии)) _____√_____ «__»____ 20__ г.
(подпись) (дата)

4.11. Пациент (Потребитель) уведомлен надлежащим образом и согласен с тем, что для получения лучших результатов медицинского вмешательства он должен исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.

_____ (фамилия, имя и отчество (при наличии)) _____√_____ «__»____ 20__ г.
(подпись) (дата)

4.12. Пациент (Потребитель) согласен и проинформирован надлежащим образом о том, что по поводу имеющегося у него заболевания он может получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждает свое согласие на получение указанной медицинской услуги у Исполнителя.

_____ (фамилия, имя и отчество (при наличии)) _____√_____ «__»____ 20__ г.
(подпись) (дата)

4.13. Пациент (Потребитель) подтверждает, что Исполнитель проинформировал надлежащим образом и предоставил ему информацию в доступной форме о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

- порядок оказания медицинской помощи, клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
- информация о конкретном медицинском работнике, представляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- другие сведения, относящиеся к предмету договора.

_____ (фамилия, имя и отчество (при наличии)) _____√_____ «__»____ 20__ г.
(подпись) (дата)

4.14. Пациент (Потребитель) подтверждает, что Исполнитель проинформировал надлежащим образом и предоставил ему информацию в доступной форме о том, что 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 Пациента (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 письменного согласия Пациента (Потребителя). Настоящее согласие оформляется при заключении договора на оказание платных медицинских услуг (Приложение к Договору на оказание платных медицинских услуг) и является его неотъемлемой частью.

_____ (фамилия, имя и отчество (при наличии)) _____√_____ «__»____ 20__ г.
(подпись) (дата)

(фамилия, имя и отчество (при наличии))

(подпись)

(дата)

4.15. Пациент (Потребитель) подтверждает, что Исполнитель проинформировал надлежащим образом и осознаёт, что сведения о факте обращения, состоянии здоровья, диагнозе и иных данных, полученных при обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Разглашение таких сведений без согласия Пациента (Потребителя) не допускается, за исключением случаев, предусмотренных частью 4 статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (например: «... по запросу органов дознания, следствия, суда...»).

(фамилия, имя и отчество (при наличии))

✓
(подпись)

« » 20 г.
(дата)

4.16. Пациент (потребитель) подтверждает, что Исполнитель проинформировал надлежащим образом и осознаёт, что при проведении компьютерной томографии имеются противопоказания, в том числе аллергия на йод, высокий уровень креатинина, беременность.

(фамилия, имя и отчество (при наличии))

✓
(подпись)

« » 20 г.
(дата)

4.17. Пациент (потребитель) подтверждает, что Исполнитель проинформировал надлежащим образом и осознаёт, что при проведении магнитно-резонансной томографии имеются противопоказания, в том числе аллергия на контрастные вещества (используемые при исследованиях), высокий уровень креатинина, беременность 1 и 3 триместр (нежелательно проведение МРТ), ограничение по весу - не более 116 кг, наличие брекетов (в случае исследования головного мозга и придаточных пазух носа брекеты создают артефакты), клаустрофобия (выраженная), наличие имплантов не из титана, наличие кардиостимулятора.

(фамилия, имя и отчество (при наличии))

✓
(подпись)

« » 20 г.
(дата)

5. Срок действия договора, порядок изменения и расторжения договора

5.1. Срок действия договора с момента подписания его сторонами до момента его исполнения обязательств.

5.2. Условия настоящего Договора могут быть изменены или дополнены в связи с принятием законодательных актов или по предложению одной из Сторон. Изменения и дополнения к настоящему Договору будут считаться имеющими юридическую силу, если они выполнены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами.

5.3. Настоящий Договор может быть прекращен до окончания срока его действия, в случаях:

- ликвидации одной из Сторон;
- по соглашению Сторон, совершенному в письменной форме;
- по инициативе любой из Сторон;
- по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

6. Ответственность сторон

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. В случае ненадлежащего оказания медицинской услуги Пациент (Потребитель) вправе по своему выбору потребовать:

- безвозмездного устранения недостатков оказанной медицинской услуги;
- соответствующего уменьшения цены оказанной услуги;
- возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги своими силами или третьими лицами.

6.3. Исполнитель не несет ответственности за возникновение осложнений, побочных реакций, ухудшения первоначального результата, а так же вправе отказаться от выполнения услуг при:

- отказе пациента от дополнительных исследований, манипуляций, необходимых для установления диагноза и назначения адекватного лечения;
- требовании со стороны пациента о выполнении ему услуг, не предусмотренных технологиями и (или) влекущих при их выполнении нежелательных последствий;
- невыполнении врачебных назначений (отказ, самолечение);
- сокрытии информации, необходимой для установления диагноза и назначения адекватного лечения;
- возникновении ранее не регистрируемых патологических реакций на те или иные препараты и материалы;
- нарушении пациентом противоэпидемического и санитарно-гигиенического режимов.

Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы или нарушения Пациентом (Потребителем) рекомендаций Исполнителя, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

6.4. Пациент (Потребитель) обязан полностью возместить Исполнителю понесенные убытки, если Исполнитель не смог оказать услугу или был вынужден прекратить ее оказание по вине Пациента (Потребителя).

6.5. Пациент (Потребитель) несёт ответственность в соответствии с законодательством РФ за точность и соответствие действительности предоставленным данным, в том числе за реквизитам документа, удостоверяющего личность.

6.6. Если Пациент (Потребитель) после заключения договора отказывается от получения медицинских услуг, договор расторгается. Исполнитель информирует об этом Пациента (Потребителя) в письменном виде, а он оплачивает фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

6.7. Споры, возникшие между сторонами, разрешаются путем переговоров, направления письменных претензий и привлечения независимой экспертизы. При недостижении согласия спор передается на разрешение в суд в соответствии с действующим законодательством РФ.

7. Заключительные положения

7.1. Все приложения, дополнительные соглашения и протоколы к договору являются неотъемлемой частью договора.

7.2. Все изменения и дополнения к настоящему договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих сторон.

7.3. Настоящий договор составлен в 2 экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Пациента.

7.4. Исполнитель обязуется хранить в тайне любую информацию и данные, предоставляемые в связи с исполнением договора, не раскрывать и не разглашать третьим лицам в целом или частично факты и информацию без предварительного письменного согласия Пациента. Исполнитель обязуется не использовать факты или информацию, полученные при исполнении Контракта, для любых целей без предварительного согласия Пациента.

Обязательства конфиденциальности, возложенные на Исполнителя договором, не распространяются на общедоступную информацию.

Исполнитель обеспечивает конфиденциальность персональных данных и их безопасность при обработке в соответствии с законодательством о персональных данных, а также иных сведений, составляющих тайну в соответствии с действующим законодательством, в случае, если при исполнении обязательств по договору требуется доступ к таким данным или такие данные стали известными в процессе исполнения обязательств, предусмотренных договором.

7.5. Стороны пришли к соглашению, что со стороны Исполнителя настоящий договор может быть подписан с использованием факсимильной подписи.

7.6. Пациент подтверждает своё согласие со всеми условиями настоящего Договора, в том числе с условиями оплаты.

8. Реквизиты и подписи сторон

ПАЦИЕНТ	ИСПОЛНИТЕЛЬ
Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____, именуемый в дальнейшем Пациент, данные документа, удостоверяющего личность (паспорт РФ серия _____ № _____ выдан _____ / Удостоверение личности военнослужащего РФ _____ / Удостоверение личности гражданина РФ на срок оформления паспорта гражданина РФ _____) Зарегистрирован по адресу: _____ Адрес места жительства, иной адрес, на который Исполнитель может направить ответ на письменное обращение _____ Телефон: _____	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарский областной клинический онкологический диспансер» (ГБУЗ СОКОД) Адрес: 443031, г. Самара, ул. Солнечная, 50, Тел: факс:994-03-99, (846) 994-76-58 справочная ОГРН 1036300892044, ИНН 6319077552, КПП 631901001 ОКВЭД 86.10, ОКПО 55919368 Официальный сайт: https://samaraonko.ru/ E-mail: info@samaraonko.ru

ПАЦИЕНТ

подтверждает своё согласие с условиями Договора, в том числе с условиями оплаты

_____/_____
(подпись) / Фамилия, имя, отчество (при наличии)

ИСПОЛНИТЕЛЬ

_____/_____
(подпись) / Фамилия, имя, отчество (при наличии)
М.П.

**«Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Самарский областной клинический онкологический диспансер»
(ГБУЗ СОКОД)»**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА (ПОТРЕБИТЕЛЯ)
ОБ ОБЪЕМЕ И УСЛОВИЯХ ОКАЗЫВАЕМЫХ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Я, _____
(Фамилия, имя и отчество (при наличии))
«__» _____ г. рождения,
зарегистрированный по адресу: _____
(адрес места регистрации)

в рамках договора на оказание платных медицинских услуг желаю и даю информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в ГБУЗ СОКОД, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. 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 Пациента (Потребителя) в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2. Цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинского вмешательства, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств.

3. Проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат и что при проведении медицинского вмешательства и после него, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.

4. Используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ГБУЗ СОКОД не несет ответственности за их возникновение.

5. Для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.

Я проинформирован(на), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в ГБУЗ СОКОД.

Я ознакомлен(на) с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость указанной(ых) медицинской(их) услуг(и) в соответствии с ним.

Не возражаю против записи медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием - исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Я подтверждаю, что даю свое согласие на обработку Учреждением моих персональных данных, ставших ему известных, при подписании настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг.

Я ознакомлен(на) и согласен(на) с условиями Договора о предоставлении платных медицинских услуг, в том числе с условиями оплаты.

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения от работников ГБУЗ СОКОД понятны и меня удовлетворяют. Настоящее информированное добровольное согласие подписано мною после проведения предварительной беседы и является приложением к Договору на оказание платных медицинских услуг.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть).

Выражаю свое согласие на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну следующим лицам:

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон, паспортные данные)

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон, паспортные данные)

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

«__» _____ г.

(дата оформления)

Акт об оказании платных медицинских услуг

г. Самара

«__» ____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарский областной клинический онкологический диспансер», именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, в лице медицинского регистратора _____, действующего на основании Доверенности _____ в соответствии со свидетельством ОГРН 1036300892044 серия 63 № 002562063, выданное Министерством Российской Федерации по налогам и сборам, ИНН 6319077552, лицензией на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») №Л041-01184-63/00572840 от 24.09.2018 (срок действия - бессрочная), согласно реестру лицензий, лицензирующий орган – Министерство здравоохранения Самарской области, и Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____ 00.00.0000, именуемый в дальнейшем **Пациент (Потребитель)**, данные документа, удостоверяющего личность (паспорт РФ серия _____ № _____ выдан _____ / Удостоверение личности военнослужащего РФ _____ /

Удостоверение личности гражданина РФ на срок оформления паспорта гражданина РФ _____), совместно именуемые **Стороны**, составили настоящий акт о нижеследующем:

1. **Исполнитель** оказал **Пациенту (Потребителю)** Медицинские услуги по договору об оказании платных медицинских услуг № _____ от «__» ____ г. (далее - Договор):

№п/п	Код услуги	Наименование услуги	Цена услуги (руб.)
1			
2			

Стоимость оказанных услуг согласно Договору составила _____ (_____) рублей.

2. Указанные в п.1 настоящего акта услуги, оказаны в полном объеме «__» ____ г.

3. Пациент (Потребитель) замечаний, претензий по количеству и качеству Медицинских услуг, оказанных Исполнителем, в том числе к лекарственным препаратам, не имеет.

4. Настоящий акт составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон.

Подписи сторон:

Пациент (Потребитель) _____ / _____

Исполнитель _____ / _____

Акт об оказании платных медицинских услуг

г. Самара

«__» ____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарский областной клинический онкологический диспансер», именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, в лице медицинского регистратора _____, действующего на основании Доверенности _____ в соответствии со свидетельством ОГРН 1036300892044 серия 63 № 002562063, выданное Министерством Российской Федерации по налогам и сборам, ИНН 6319077552, лицензией на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») №Л041-01184-63/00572840 от 24.09.2018 (срок действия - бессрочная), согласно реестру лицензий, лицензирующий орган – Министерство здравоохранения Самарской области, и Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____ 00.00.0000, именуемый в дальнейшем **Пациент (Потребитель)**, данные документа, удостоверяющего личность (паспорт РФ серия _____ № _____ выдан _____ / Удостоверение личности военнослужащего РФ _____ /

Удостоверение личности гражданина РФ на срок оформления паспорта гражданина РФ _____), совместно именуемые **Стороны**, составили настоящий акт о нижеследующем:

1. **Исполнитель** оказал **Пациенту (Потребителю)** Медицинские услуги по договору об оказании платных медицинских услуг № _____ от «__» ____ г. (далее - Договор):

№п/п	Код услуги	Наименование услуги	Цена услуги (руб.)
1			
2			

Стоимость оказанных услуг согласно Договору составила _____ (_____) рублей.

2. Указанные в п.1 настоящего акта услуги, оказаны в полном объеме «__» ____ г.

3. Пациент (Потребитель) замечаний, претензий по количеству и качеству Медицинских услуг, оказанных Исполнителем, в том числе к лекарственным препаратам, не имеет.

4. Настоящий акт составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон.

Подписи сторон:

Пациент (Потребитель) _____ / _____

Исполнитель _____ / _____

Приложение № 3

УТВЕРЖДЕНО

приказом главного врача

ГБУЗ СОКОД

от 31.08.2026 № 248 о/г

Договор на оказание платных медицинских услуг составлен в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

До заключения Договора на оказание платных медицинских услуг Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарский областной клинический онкологический диспансер» (Исполнитель) в соответствии со свидетельством ОГРН 1036300892044 серия 63 № 002562063, выданное Министерством Российской Федерации по налогам и сборам, идентификационный номер налогоплательщика 6319077552, лицензией на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») №Л041-01184-63/00572840 от 24.09.2018 (срок действия - бессрочная), согласно реестру лицензий, лицензирующий орган – Министерство здравоохранения Самарской области уведомляет Заказчика о том, что несоблюдение назначений (рекомендаций) Исполнителя (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 Пациента.

_____ (фамилия, имя и отчество (при наличии)) _____ (подпись) «__» ____ 20__ г. (дата)

ДОГОВОР № _____ на оказание платных медицинских услуг третьему лицу

г. Самара

«__» ____ 20__ г..

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарский областной клинический онкологический диспансер», именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, в лице медицинского регистратора _____, действующего на основании Доверенности _____ в соответствии со свидетельством ОГРН 1036300892044 серия 63 № 002562063, выданное Министерством Российской Федерации по налогам и сборам, идентификационный номер налогоплательщика 6319077552, лицензией на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») №Л041-01184-63/00572840 от 24.09.2018 (срок действия - бессрочная), согласно реестру лицензий, лицензирующий орган – Министерство здравоохранения Самарской области, и Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____, именуемый в дальнейшем **Заказчик**, данные документа, удостоверяющего личность (паспорт РФ серия _____ № _____ выдан _____ / Удостоверение личности военнослужащего РФ _____ / Удостоверение личности гражданина РФ на срок оформления паспорта гражданина РФ _____), совместно именуемые **Стороны**, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. На основании добровольного волеизъявления **Заказчик** поручает, а **Исполнитель** оказывает Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____, данные документа, удостоверяющего личность (паспорт РФ серия _____ № _____ выдан _____ / Удостоверение личности военнослужащего РФ _____ / Удостоверение личности гражданина РФ на срок оформления паспорта гражданина РФ _____, именуемому в дальнейшем – **Пациент**) медицинскую помощь, включающую предоставление следующей медицинской услуги (далее – медицинская услуга).

№п/п	Код услуги	Наименование услуги	Цена услуги (руб.)
1			
2			

1.2. Заказчик оплачивает оказание платных медицинских(ой) услуг(и) Пациенту в порядке на условиях, установленных настоящим Договором.

1.3. Срок предоставления Исполнителем медицинских(ой) услуг(и):

№п/п	Код услуги	Наименование услуги	Срок предоставления медицинских(ой) услуг(и)
1			
2			

1.4. Перечень работ в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») №Л041-01184-63/00572840 от 24.09.2018 (срок действия - бессрочная), согласно реестру лицензий, лицензирующий орган – Министерство здравоохранения Самарской области: При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; вакцинации (проведению профилактических прививок); гистологии; лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; медицинской микробиологии; медицинской статистике; медицинскому массажу; рентгенологии; сестринскому делу; физиотерапии; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); 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); аллергологии и иммунологии; анестезиологии и реаниматологии; гастроэнтерологии; генетике; дерматовенерологии; диетологии; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; клинической фармакологии; косметологии; лабораторной генетике; лечебной физкультуре; медицинской микробиологии; медицинской реабилитации; медицинской статистике; неврологии; нейрохирургии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации); офтальмологии; патологической анатомии; пластической хирургии; профпатологии; психиатрии; психиатрии-наркологии; психотерапии; радиологии; рентгенологии; сердечно-сосудистой хирургии; спортивной медицине; стоматологии общей практики; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; торакальной хирургии; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; челюстно-лицевой хирургии; эндокринологии; эндоскопии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: онкологии; При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: онкологии; радиологии; радиотерапии; сестринскому делу; хирургии; при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); аллергологии и иммунологии; анестезиологии и реаниматологии; гастроэнтерологии; генетике; гериатрии; дерматовенерологии; диетологии; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; клинической фармакологии; лабораторной генетике; лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; медицинской микробиологии; медицинской реабилитации; медицинской статистике; медицинскому массажу; неврологии; нейрохирургии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации); офтальмологии; патологической анатомии; пластической хирургии; психотерапии; радиологии; радиотерапии; рентгенологии; рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению; сердечно-сосудистой хирургии; сестринскому делу; спортивной медицине; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; терапии; торакальной хирургии; травматологии и ортопедии; трансфузиологии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; челюстно-лицевой хирургии; эндокринологии; эндоскопии; при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: онкологии; при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по: нейрохирургии; онкологии; торакальной хирургии; челюстно-лицевой хирургии; При оказании паллиативной медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; медицинской реабилитации; медицинской статистике; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; психотерапии; сестринскому делу; терапии; хирургии; 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 (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым); медицинским осмотрам профилактическим.

