

Договор N _____
об оказании платных медицинских услуг

г. Москва

"__" _____ г.

_____, именуемый
(-ая) в дальнейшем «Потребитель», с одной стороны, и федеральное
государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский
исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина» Министерства
здравоохранения Российской Федерации, лицензия на осуществление
медицинской деятельности № Л041-00110-50/00575037 от 2 февраля 2021
года, выданная Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения
бессрочно, именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице
_____, действующего на основании
доверенности № _____ от _____ с другой стороны, вместе также
именуемые "Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПОНЯТИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В НАСТОЯЩЕМ ДОГОВОРЕ

- 1.1. Для целей настоящего Договора используются следующие основные
понятия: **платные медицинские услуги** - медицинские услуги,
предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств
граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании
договоров, в том числе договоров добровольного медицинского
страхования; **исполнитель** - медицинская организация, оказывающие
платные медицинские услуги в соответствии с договором;
потребитель - физическое лицо, имеющее намерение получить 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 N 323-ФЗ "Об основах охраны

здоровья граждан в Российской Федерации", исполнитель – Медицинская организация.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 2.1. Исполнитель, в соответствии с медицинской лицензией, на основании обращения Потребителя (или его законного представителя) обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги, именуемые далее «Услуги», отвечающие требованиям законодательства Российской Федерации, предъявляемым к методам диагностики, лечения и реабилитации, силами работников Исполнителя, а Потребитель (или его законный представитель) обязуется оплатить Услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.
- 2.2. Перечень и стоимость Услуг, согласованных с Потребителем (или его законным представителем), содержатся в Приложении (-ях) к настоящему Договору.
- 2.3. Потребитель (или его законный представитель), на момент подписания настоящего Договора, проинформирован о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи в рамках системы обязательного медицинского страхования (ОМС) и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, и дал согласие Исполнителю на получение платных медицинских услуг, путем подписания сторонами направления на оказание платных медицинских услуг.
- 2.4. Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу: 115522, г. Москва, Каширское шоссе, д. 23, в соответствии с Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России, размещенным на сайте в сети Интернет по адресу www.ronc.ru.
- 2.5. Медицинские услуги должны быть предоставлены в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, в том числе предъявляемыми к качеству медицинских услуг.
- 2.6. Сроки оказания медицинских услуг, определяются в соответствии с возможностями медицинской организации и состоянием потребителя. Диагностические услуги оказываются по предварительной записи, консультативные услуги оказываются в соответствии с графиком приема врачей.
- 2.7. Право Исполнителя на оказание Услуг по настоящему договору подтверждается Лицензией на осуществление медицинской деятельности № Л041-00110-50/00575037 от 2 февраля 2021 года.

Лицензия выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, адрес: 109074, г. Москва, Славянская площадь, д.4 стр.1, тел.:+7(495)698-45-38, ,:+7(499)578-02-30. Копия лицензии размещена на Стендах и на Сайте Исполнителя.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

- 3.1.1. Обеспечить Потребителя (или его законного представителя) бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения о:
 - 3.1.1.1. порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;
 - 3.1.1.2. данных о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
 - 3.1.1.3. сведениях о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
 - 3.1.1.4. других сведениях, относящихся к предмету настоящего Договора.
- 3.1.2. При оказании услуг, соблюдать врачебную тайну.
 - 3.1.2.1. до оказания услуг в письменной форме уведомить Потребителя (или его законного представителя) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника Исполнителя, непосредственно оказывающего Услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой Услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.
 - 3.1.2.2. По факту оказания услуг или в иной период после оказания услуг по письменному заявлению Потребителя (или его законного представителя), представлять Потребителю (или его законному представителю), медицинские документы копии медицинских документов) установленного образца, свидетельствующие об оказании услуг и их результатах, за исключением подлинников документов или подлинников результатов исследований/обследований, которые подлежат хранению в лечебных учреждениях.
- 3.1.3. При наличии согласия информировать Потребителя (или его законного представителя) и заинтересованных лиц, уполномоченных Потребителем (или его законным представителем) или действующим законодательством о ходе оказания услуг, включая государственные и судебные органы.