1.5. Услуги оказываются по месту нахождения **Исполнителя**, а именно по адресу: Российская Федерация, город Самара, улица Солнечная, дом 50

2. Стоимость платных медицинских услуг и порядок их оплаты

2.1. Стоимость медицинских(ой) услуг(и), указанных(ой) в п. 1.1. настоящего Договора, составляет _____ рублей _____ коп. (_____) рублей _____ коп. в соответствии с действующим прейскурантом на платные услуги, оказываемые ГБУЗ СОКОД (п. _____).

2.2. Оплата за медицинские(ую) услуги(у) производится в кассе **Исполнителя**.

2.3. Расчеты за предоставляемые медицинские(ую) услуги(у) **Пациенту** производятся **Заказчиком** в порядке предоплаты в размере 100 %. Оплата услуги производится в наличной и безналичной форме расчета (банковской картой **Заказчика**) в кассе **Исполнителя**, с выдачей кассового чека.

2.4. В случае невозможности исполнения медицинских(ой) услуг(и), возникшей по вине **Заказчика и(или) Пациента**, медицинские(ая) услуги(а) подлежат(ит) оплате с учетом фактически понесенных затрат, связанных с исполнением настоящего Договора.

2.5. В случае, когда невозможность исполнения услуги возникла по обстоятельствам, не зависящим от сторон, **Заказчик** возмещает **Исполнителю** фактически понесенные расходы.

3. Права и обязанности сторон

3.1. **Исполнитель** обязуется:

3.1.1. Оказать медицинские(ую) услуги(у) надлежащего качества в соответствии и с учетом порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи (при наличии) и клинических рекомендаций в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») №Л041-01184-63/00572840 от 24.09.2018 (срок действия - бессрочная), согласно реестру лицензий, лицензирующий орган – Министерство здравоохранения Самарской области.

3.1.2. Обеспечить **Заказчика** и **Пациента** бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя:

- порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), в соответствии и с учетом которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

- информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (об уровне его профессионального образования и о квалификации);

- другие сведения, относящиеся к предмету договора и предусмотренные Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

3.1.3. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, предупредить об этом **Заказчика** и **Пациента**. При необходимости и согласии **Заказчика** и **Пациента** заключить новый договор на оказание платных медицинских услуг или оформить дополнительное соглашение к договору с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости.

3.1.4. Обеспечить соблюдение прав **Заказчика** и **Пациента**, предусмотренных законодательством о защите прав потребителей.

3.1.5. Предоставлять **Исполнителю** по его заявлению после исполнения договора медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние 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, в соответствии с действующим законодательством РФ.

3.2. **Исполнитель** имеет право:

3.2.1. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в т.ч. и не предусмотренной договором.

3.2.2. Требовать от **Заказчика** надлежащего исполнения обязанностей, взятых на себя по настоящему Договору.

3.2.3. В зависимости от качества представленных на исследование биоматериалов, необходимости проведения дополнительных исследований для верификации диагноза, **Исполнитель** имеет право увеличить срок оказания медицинских услуг не более чем на 30 дней рабочих.

Заказчик о возможности увеличения срока оказания медицинских услуг не более чем на 30 рабочих дней уведомлен и выражает на это свое согласие:

(фамилия, имя и отчество (при наличии))

(подпись)

«__»__20__г.
(дата)

3.3. **Заказчик** обязуется:

3.3.1. Оплатить стоимость предоставляемой медицинской услуги **Пациенту** в порядке и на условиях, установленных настоящим договором.

3.3.2. Выполнять требования **Исполнителя**, обеспечивающие качественное представление платной медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений.

3.3.3. Предоставлять **Исполнителю** достоверные сведения, необходимые для заключения и исполнения настоящего Договора.

3.4. **Пациент** обязуется:

3.4.1. Выполнять требования **Исполнителя**, обеспечивающие качественное представление платной медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений.

3.4.2. В соответствии с частью 3 статьи 27 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в ГБУЗ СОКОД (Правила внутреннего распорядка для пациентов при оказании стационарной и амбулаторно-поликлинической медицинской помощи).

3.5. **Заказчик** имеет право:

3.5.1. Требовать предоставления услуг надлежащего качества.

3.5.2. На предоставление информации о медицинской услуге и состоянии здоровья **Пациента** с учетом требований, установленных действующим законодательством РФ.

3.5.3. Отказаться от исполнения настоящего договора и получить обратно оплаченную сумму с возмещением **Исполнителю** фактически понесенных затрат, связанных с исполнением договора.

3.5.4. Обратиться к **Исполнителю** с заявлением о предоставлении после исполнения договора медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние 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, в соответствии с действующим законодательством РФ.

3.5.5 Направить обращение (жалобу) по вопросу предоставления платных медицинских услуг:

- в министерство здравоохранения Самарской области по адресу: 443020, г. Самара, ул. Ленинская, 73; телефон (846) 333-00-16, телефон «Горячей линии» (846) 307-77-99, электронная почта: zdravso@samregion.ru; официальный сайт: <https://minzdrav.samregion.ru/>

- в ТФОМС Самарской области по адресу: 443030, г. Самара, ул. Владимирская, д. 60; телефон: (846)998-27-40, (846)339-15-01; электронная почта: general@samtfoms.ru; официальный сайт: samtfoms.ru.

- в Территориальный орган Росздравнадзора по Самарской области по адресу: 443041, г. Самара, ул. Арцыбушевская, д.13; телефон: (846) 333-20-87, электронная почта: samara@reg63.roszdravnadzor.gov.ru; официальный сайт: <https://63reg.roszdravnadzor.gov.ru/>;

- в Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Самарской области по адресу: 443079, г. Самара, проезд Георгия Митирева, д. 1; телефон: (846) 260-50-25, (846) 260-37-99, (800) 555-49-43, (846) 260-38-25, (846) 260-38-05; электронная почта: sancntr@fnsamara.ru; официальный сайт: <https://63.rosпотреbnadzor.ru/>

- в ГБУЗ СОКОД по адресу: 443031, г. Самара, ул. Солнечная, 50, тел./ факс:994-03-99, электронная почта: info@samaraonko.ru.

4. Информация о предоставляемой медицинской услуге

4.1. Медицинская услуга не оказывается, если у **Пациента** имеются острые воспалительные заболевания.

4.2. Перед оказанием медицинской услуги врач-специалист устанавливает отсутствие противопоказаний, путем опроса **Пациента**.

4.3. Медицинская услуга оказывается врачом-специалистом с соответствующим уровнем профессионального образования и соответствующей квалификацией.

4.4. В связи с оказанием медицинской услуги в предусмотренных нормативными актами случаях, **Пациенту** по его требованию выдается листок нетрудоспособности.

4.5. **Заказчик** уведомлен надлежащим образом и в письменной форме до заключения настоящего Договора о том, что несоблюдение назначений (рекомендаций) **Исполнителя** (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 **Пациента**.

4.6. **Заказчик** проинформирован надлежащим образом 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, ознакомлен со сведениями об **Исполнителе**, с перечнем платных медицинских услуг, стоимостью платных медицинских услуг, уведомлен о сроках и порядке их оплаты, срока предоставления платных медицинских услуг, об ответственности сторон за невыполнение условий договора, порядке изменений и расторжений договора и порядке и условиях выдачи **Заказчика и(или) Пациенту (законному представителю)** после исполнения договора исполнителем медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья потребителя после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах медицинского обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы, в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.7. **Заказчик** уведомлен надлежащим образом о том, что в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Решение о медицинском вмешательстве без согласия гражданина или законного представителя принимается только по основаниям, установленным статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4.8. **Заказчик** подтверждает, что ознакомлен с дополнительной информацией, касающейся особенностей данных(ой) медицинских(ой) услуг(и) и условий их(ее) предоставления.

(фамилия, имя и отчество (при наличии))

(подпись)

«__» 20__ г.
(дата)

4.9. **Заказчик** уведомлен надлежащим образом и согласен с тем, что оказываемые медицинские(ая) услуги(а) не гарантируют(ет) 100% результат и при проведении медицинского вмешательства и после него, как в ближайшем, так и в

отдаленном периоде возможны различные осложнения.

(фамилия, имя и отчество (при наличии))

(подпись)

«__»__20__г.
(дата)

4.10. **Заказчик** уведомлен надлежащим образом и согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, **Исполнитель** не несет ответственности за их возникновение.

(фамилия, имя и отчество (при наличии))

(подпись)

«__»__20__г.
(дата)

4.11. **Заказчик** уведомлен надлежащим образом и согласен с тем, что для получения лучших результатов медицинского вмешательства **Пациент** должен исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.

(фамилия, имя и отчество (при наличии))

(подпись)

«__»__20__г.
(дата)

4.12. **Заказчик** согласен и проинформирован надлежащим образом о том, что по поводу имеющегося у **Пациента** заболевания он может получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждает свое согласие на получение указанной медицинской услуги у **Исполнителя**.

(фамилия, имя и отчество (при наличии))

(подпись)

«__»__20__г.
(дата)

4.13. **Заказчик** подтверждает, что **Исполнитель** проинформировал надлежащим образом и предоставил ему информацию в доступной форме о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

- порядок оказания медицинской помощи, клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
- информация о конкретном медицинском работнике, представляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- другие сведения, относящиеся к предмету договора.

(фамилия, имя и отчество (при наличии))

(подпись)

«__»__20__г.
(дата)

4.14. **Заказчик** подтверждает, что **Исполнитель** проинформировал надлежащим образом и предоставил ему информацию в доступной форме о том, что 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 **Заказчика и(или) Пациента** в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи. Просьба оформляется в форме письменного согласия **Заказчика и(или) Пациента**. Настоящее согласие оформляется при заключении договора на оказание платных медицинских услуг (Приложение к Договору на оказание платных медицинских услуг) и является его неотъемлемой частью.

(фамилия, имя и отчество (при наличии))

(подпись)

«__»__20__г.
(дата)

4.15. **Заказчик** подтверждает, что **Исполнитель** проинформировал надлежащим образом и осознаёт, что сведения о факте обращения, состоянии здоровья, диагнозе и иных данных, полученных при обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Разглашение таких сведений без согласия **Пациента** не допускается, за исключением случаев, предусмотренных частью 4 статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (например: «... по запросу органов дознания, следствия, суда...»).

(фамилия, имя и отчество (при наличии))

(подпись)

«__»__20__г.
(дата)

4.16. **Заказчик** подтверждает, что **Исполнитель** проинформировал надлежащим образом и осознаёт, что при проведении компьютерной томографии имеются противопоказания, в том числе аллергия на йод, высокий уровень креатинина, беременность.

(фамилия, имя и отчество (при наличии))

(подпись)

«__»__20__г.
(дата)

4.17. **Заказчик** подтверждает, что **Исполнитель** проинформировал надлежащим образом и осознаёт, что при проведении магнитно-резонансной томографии имеются противопоказания, в том числе аллергия на контрастные вещества (используемые при исследованиях), высокий уровень креатинина, беременность 1 и 3 триместр (нежелательно проведение МРТ), ограничение по весу - не более 116 кг, наличие брекетов (в случае исследования головного мозга и придаточных пазух носа брекеты создают артефакты), клаустрофобия (выраженная), наличие имплантов не из титана, наличие кардиостимулятора.

(фамилия, имя и отчество (при наличии))

(подпись)

«__»__20__г.
(дата)

5. Срок договора

- 5.1. Срок действия договора с момента подписания его сторонами до момента его исполнения обязательств.
- 5.2. Условия настоящего Договора могут быть изменены или дополнены в связи с принятием законодательных актов или по предложению одной из Сторон. Изменения и дополнения к настоящему Договору будут считаться имеющими юридическую силу, если они выполнены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами.
- 5.3. Настоящий Договор может быть прекращен до окончания срока его действия, в случаях:
- ликвидации одной из Сторон;
 - по соглашению Сторон, совершенному в письменной форме;
 - по инициативе любой из Сторон;
 - по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

6. Ответственность сторон

- 6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
- 6.2. В случае ненадлежащего оказания медицинской услуги **Заказчик** вправе по своему выбору потребовать:
- безвозмездного устранения недостатков оказанной медицинской услуги;
 - соответствующего уменьшения цены оказанной услуги;
 - возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги своими силами или третьими лицами.
- 6.3. **Исполнитель** не несет ответственности за возникновение осложнений, побочных реакций, ухудшения первоначального результата, а так же вправе отказаться от выполнения услуг при:
- отказе заказчика и (или) пациента от дополнительных исследований, манипуляций, необходимых для установления диагноза и назначения адекватного лечения;
 - требовании со стороны заказчика и (или) пациента о выполнении ему услуг, не предусмотренных технологиями и (или) влекущих при их выполнении нежелательных последствий;
 - невыполнении врачебных назначений (отказ, самолечение);
 - сокрытии информации, необходимой для установления диагноза и назначения адекватного лечения;
 - возникновении ранее не регистрируемых патологических реакций на те или иные препараты и материалы;
 - нарушении заказчиком и (или) пациентом противоэпидемического и санитарно-гигиенического режимов.
- Исполнитель** освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы или нарушения **Пациентом** рекомендаций **Исполнителя**, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.
- 6.4. **Заказчик** обязан полностью возместить **Исполнителю** понесенные убытки, если **Исполнитель** не смог оказать услугу или был вынужден прекратить ее оказание по вине **Заказчика** и (или) **Пациента**.
- 6.5. **Заказчик** несет ответственность в соответствии с законодательством РФ за точность и соответствие действительности предоставленным данным, в том числе за реквизитам документа, удостоверяющего личность.
- 6.5. Если **Пациент** после заключения договора отказывается от получения медицинских услуг, договор с **Заказчиком** расторгается. **Исполнитель** информирует об этом **Заказчика** в письменном виде, а он оплачивает фактически понесенные **Исполнителем** расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.
- 6.6. Споры, возникшие между сторонами, разрешаются путем переговоров, направления письменных претензий и привлечения независимой экспертизы. При недостижении согласия спор передается на разрешение в суд в соответствии с действующим законодательством РФ.

7. Заключительные положения

- 7.1. Все приложения, дополнительные соглашения и протоколы к договору являются неотъемлемой частью договора.
- 7.2. Все изменения и дополнения к настоящему договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих сторон.
- 7.3. Настоящий договор составлен в 3 экземплярах, один из которых находится у **Исполнителя**, второй - у **Заказчика**, а третий - у **Пациента**.
- 7.4. **Исполнитель** обязуется хранить в тайне любую информацию и данные, предоставляемые в связи с исполнением договора, не раскрывать и не разглашать третьим лицам в целом или частично факты и информацию без предварительного письменного согласия **Пациента**. **Исполнитель** обязуется не использовать факты или информацию, полученные при исполнении Контракта, для любых целей без предварительного согласия **Пациента**.
- Обязательства конфиденциальности, возложенные на **Исполнителя** договором, не распространяются на общедоступную информацию.
- Исполнитель** обеспечивает конфиденциальность персональных данных и их безопасность при обработке в соответствии с законодательством о персональных данных, а также иных сведений, составляющих тайну в соответствии с действующим законодательством, в случае, если при исполнении обязательств по договору требуется доступ к таким данным или такие данные стали известными в процессе исполнения обязательств, предусмотренных договором.
- 7.5. Стороны пришли к соглашению, что со стороны **Исполнителя** настоящий договор может быть подписан с использованием факсимильной подписи.

7.6. **Заказчик и Пациент** подтверждают своё согласие со всеми условиями настоящего Договора, в том числе с условиями оплаты.

8. Реквизиты и подписи сторон

ЗАКАЗЧИК	ИСПОЛНИТЕЛЬ
Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____, именуемый в дальнейшем Пациент, данные документа, удостоверяющего личность (паспорт РФ серия _____ № _____ выдан _____ / Удостоверение личности военнослужащего РФ _____ / Удостоверение личности гражданина РФ на срок оформления паспорта гражданина РФ _____) Зарегистрирован по адресу: _____ Адрес места жительства, иной адрес, на который Исполнитель может направить ответ на письменное обращение _____ Телефон: _____	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарский областной клинический онкологический диспансер» (ГБУЗ СОКОД) Адрес: 443031, г. Самара, ул. Солнечная, 50, Тел: факс:994-03-99, (846) 994-76-58 справочная ОГРН 1036300892044, ИНН 6319077552, КПП 631901001 ОКВЭД 86.10, ОКПО 55919368 Официальный сайт: https://samaraonko.ru/ E-mail: info@samaraonko.ru

ЗАКАЗЧИК
подтверждает своё согласие с условиями Договора, в том числе с условиями оплаты

(подпись) /
Фамилия, имя, отчество (при наличии)

ИСПОЛНИТЕЛЬ

(подпись) /
Фамилия, имя, отчество (при наличии)
М.П.

**«Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Самарский областной клинический онкологический диспансер»
(ГБУЗ СОКОД)»**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ЗАКАЗЧИКА
ОБ ОБЪЕМЕ И УСЛОВИЯХ ОКАЗЫВАЕМЫХ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Я, _____
(Фамилия, имя и отчество (при наличии))

«__» _____ г. рождения,
зарегистрированный по адресу: _____
(адрес места регистрации)

в рамках договора на оказание платных медицинских услуг желаю и даю информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в ГБУЗ СОКОД, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

6. 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 Заказчика и(или) Пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

7. Цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинского вмешательства, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств.