- 3.1.4. Предоставить в доступной форме информацию 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.
 - 3.1.5. Представлять для ознакомления по требованию Потребителя (или его законного представителя):
 - 3.1.5.1. информацию об Исполнителе;
 - 3.1.5.2. копию лицензии на осуществление медицинской деятельности.
 - 3.1.6. Соблюдать порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.
 - 3.1.7. При обращении Потребителя (или его законного представителя) выдать комплект документов, необходимых для получения социального налогового вычета.
- 3.2. Потребитель (или его законный представитель) обязуется:**
- 3.2.1. В целях выявления обстоятельств, способных оказать на качество оказания услуг или препятствовать оказанию услуг по настоящему договору, предоставить Исполнителю всю известную Потребителю и достоверную информацию о состоянии и особенностях своего здоровья и причинах обращения к Исполнителю. Предоставить Исполнителю необходимые документы и материалы, необходимые для надлежащего оказания услуг.
 - 3.2.2. Своевременно, в полном объеме оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.
 - 3.2.3. Подписать представленный Исполнителем Акт об оказании услуг, фактически оказанных Исполнителем в день получения данного акта. В случае немотивированного отказа в подписании Потребителем Акта об оказании услуг, уполномоченное лицо Исполнителя делает соответствующую отметку на подлинном экземпляре Акта об оказании услуг, а услуги, указанные в таком Акте об оказании услуг считаются принятыми и подлежащими оплате Потребителем или его законным представителем.
 - 3.2.4. Не выносить медицинскую документацию (медицинскую карту Потребителя, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, медицинскую карту стационарного больного, подлинники результатов исследований и заключений и иное) за пределы здания Исполнителя.
 - 3.2.5. Информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;
 - 3.2.6. Соблюдать правила поведения пациентов в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения;

3.2.7. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, выполнять все рекомендации медицинского персонала, оказывающих ему по настоящему Договору медицинские услуги, по лечению, в том числе соблюдать указания медицинского учреждения, предписанные на период после оказания услуг.

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. Получать от Потребителя (или его законного представителя) любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредставления либо неполного или неверного предоставления Потребителем (или его законным представителем) информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

3.3.2. Требовать от Потребителя (или его законного представителя) соблюдения Правил оказания медицинских услуг.

3.3.3. Своевременно получать оплату за оказание услуг по настоящему Договору.

3.3.4. При нарушении Потребителем (или его законным представителем) сроков и условий оплаты цены настоящего Договора Исполнитель вправе приостановить оказание Услуг по настоящему Договору до фактического погашения Потребителем (или его законным представителем) задолженности перед Исполнителем.

3.3.5. Исполнитель для оказания услуг в части исследования биоматериала имеет право привлекать соисполнителя.

3.3.6. При выявлении обстоятельств, делающих невозможным дальнейшее оказание услуг по настоящему договору, либо установлении необходимости оказания медицинской помощи не соответствующей профилю Исполнителя, приостановить оказание услуг до определения дальнейшего порядка оказания медицинской помощи Потребителю, в том числе организации перевода Потребителя в профильное медицинское учреждение.

3.3.7. В случаях, когда состояние Потребителя не позволяет выразить волю, а медицинское вмешательство необходимо для устранения угрозы его жизни, Исполнитель осуществляет такие действия на основаниях и в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации, с последующим уведомлением об этом Потребителя.

3.4. Потребитель (или его законный представитель) имеет право:

3.4.1. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

3.4.2. Отказаться от оказания Исполнителем запланированных услуг, оформив такой отказ в письменной форме. В этом случае

- Исполнитель информирует Потребителя о возможных последствиях такого отказа и фиксирует такой факт в медицинской документации.
- 3.4.3. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.
 - 3.4.4. Предоставление Исполнителем дополнительных услуг, которое оформляется дополнительным соглашением Сторон и оплачивается дополнительно.
 - 3.4.5. Получить возврат излишне уплаченных денежных средств в порядке, по основаниям и на условиях, установленных в Положении о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России.

4. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА

- 4.1. Консультативные услуги предоставляются Исполнителем в соответствии с графиком приема пациентов. Диагностические услуги, оказываются Исполнителем по предварительной записи или в соответствии с графиком, в зависимости от сложности процедуры. Информация о графике работы Исполнителя размещается на стендах на территории Исполнителя в общедоступных местах, а также на сайте в сети Интернет по адресу www.ronc.ru.
- 4.2. Цену настоящего договора составляет стоимость фактически оказанных Исполнителем Потребителю в период действия Договора услуг, которая определяется согласно действующему на момент оказания услуг Прейскуранту.
- 4.3. Подписанием настоящего договора Потребитель (или его законный представитель) подтверждает свое ознакомление со стоимостью медицинских услуг, установленных Прейскурантом.
- 4.4. Стоимость услуг оплачивается Потребителем (или его законным представителем) в рублях, путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, указанный в разделе 10 настоящего договора. Обязанность по оплате считается исполненной с даты зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.
- 4.5. Стоимость услуг определяется на основании утвержденного прейскуранта, ознакомиться с которым Потребитель (или его законный представитель) может на стенде, размещенном в общедоступных местах Исполнителя, а также на сайте в сети Интернет по адресу www.ronc.ru.

- 4.6. Исполнителем, формируется Дополнительное соглашение (приложение № 1 к настоящему Договору), содержащий наименование и стоимость услуг и направление, являющееся основанием для оплаты медицинских услуг.
- 4.7. Потребитель производит предварительную оплату планируемых услуг (авансовый платеж) в размере _____ руб. ___ коп.
- 4.8. Потребитель по своему усмотрению вправе дополнительно внести на расчетный счет Исполнителя авансовый платеж в любом размере в счет оплаты услуг в будущих периодах, уведомив Исполнителя при внесении средств (либо указав в платежном поручении) о том, что данные средства вносятся в качестве авансового платежа. В этом случае списание авансовых средств в счет оплаты услуг осуществляется на основании фактически оказанных Исполнителем Потребителю услуг, зафиксированных в Акте об оказании услуг.
- 4.9. При оказании стационарных медицинских услуг Исполнитель производит предварительный расчет стоимости услуг. В день выписки Потребителя из стационара Исполнитель предоставляет Потребителю (или его законному представителю) Акт об оказанных медицинских услугах, на основании которого производится перерасчет стоимости медицинских услуг.
- 4.10. Подписываемый Сторонами Акт об оказанных медицинских услугах является подтверждением оказания услуг Исполнителем Потребителю (или его законному представителю).
- 4.11. Потребитель (или его законный представитель) обязуется рассмотреть и подписать Акт об оказанных медицинских услугах, представленный Исполнителем в день получения Акта при условии отсутствия у Потребителя (или его законного представителя) каких-либо замечаний к оказанным Исполнителем услугам. При наличии замечаний к оказанным Исполнителем услугам, Потребитель (или его законный представитель) предоставляет такие замечания в письменном виде Исполнителю в день получения Акта. При отсутствии замечаний Потребителя, Акт считается подписанным без замечаний.
- 4.12. Потребитель (или его законный представитель) обязуется произвести окончательный расчет за оказанные услуги в день подписания Акта об оказанных медицинских услугах.
- 4.13. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг с учетом уточненного диагноза, сложности операции и иных затрат на лечение Потребителя, не предусмотренных

настоящим Договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя (или его законного представителя).