8. Проводимое лечение Пациенту не гарантирует 100% результат и что при проведении медицинского вмешательства и после него, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.

9. Используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ГБУЗ СОКОД не несет ответственности за их возникновение.

10. Для получения лучших результатов лечения Пациент должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.

Я проинформирован(на), что по поводу имеющегося у Пациента заболевания можно получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в ГБУЗ СОКОД.

Я ознакомлен(на) с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость указанной(ых) медицинской(их) услуг(и) в соответствии с ним.

Я подтверждаю, что даю свое согласие на обработку Учреждением моих персональных данных, ставших ему известных, при подписании настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг.

Я ознакомлен(на) и согласен(на) с условиями Договора о предоставлении платных медицинских услуг, в том числе с условиями оплаты.

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения от работников ГБУЗ СОКОД понятны и меня удовлетворяют. Настоящее информированное добровольное согласие подписано мною после проведения предварительной беседы и является приложением к Договору на оказание платных медицинских услуг.

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)
«__» _____ г.
(дата оформления)

Акт об оказании платных медицинских услуг

г. Самара

«__» ____ 202__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарский областной клинический онкологический диспансер», именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, в лице медицинского регистратора _____, действующего на основании Доверенности _____ в соответствии со свидетельством ОГРН 1036300892044 серия 63 № 002562063, выданное Министерством Российской Федерации по налогам и сборам, идентификационный номер налогоплательщика 6319077552, лицензией на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») №Л041-01184-63/00572840 от 24.09.2018 (срок действия - бессрочная), согласно реестру лицензий, лицензирующий орган – Министерство здравоохранения Самарской области, и Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____, именуемый в дальнейшем **Заказчик**, данные документа, удостоверяющего личность (паспорт РФ серия _____ № _____ выдан _____ / Удостоверение личности военнослужащего РФ _____ / Удостоверение личности гражданина РФ на срок оформления паспорта гражданина РФ _____), совместно именуемые **Стороны**, составили настоящий акт о нижеследующем:

1. Исполнитель оказал Пациенту (Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____) Медицинские услуги по договору об оказании платных медицинских услуг № _____ от «__» ____ г. (далее - Договор):

№п/п	Код услуги	Наименование услуги	Цена услуги (руб.)
1			
2			

Стоимость оказанных услуг согласно Договору составила _____ (_____) рублей.

2. Указанные в п.1 настоящего акта услуги, оказаны Пациенту в полном объеме «__» ____ г.

3. Заказчик замечаний, претензий по количеству и качеству Медицинских услуг, оказанных Исполнителем, в том числе к лекарственным препаратам, не имеет.

4. Настоящий акт составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон.

Подписи сторон:

Заказчик _____ / _____

Исполнитель _____ / _____

Акт об оказании платных медицинских услуг

г. Самара

«__» ____ 202__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарский областной клинический онкологический диспансер», именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, в лице медицинского регистратора _____, действующего на основании Доверенности _____ в соответствии со свидетельством ОГРН 1036300892044 серия 63 № 002562063, выданное Министерством Российской Федерации по налогам и сборам, идентификационный номер налогоплательщика 6319077552, лицензией на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») №Л041-01184-63/00572840 от 24.09.2018 (срок действия - бессрочная), согласно реестру лицензий, лицензирующий орган – Министерство здравоохранения Самарской области, и Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____, именуемый в дальнейшем **Заказчик**, данные документа, удостоверяющего личность (паспорт РФ серия _____ № _____ выдан _____ / Удостоверение личности военнослужащего РФ _____ / Удостоверение личности гражданина РФ на срок оформления паспорта гражданина РФ _____), совместно именуемые **Стороны**, составили настоящий акт о нижеследующем:

1. Исполнитель оказал Пациенту (Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____) Медицинские услуги по договору об оказании платных медицинских услуг № _____ от «__» ____ г. (далее - Договор):

№п/п	Код услуги	Наименование услуги	Цена услуги (руб.)
1			
2			

Стоимость оказанных услуг согласно Договору составила _____ (_____) рублей.

2. Указанные в п.1 настоящего акта услуги, оказаны Пациенту в полном объеме «__» ____ г.

3. Заказчик замечаний, претензий по количеству и качеству Медицинских услуг, оказанных Исполнителем, в том числе к лекарственным препаратам, не имеет.

4. Настоящий акт составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон.

Подписи сторон:

Заказчик _____ / _____

Исполнитель _____ / _____

Приложение № 4

УТВЕРЖДЕНО

приказом главного врача

ГБУЗ СОКОД

от 31.08.2026 № 2480/г

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № _____

к договору на оказание платных медицинских услуг от « _____ » _____ г. № _____

г. Самара

« _____ » _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарский областной клинический онкологический диспансер», именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, в лице медицинского регистратора _____, действующего на основании Доверенности _____ в соответствии со свидетельством ОГРН 1036300892044 серия 63 № 002562063, выданное Министерством Российской Федерации по налогам и сборам, идентификационный номер налогоплательщика 6319077552, лицензией на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») №Л041-01184-63/00572840 от 24.09.2018 (срок действия - бессрочная), согласно реестру лицензий, лицензирующий орган – Министерство здравоохранения Самарской области, и Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____ 00.00.0000, именуемый в дальнейшем **Пациент**, данные документа, удостоверяющего личность (паспорт РФ серия _____ № _____ выдан _____ / Удостоверение личности военнослужащего РФ _____ /

Удостоверение личности гражданина РФ на срок оформления паспорта гражданина РФ _____), в дальнейшем совместно именуемые «Стороны», заключили дополнительное соглашение о нижеследующем.

1. Стороны пришли к соглашению внести изменения в договор на оказание платных медицинских услуг от « _____ » _____ г. № _____ (далее – Договор):

1.1. Пункт 1.1. Договора изложить в следующей редакции:

«1.1. **Исполнитель** оказывает **Пациенту** медицинскую помощь, включающую предоставление следующей медицинской услуги:

№п/п	Код услуги	Наименование услуги	Цена услуги (руб.)
1			
2			

(далее – медицинская услуга).».

1.2. Пункт 2.1. Договора изложить в следующей редакции:

«2.1. Стоимость медицинских(ой) услуг(и), указанных(ой) в п. 1.1. настоящего Договора, составляет _____ рублей _____ коп. (_____) рублей _____ коп. в соответствии с действующим прейскурантом на платные услуги, оказываемые ГБУЗ СОКОД (п. _____).»

2. Стороны пришли к соглашению, что все условия Договора, которые Стороны не изменили в настоящем дополнительном соглашении, остаются неизменными.

3. Настоящее дополнительное соглашение вступает в силу с момента его подписания Сторонами и является неотъемлемой частью договора.

4. Настоящее дополнительное соглашение составлено в 2 экземплярах, один из которых находится у **Исполнителя**, второй - у **Пациента**.

Реквизиты и подписи сторон

ПАЦИЕНТ	ИСПОЛНИТЕЛЬ
Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____, именуемый в дальнейшем Пациент, данные документа, удостоверяющего личность (паспорт РФ серия _____ № _____ выдан _____ / Удостоверение личности военнослужащего РФ _____ / Удостоверение личности гражданина РФ на срок оформления паспорта гражданина РФ _____) Зарегистрирован по адресу: _____ Адрес места жительства, иной адрес, на который Исполнитель может направить ответ на письменное обращение _____ Телефон: _____	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарский областной клинический онкологический диспансер» (ГБУЗ СОКОД) Адрес: 443031, г. Самара, ул. Солнечная, 50, Тел: факс: 994-03-99, (846) 994-76-58 справочная ОГРН 1036300892044, ИНН 6319077552, КПП 631901001 ОКВЭД 86.10, ОКПО 55919368 Официальный сайт: https://samaraonko.ru/ E-mail: info@samaraonko.ru

ПАЦИЕНТ

подтверждает своё согласие с условиями Дополнительного соглашения

_____/_____
(подпись) Фамилия, имя, отчество (при наличии)

ИСПОЛНИТЕЛЬ

_____/_____
Фамилия, имя, отчество (при наличии)

М.П.

Приложение № 5

УТВЕРЖДЕНО

приказом главного врача

ГБУЗ СОКОД

от 31.08.2026 № 2480/г

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № _____

к договору на оказание платных медицинских услуг третьему лицу от « _____ » _____ г. № _____

г. Самара

« _____ » _____ 20 ____ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарский областной клинический онкологический диспансер», именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, в лице медицинского регистратора _____, действующего на основании Доверенности _____ в соответствии со свидетельством ОГРН 1036300892044 серия 63 № 002562063, выданное Министерством Российской Федерации по налогам и сборам, идентификационный номер налогоплательщика 6319077552, лицензией на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») №Л041-01184-63/00572840 от 24.09.2018 (срок действия - бессрочная), согласно реестру лицензий, лицензирующий орган – Министерство здравоохранения Самарской области, и Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____, именуемый в дальнейшем **Заказчик**, данные документа, удостоверяющего личность (паспорт РФ серия _____ № _____ выдан _____ / Удостоверение личности военнослужащего РФ _____ / Удостоверение личности гражданина РФ на срок оформления паспорта гражданина РФ _____), совместно именуемые **Стороны**, заключили дополнительное соглашение о нижеследующем.

2. Стороны пришли к соглашению внести изменения в договор на оказание платных медицинских услуг третьему лицу от « _____ » _____ г. № _____ (далее – Договор):

1.2. Пункт 1.1. Договора изложить в следующей редакции:

«1.1. **Заказчик** поручает, а **Исполнитель** оказывает Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____, данные документа, удостоверяющего личность (паспорт РФ серия _____ № _____ выдан _____ / Удостоверение личности военнослужащего РФ _____ / Удостоверение личности гражданина РФ на срок оформления паспорта гражданина РФ _____), именуемому в дальнейшем – **Пациент**) медицинскую помощь, включающую предоставление следующей медицинской услуги:

№п/п	Код услуги	Наименование услуги	Цена услуги (руб.)
1			
2			

(далее – медицинская услуга)».

4.2. Пункт 2.1. Договора изложить в следующей редакции:

«2.1. Стоимость медицинских(ой) услуг(и), указанных(ой) в п. 1.1. настоящего Договора, составляет _____ рублей _____ коп. (_____) рублей _____ коп. в соответствии с действующим прейскурантом на платные услуги, оказываемые ГБУЗ СОКОД (п. _____).»

5. Стороны пришли к соглашению, что все условия Договора, которые Стороны не изменили в настоящем дополнительном соглашении, остаются неизменными.

6. Настоящее дополнительное соглашение вступает в силу с момента его подписания Сторонами и является неотъемлемой частью договора.

7. Настоящее дополнительное соглашение составлено в 2 экземплярах, один из которых находится у **Исполнителя**, второй - у **Пациента**.

Реквизиты и подписи сторон

ЗАКАЗЧИК	ИСПОЛНИТЕЛЬ
Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____, именуемый в дальнейшем Пациент, данные документа, удостоверяющего личность (паспорт РФ серия _____ № _____ выдан _____ / Удостоверение личности военнослужащего РФ _____ / Удостоверение личности гражданина РФ на срок оформления паспорта гражданина РФ _____) Зарегистрирован по адресу: _____ Адрес места жительства, иной адрес, на который Исполнитель может направить ответ на письменное обращение _____ Телефон: _____	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарский областной клинический онкологический диспансер» (ГБУЗ СОКОД) Адрес: 443031, г. Самара, ул. Солнечная, 50, Тел: факс: 994-03-99, (846) 994-76-58 справочная ОГРН 1036300892044, ИНН 6319077552, КПП 631901001 ОКВЭД 86.10, ОКПО 55919368 Официальный сайт: https://samaraonko.ru/ E-mail: info@samaraonko.ru

ЗАКАЗЧИК

подтверждает своё согласие с условиями Дополнительного соглашения

_____/_____
(подпись) Фамилия, имя, отчество (при наличии)

ИСПОЛНИТЕЛЬ

_____/_____
Фамилия, имя, отчество (при наличии)

М.П.

(подпись)

Приложение № 6

УТВЕРЖДЕНО

приказом главного врача

ГБУЗ СОКОД

от 31.08.2026 № 248 / гСОГЛАШЕНИЕ О РАСТОРЖЕНИИ
договора оказания платных медицинских услуг

г. Самара

«__» _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарский областной клинический онкологический диспансер», именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, в лице медицинского регистратора _____, действующего на основании Доверенности _____ в соответствии со свидетельством ОГРН 1036300892044 серия 63 № 002562063, выданное Министерством Российской Федерации по налогам и сборам, идентификационный номер налогоплательщика 6319077552, лицензией на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») №Л041-01184-63/00572840 от 24.09.2018 (срок действия - бессрочная), согласно реестру лицензий, лицензирующий орган – Министерство здравоохранения Самарской области, и Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____ 00.00.0000, именуемый в дальнейшем **Пациент**, данные документа, удостоверяющего личность (паспорт РФ серия _____ № _____ выдан _____ / Удостоверение личности военнослужащего РФ _____ /

Удостоверение личности гражданина РФ на срок оформления паспорта гражданина РФ _____), в дальнейшем совместно именуемые «Стороны», заключили настоящее Соглашение о нижеследующем:

1. Стороны расторгают Договор оказания платных медицинских услуг от «__» _____ г. № _____ по соглашению сторон с «__» _____ г.
2. С момента расторжения Договора оказания платных медицинских услуг от «__» _____ г. № _____ обязательства Сторон считаются прекращенными, взаимных претензий друг к другу не имеют.
3. Настоящее Соглашение является неотъемлемой частью Договора на оказание платных медицинских услуг от " " _____ г. N _____.
4. Настоящее Соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, один экземпляр – **Исполнителю**, второй экземпляр - **Пациенту**.

Реквизиты и подписи сторон

ПАЦИЕНТ	ИСПОЛНИТЕЛЬ
Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____, именуемый в дальнейшем Пациент, данные документа, удостоверяющего личность (паспорт РФ серия _____ № _____ выдан _____ / Удостоверение личности военнослужащего РФ _____ / Удостоверение личности гражданина РФ на срок оформления паспорта гражданина РФ _____) Зарегистрирован по адресу: _____ Адрес места жительства, иной адрес, на который Исполнитель может направить ответ на письменное обращение _____ Телефон: _____	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарский областной клинический онкологический диспансер» (ГБУЗ СОКОД) Адрес: 443031, г. Самара, ул. Солнечная, 50, Тел: факс: 994-03-99, (846) 994-76-58 справочная ОГРН 1036300892044, ИНН 6319077552, КПП 631901001 ОКВЭД 86.10, ОКПО 55919368 Официальный сайт: https://samaraonko.ru/ E-mail: info@samaraonko.ru

ПАЦИЕНТ

подтверждает своё согласие с условиями
Соглашения о расторжении

(подпись) / Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

ИСПОЛНИТЕЛЬ

(подпись) / Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____
М.П.

Приложение № 7

УТВЕРЖДЕНО

приказом главного врача

ГБУЗ СОКОД

от 31.08.2026 № 248 /гСОГЛАШЕНИЕ О РАСТОРЖЕНИИ
договора оказания платных медицинских услуг третьему лицу

г. Самара

«__» _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарский областной клинический онкологический диспансер», именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, в лице медицинского регистратора _____, действующего на основании Доверенности _____ в соответствии со свидетельством ОГРН 1036300892044 серия 63 № 002562063, выданное Министерством Российской Федерации по налогам и сборам, идентификационный номер налогоплательщика 6319077552, лицензией на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») №Л041-01184-63/00572840 от 24.09.2018 (срок действия - бессрочная), согласно реестру лицензий, лицензирующий орган – Министерство здравоохранения Самарской области, и Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____, именуемый в дальнейшем **Заказчик**, данные документа, удостоверяющего личность (паспорт РФ серия _____ № _____ выдан _____ / Удостоверение личности военнослужащего РФ _____ / Удостоверение личности гражданина РФ на срок оформления паспорта гражданина РФ _____), совместно именуемые **Стороны**, заключили настоящее Соглашение о нижеследующем:

1. **Стороны** расторгают Договор оказания платных медицинских услуг третьему лицу от «__» _____ г. № _____ по соглашению сторон с «__» _____ г.
2. С момента расторжения Договора оказания платных медицинских услуг третьему лицу от «__» _____ г. № _____ обязательства Сторон считаются прекращенными, взаимных претензий друг к другу не имеют.
3. Настоящее Соглашение является неотъемлемой частью Договора на оказание платных медицинских услуг третьему лицу от "___" _____ г. N ____.
4. Настоящее Соглашение составлено в 3 экземплярах, один из которых находится у **Исполнителя**, второй - у **Заказчика**, а третий – у **Пациента**.

Реквизиты и подписи сторон

ЗАКАЗЧИК	ИСПОЛНИТЕЛЬ
Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____, именуемый в дальнейшем Пациент, данные документа, удостоверяющего личность (паспорт РФ серия _____ № _____ выдан _____ / Удостоверение личности военнослужащего РФ _____ / Удостоверение личности гражданина РФ на срок оформления паспорта гражданина РФ _____) Зарегистрирован по адресу: _____ Адрес места жительства, иной адрес, на который Исполнитель может направить ответ на письменное обращение _____ Телефон: _____	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарский областной клинический онкологический диспансер» (ГБУЗ СОКОД) Адрес: 443031, г. Самара, ул. Солнечная, 50, Тел: факс: 994-03-99, (846) 994-76-58 справочная ОГРН 1036300892044, ИНН 6319077552, КПП 631901001 ОКВЭД 86.10, ОКПО 55919368 Официальный сайт: https://samaraonko.ru/ E-mail: info@samaraonko.ru

ЗАКАЗЧИК

подтверждает своё согласие с условиями
Соглашения о расторжении

_____/_____
(подпись) / Фамилия, имя, отчество (при наличии)

ИСПОЛНИТЕЛЬ

_____/_____
Фамилия, имя, отчество (при наличии)
М.П.

(подпись)

Приложение № 8

УТВЕРЖДЕНО

приказом главного врача

ГБУЗ СОКОД

от 31.08.2026 № 2480/г

ДОГОВОР № ____ на оказание медицинских услуг

г. Самара

« ____ » _____ 20 ____ г.