- 4.14. Без согласия Потребителя (или его законного представителя) Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.
- 4.15. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
- 4.16. К отношениям, связанным с исполнением настоящего Договора, применяются положения Закона Российской Федерации от 07.02.1992 N 2300-1 "О защите прав потребителей".
- 4.17. До заключения настоящего Договора Исполнитель в письменной форме уведомляет Потребителя (или его законного представителя) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (работающего у него медицинского работника), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

5. РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

- 5.1. Потребитель (или его законный представитель) в любое время, до фактического оказания услуг, возместив Исполнителю фактически понесенные расходы, может отказаться от исполнения настоящего Договора путем направления (передачи) Исполнителю письменного заявления об отказе от Договора. Договор прекращает действие (утрачивает свою юридическую силу) с момента подписания Сторонами соглашения о расторжении договора оказания платных медицинских услуг.
- 5.2. Возврат денежных средств, за не оказанные по Договору услуги, производится на основании заявления Потребителя (или его законного представителя) с приложением документов, подтверждающих произведенную оплату, в соответствии с Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение принятых на себя обязательств стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
- 6.2. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики, лечения и реабилитации, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя.
- 6.3. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам оказания услуг Потребитель (или его законный представитель) вправе по своему выбору:
 - назначить новый срок оказания услуги;
 - потребовать исполнения услуги другим специалистом;
 - расторгнуть договор и потребовать возмещения убытков.
- 6.4. Нарушение установленных настоящим Договором сроков исполнения услуг должно сопровождаться выплатой Потребителю неустойки в порядке и размере, которые определяются Законом Российской Федерации от 07.02.1992 N 2300-1 "О защите прав потребителей".
- 6.5. По соглашению Сторон указанная в п. 6.3 настоящего Договора неустойка может быть выплачена за счет уменьшения стоимости предоставленной медицинской услуги, предоставления Потребителю дополнительных услуг без оплаты, возврата части ранее внесенного аванса.
- 6.6. При просрочке оплаты Потребителем оказанных услуг Исполнитель вправе взыскать с Потребителя, а Потребитель обязуется выплатить пеню в размере 1/300 ключевой ставки ЦБ РФ от суммы задолженности за каждый день просрочки до даты фактического погашения задолженности. Требование Исполнителя о выплате пени должно быть выражено в письменной форме и передано Потребителю лично, либо путем направления заказного письма по адресу, указанному в настоящем договоре.
- 6.7. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства,

находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения настоящего Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

- 6.8. Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в настоящем Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.
- 6.9. Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по настоящему Договору, обязана не позднее 15 (пятнадцати) дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.
- 6.10. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 6.11. Исполнитель и его работники, оказывающие услуги по настоящему Договору, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании Потребителю медицинской помощи.
- 6.12. При наличии задолженности по оплате Исполнитель вправе приостановить дальнейшее оказание услуг.

7. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

- 7.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.
- 7.2. При не урегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

- 8.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует 3(три) года или до полного исполнения обязательств по договору.
- 8.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию Сторон.
- 8.3. 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.

9. ИНЫЕ УСЛОВИЯ

- 9.1. Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.
- 9.2 Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.
- 9.3 Потребитель дает свое согласие на направление медицинской информации (результатов анализов/отчетов) на адрес электронной почты в сети Интернет _____ и смс оповещение по телефону _____: / ДА / НЕТ / (ненужное зачеркнуть).
- 9.4 Неотъемлемой частью настоящего Договора являются:
- 9.4.1 Дополнительное соглашение к договору (Приложение № 1).
- 9.4.2 Акт об оказанных медицинских услугах (форма) (Приложение № 5, № 6).

10. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Потребитель:

_____ дата рождения «__» _____ г., паспорт серии _____ N _____ выдан _____ «__» _____ г., код-подразделения _____, зарегистрирован (а) _____ по адресу: _____

свидетельство о

рождении _____ серия _____ № _____

_____ телефон: _____

Законный представитель Потребителя: ФИО _____, дата рождения «__» _____ г., паспорт серии _____ N _____ выдан _____ " __ " _____ г. код-подразделения _____, зарегистрирован(а) _____ по адресу: _____

_____ телефон: _____

Исполнитель: Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-00110-50/00575037 от 2 февраля 2021 года Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения бессрочно, расположенной по адресу: 109074, Москва, Славянская площадь, д. 4, стр. 1, тел.: 8 (495) 698-45-38; адрес: 115522, г. Москва, Каширское ш., д.24; Телефон: 8(499)444-24-24