_____, именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны, и Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарский областной клинический онкологический диспансер» (далее – ГБУЗ СОКОД), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», действующее в соответствии со свидетельством ОГРН 1036300892044 серия 63 № 002562063, выданное Министерством Российской Федерации по налогам и сборам, идентификационный номер налогоплательщика 6319077552, лицензией на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») №Л041-01184-63/00572840 от 24.09.2018 (срок действия - бессрочная), согласно реестру лицензий, лицензирующий орган – Министерство здравоохранения Самарской области, в лице главного врача Каганова Олега Игоревича, действующего на основании Устава, с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. На основании добровольного волеизъявления Заказчик поручает, а Исполнитель принимает на себя обязательство оказывать медицинские услуги пациентам Заказчика, согласно направлению Заказчика, в рамках разрешенных Исполнителю видов деятельности (согласно лицензии №Л041-01184-63/00572840 от 24.09.2018), а Заказчик обязуется оплатить, оказанные медицинские услуги в соответствии с Прейскурантом на платные услуги, оказываемые ГБУЗ СОКОД, утвержденным главным врачом ГБУЗ СОКОД (далее – Прейскурант) (Приложение № 1), являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.2. Перечень работ в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») №Л041-01184-63/00572840 от 24.09.2018 (срок действия - бессрочная), согласно реестру лицензий, лицензирующий орган – Министерство здравоохранения Самарской области: При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; вакцинации (проведению профилактических прививок); гистологии; лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; медицинской микробиологии; медицинской статистике; медицинскому массажу; рентгенологии; сестринскому делу; физиотерапии; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); 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); аллергологии и иммунологии; анестезиологии и реаниматологии; гастроэнтерологии; генетике; дерматовенерологии; диетологии; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; клинической фармакологии; косметологии; лабораторной генетике; лечебной физкультуре; медицинской микробиологии; медицинской реабилитации; медицинской статистике; неврологии; нейрохирургии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации); офтальмологии; патологической анатомии; пластической хирургии; профпатологии; психиатрии; психиатрии-наркологии; психотерапии; радиологии; рентгенологии; сердечно-сосудистой хирургии; спортивной медицине; стоматологии общей практики; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; торакальной хирургии; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; челюстно-лицевой хирургии; эндокринологии; эндоскопии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: онкологии; При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: онкологии; радиологии; радиотерапии; сестринскому делу; хирургии; при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); аллергологии и иммунологии; анестезиологии и реаниматологии; гастроэнтерологии; генетике; гериатрии; дерматовенерологии; диетологии; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; клинической фармакологии; лабораторной генетике; лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; медицинской микробиологии; медицинской реабилитации; медицинской статистике; медицинскому массажу; неврологии; нейрохирургии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации);

офтальмологии; патологической анатомии; пластической хирургии; психотерапии; радиологии; радиотерапии; рентгенологии; рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению; сердечно-сосудистой хирургии; сестринскому делу; спортивной медицине; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; терапии; торакальной хирургии; травматологии и ортопедии; трансфузиологии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; челюстно-лицевой хирургии; эндокринологии; эндоскопии; при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: онкологии; при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по: нейрохирургии; онкологии; торакальной хирургии; челюстно-лицевой хирургии; При оказании паллиативной медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; медицинской реабилитации; медицинской статистике; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; психотерапии; сестринскому делу; терапии; хирургии; 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 (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым); медицинским осмотрам профилактическим.

1.3. Услуги оказываются по месту нахождения **Исполнителя**, а именно по адресу: Российская Федерация, город Самара, улица Солнечная, дом 50

1.4. Медицинские услуги оказываются при наличии Направления, которое должно содержать следующие сведения: наименование и печать Заказчика, наименование услуги, сведения о пациенте.

1.5. Исполнитель оказывает медицинские услуги согласно направлению в строгом соответствии с перечнем услуг, указанным в направлении Заказчика.

1.6. Срок предоставления Исполнителем медицинских(ой) услуг(и): _____.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1 Оказать медицинские(ую) услуги(у) надлежащего качества в соответствии и с учетом порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи (при наличии) и клинических рекомендаций в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») №Л041-01184-63/00572840 от 24.09.2018 (срок действия - бессрочная), согласно реестру лицензий, лицензирующий орган – Министерство здравоохранения Самарской области.

2.1.2 Обеспечить Заказчика необходимой бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя:

- информацией об обстоятельствах, которые могут привести к нарушению требований стандартов, сокращению вида, объема и изменению срока оказываемых медицинских услуг;
- порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), в соответствии и с учетом которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
- информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (об уровне его профессионального образования и о квалификации);
- информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- другие сведения, относящиеся к предмету договора и предусмотренные Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

2.1.3 Обеспечивать соблюдение прав Заказчика, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

2.1.4 Соблюдать сроки оказания услуг по настоящему Договору.

2.1.5 Предоставлять **Заказчику** по его заявлению после исполнения договора медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние 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, в соответствии с действующим законодательством РФ.

2.1.6 В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, предупредить об этом Заказчика. При согласии Заказчика оформить дополнительное соглашение к договору с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости.

2.1. **Исполнитель** имеет право:

2.1.1. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в т.ч. и не предусмотренной договором.

2.1.2. Требовать от **Заказчика** надлежащего исполнения обязанностей, взятых на себя по настоящему Договору.

2.1.3. В зависимости от качества представленных на исследование биоматериалов, необходимости проведения дополнительных исследований для верификации диагноза, **Исполнитель** имеет право увеличить срок оказания медицинских услуг не более чем на 30 дней рабочих.

Заказчик о возможности увеличения срока оказания медицинских услуг не более чем на 30 рабочих дней уведомлен и выражает на это свое согласие: √ (подпись).

2.2. Заказчик обязуется:

2.2.1. Организовать доставку пациентов по месту расположения Исполнителя за счет средств Пациента.

2.2.2. Обеспечить оплату стоимости оказываемых медицинских услуг в порядке, установленном настоящим Договором.

2.2.3. Предоставлять Исполнителю достоверные сведения, необходимые для заключения и исполнения настоящего Договора.

2.2.4. Выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное оказание медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений.

2.2.5. В соответствии с частью 3 статьи 27 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обеспечить соблюдение пациентом режима лечения, в том числе определенного на период их временной нетрудоспособности, и правил поведения пациента в ГБУЗ СОКОД (Правила внутреннего распорядка для пациентов при оказании стационарной и амбулаторно-поликлинической медицинской помощи).

2.3. **Заказчик** имеет право:

2.3.1. Требовать предоставления услуг надлежащего качества.

2.3.2. Заказчик вправе направить обращение (жалобу) по вопросу предоставления платных медицинских услуг:

- в министерство здравоохранения Самарской области по адресу: 443020, г. Самара, ул. Ленинская, 73; телефон (846) 333-00-16, телефон «Горячей линии» (846) 307-77-99, электронная почта: zdravso@samregion.ru; официальный сайт: <https://minzdrav.samregion.ru/>

- в ТФОМС Самарской области по адресу: 443030, г. Самара, ул. Владимирская, д. 60; телефон: (846)998-27-40, (846)339-15-01; электронная почта: general@samtfoms.ru; официальный сайт: samtfoms.ru.

- в Территориальный орган Росздравнадзора по Самарской области по адресу: 443041, г. Самара, ул. Арцыбушевская, д.13; телефон: (846) 333-20-87, электронная почта: samara@reg63.roszdravnadzor.gov.ru; официальный сайт: <https://63reg.roszdravnadzor.gov.ru/>;

- в Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Самарской области по адресу: 443079, г. Самара, проезд Георгия Митирева, д. 1; телефон: (846) 260-50-25, (846) 260-37-99, (800) 555-49-43, (846) 260-38-25, (846) 260-38-05; электронная почта: sancntr@fnsamara.ru; официальный сайт: <https://63.rospotrebnadzor.ru/>

- в ГБУЗ СОКОД по адресу: 443031, г. Самара, ул. Солнечная, 50, тел./ факс:994-03-99, электронная почта: info@samaraonko.ru.

3. Цена Договора и порядок расчетов

3.1. Стоимость услуг, предоставляемых Исполнителем по настоящему Договору, составляет _____ (_____) рублей _____ копеек, НДС не облагается (основание: пп.2 п.2 ст.149 Налогового кодекса РФ).

3.2. Исполнитель выставляет Заказчику счет и акт оказанных медицинских услуг за оказанные в течение месяца услуги не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным. Заказчик в 5-дневный срок с момента получения счета и акта оказанных медицинских услуг, подписывает акт оказанных медицинских услуг, либо дает мотивированный отказ. В случае не получения в указанный срок подписанного акта оказанных медицинских услуг или мотивированного отказа, медицинские услуги считаются принятым Заказчиком.

3.3. Заказчик оплачивает оказанные медицинские услуги на основании счета и акта оказанных медицинских услуг, выставленных Исполнителем, в соответствии с действующим на момент оказания медицинской услуги прейскурантом на платные медицинские услуги, оказываемые ГБУЗ СОКОД, утвержденным главным врачом ГБУЗ СОКОД (Приложение № 2), являющимся неотъемлемой частью настоящего договора в объеме 100%.

В случае изменения Прейскуранта Исполнитель обязуется уведомить Заказчика за 7 (Семь) дней до его введения в действие. Электронная версия Прейскуранта предоставляется в формате Excel с последующей передачей заверенного оригинала по почте или посредством курьерской доставки.

3.4. Расчёты за оказанные медицинские услуги производятся в течение 10 (Десяти) календарных дней с момента получения счета и акта оказанных медицинских услуг. Отказ в оплате, поступивший Исполнителю позже оговоренного срока считается немотивированным.

3.5. В случае отсутствия оплаты счета свыше 10 (Десяти) календарных дней после получения счета и акта оказанных медицинских услуг, Исполнитель имеет право приостановить оказание медицинских услуг пациентам Заказчика.

4. Информация о предоставляемой медицинской услуге

4.1. Медицинская услуга не оказывается, если у Пациента имеются острые воспалительные заболевания.

4.2. Перед оказанием медицинской услуги врач-специалист устанавливает отсутствие противопоказаний, путем опроса Пациента.

4.3. Медицинская услуга оказывается врачом-специалистом с соответствующим уровнем профессионального образования и соответствующей квалификацией.

4.4. В связи с оказанием медицинской услуги в предусмотренных нормативными актами случаях, Пациенту по его требованию выдается листок нетрудоспособности.

4.5. **Заказчик** уведомлен надлежащим образом до заключения настоящего Договора о том, что несоблюдение назначений (рекомендаций) **Исполнителя** (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 **Пациента**.

4.6. **Заказчик** проинформирован надлежащим образом 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, ознакомлен со сведениями об **Исполнителе**, с перечнем платных медицинских услуг, стоимостью платных медицинских услуг, уведомлен о сроках и порядке их оплаты, срока предоставления платных медицинских услуг, об ответственности сторон за невыполнение условий договора, порядке изменений и расторжений договора и порядке и условиях выдачи **Заказчика и(или) Пациенту (законному представителю)** после исполнения договора исполнителем медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья потребителя после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах медицинского обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы, в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.7. **Заказчик** уведомлен надлежащим образом о том, что в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Решение о медицинском вмешательстве без согласия гражданина или законного представителя принимается только по основаниям, установленным статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4.8. **Заказчик** подтверждает, что ознакомлен с дополнительной информацией, касающейся особенностей данных(ой) медицинских(ой) услуг(и) и условий их(ее) предоставления.

4.9. **Заказчик** уведомлен надлежащим образом и согласен с тем, что оказываемые медицинские(ая) услуги(а) не гарантируют(ет) 100% результат и при проведении медицинского вмешательства и после него, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.

4.10. **Заказчик** уведомлен надлежащим образом и согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, **Исполнитель** не несет ответственности за их возникновение.

4.11. **Заказчик** уведомлен надлежащим образом и согласен с тем, что для получения лучших результатов медицинского вмешательства **Пациент** должен исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.

4.12. **Заказчик** согласен и проинформирован надлежащим образом о том, что по поводу имеющегося у **Пациента** заболевания он может получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждает свое согласие на получение указанной медицинской услуги у **Исполнителя**.

4.13. **Заказчик** подтверждает, что **Исполнитель** проинформировал надлежащим образом и предоставил ему информацию в доступной форме о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

- порядок оказания медицинской помощи, клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
- информация о конкретном медицинском работнике, представляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- другие сведения, относящиеся к предмету договора.

4.14. **Заказчик** подтверждает, что **Исполнитель** проинформировал надлежащим образом и предоставил ему информацию в доступной форме о том, что 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 **Заказчика** в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи. Просьба оформляется в форме письменного согласия **Заказчика**. Настоящее согласие оформляется при заключении договора на оказание платных медицинских услуг (Приложение к Договору на оказание платных медицинских услуг) и является его неотъемлемой частью.

4.15. **Заказчик** подтверждает, что **Исполнитель** проинформировал надлежащим образом и осознаёт, что сведения о факте обращения, состоянии здоровья, диагнозе и иных данных, полученных при обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Разглашение таких сведений без согласия **Пациента** не допускается, за исключением случаев, предусмотренных частью 4 статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (например: «... по запросу органов дознания, следствия, суда...»).

4.16. **Заказчик** подтверждает, что **Исполнитель** проинформировал надлежащим образом и осознаёт, что при проведении компьютерной томографии имеются противопоказания, в том числе аллергия на йод, высокий уровень креатинина, беременность.

4.17. **Заказчик** подтверждает, что **Исполнитель** проинформировал надлежащим образом и осознаёт, что при проведении магнитно-резонансной томографии имеются противопоказания, в том числе аллергия на контрастные вещества (используемые при исследованиях), высокий уровень креатинина, беременность 1 и 3 триместр (нежелательно проведение МРТ), ограничение по весу - не более 116 кг, наличие брекетов (в случае исследования головного мозга и придаточных пазух носа брекеты создают артефакты), клаустрофобия (выраженная), наличие имплантов не из титана, наличие кардиостимулятора.

5. Ответственность сторон

5.1. Стороны обязуются не разглашать сведения, составляющую коммерческую и врачебную тайну.

5.2. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий данного Договора Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6. Обстоятельства, освобождающие от ответственности

6.1. При возникновении обстоятельств непреодолимой силы, т.е. не зависящих от волеизъявления Сторон (пожар, стихийные бедствия, военные действия, забастовки, массовые волнения) возникших после заключения настоящего Договора и препятствующих выполнению Сторонами своих обязательств по настоящему Договору, выполнение Договора прекращается в соответствии с действующим законодательством.

7. Порядок изменения условий, расторжения или дополнения Договора

7.1. Изменения или дополнения условий настоящего Договора (в том числе реорганизация, смена реквизитов и т.д.) оформляются двусторонним соглашением.

7.2. Расторжение Договора производится по соглашению Сторон, в одностороннем порядке с обязательным уведомлением другой Стороны не менее, чем за 30 дней или по решению суда на основаниях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

7.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору должны быть оформлены в письменном виде и скреплены подписями Сторон.

8. Разрешение споров

8.1. Все споры и разногласия между Сторонами, которые могут возникнуть из настоящего Договора или в связи с ним, должны решаться путём переговоров. Если Стороны не придут к соглашению, дело подлежит передаче на разрешение в Арбитражный суд Самарской области.

8.2. Случаи, не оговоренные условиями настоящего Договора, интерпретируются в соответствии с действующим законодательством РФ.

9. Уведомления

9.1. В соответствии с условиями настоящего Договора любое уведомление, которое одна Сторона направляет другой, высылается в виде письма или телеграммы, телекса, факса с письменным подтверждением по адресу другой Стороны, указанному в настоящем Договоре.

9.2. Уведомление вступает в силу в день его получения.

10. Сроки исполнения услуги

10.1. Договор вступает в законную силу с момента подписания и действует по «_____» _____ 20____ г., а в части финансовых обязательств – до полного исполнения.

10.2. В течение срока действия Договора может быть расторгнут или дополнен по соглашению Сторон. В случае досрочного расторжения Договора, Сторона, настаивающая на этом, должна не менее чем за 30 дней уведомить другую Сторону в письменном виде. При этом взаимные финансовые обязательства действуют до полного завершения взаиморасчетов.

10.3. Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

11. Юридические адреса, банковские и отгрузочные реквизиты Сторон

Заказчик

Заказчик: _____
 Наименование/Ф.И.О.: _____
 Адрес: _____

 ОГРН/ОГРНИП _____
 ИНН _____
 КПП _____
 Р/с _____
 в _____
 К/с _____
 БИК _____
 ОКПО _____
 Телефон: _____
 Адрес электронной почты: _____

Исполнитель

Государственное бюджетное учреждение
 здравоохранения «Самарский областной клинический
 онкологический диспансер» (ГБУЗ СОКОД)
 Адрес: 443031, г. Самара, ул. Солнечная, 50 тел: (846) 994-
 59-60
 Официальный сайт: <https://samaraonko.ru/>
 E-mail: info@samaraonko.ru
 ИНН 6319077552 КПП 631901001
 Получатель: Министерство управления финансами
 Самарской области (Государственное бюджетное
 учреждение здравоохранения «Самарский областной
 клинический онкологический диспансер»,
 л/с № 612.01.011.0)
 Счет
 Единый казначейский счет
 Банк:
 БИК
 КБК
 Главный врач
 _____ /О.И. Каганов /