Реквизиты: ИНН 7724075162/ КПП 772401001, ОГРН 1037739447525 УФК по г. Москве Р/счет 03214643000000017300, л/с 20736У14790, БИК 004525988 ГУ Банка России по ЦФО/ УФК по г. Москве г. Москва, номер счета банка 40102810545370000003, ОКВЭД 72.19 ОКПО 01897624, ОКФС 12, ОКОПФ 75103, ОКСМ 643

Регистрация: Регистрационный номер, присвоенный до 1 июля 2002 года (029.931); дата регистрации до 1 июля 2002 года – 02.02.1994; наименование органа, зарегистрировавшего юридическое лицо до 1 июля 2002 года – Государственное учреждение Московская регистрационная палата.

Сведения о регистрирующем органе по месту нахождения юридического лица: Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы № 46 по г. Москве; адрес регистрирующего органа – 125373, г.Москва, Походный проезд, домовладение 3, стр.2

ПОДПИСИ СТОРОН:

Потребитель (или его законный представитель):	Исполнитель:
_____ (ФИО)	_____ (ФИО, должность) М.П.

ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина Минздрава России»

**Информированное согласие потребителя
на обработку персональных данных**
(в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ)

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)
_____ серия _____ № _____
выдан (вид документа, удостоверяющего личность)

(орган и дата выдачи)
зарегистрированный(ая) по адресу:

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных пациентов:

Я, _____

Паспорт: _____
_____ выдан: _____ «__»
_____ г.
являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или пациента, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка и год рождения или Ф.И.О. недееспособного гражданина - полностью)
Паспорт недееспособного пациента: _____,
выдан _____ «__»
_____ г.

настоящим даю согласие ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, расположенному по адресу: г. Москва, Каширское шоссе, д. 24, ОГРН 1037739447525, ИНН/КПП 7724075162/772401001 (далее – «Оператор персональных данных») на обработку и использование моих (или представляемого лица) персональных данных, в целях оказания медицинской помощи, в том числе:

- 1) фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии);
- 2) пол;
- 3) дата рождения;

- 4) место рождения;
- 5) гражданство;
- 6) данные документа, удостоверяющего личность;
- 7) место жительства;
- 8) место регистрации;
- 9) дата регистрации;
- 10) страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии) в системе обязательного пенсионного страхования (СНИЛС, если применимо);
- 11) наименование страховой компании, серия и номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица (ОМС, если применимо);
- 12) анамнез;
- 13) диагноз;
- 14) сведения об организации, осуществляющей медицинскую деятельность;
- 15) вид, условия, сроки, объем, результат оказанной медицинской помощи и медицинских услуг;
- 16) условия оказания медицинской помощи;
- 17) сроки оказания медицинской помощи;
- 18) объем оказанной медицинской помощи, включая сведения об оказанных медицинских услугах;
- 19) результат обращения за медицинской помощью;
- 20) серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии);
- 21) сведения о проведенных медицинских экспертизах, медицинских осмотрах и медицинских освидетельствованиях и их результаты;
- 22) примененные стандарты медицинской помощи;
- 23) сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую помощь, проводивших медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей. Эти действия могут включать: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными с учетом действующего законодательства.

Настоящим я признаю и подтверждаю, что в случае необходимости предоставления персональных данных для достижения указанных выше целей третьему лицу, а равно как при привлечении третьих лиц к оказанию услуг в указанных целях, передачи ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России принадлежащих ему функций и полномочий иному лицу, ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России вправе в необходимом объеме раскрывать для совершения вышеуказанных действий мои персональные данные таким третьим лицам, их агентам и иным уполномоченным ими лицам, а также представлять таким лицам соответствующие документы, содержащие такую информацию. Настоящее согласие считается данным мною любым третьим лицам, указанным выше, с учетом соответствующих изменений, и любые такие третьи лица имеют право на обработку персональных и биометрических данных на основании настоящего согласия.

Учреждение имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС, а также по работе с платными медицинскими услугами на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией (при наличии) и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и понятны.

Настоящее согласие действует бессрочно со дня его подписания.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Я осведомлен(а) о моем праве отозвать согласие на обработку персональных данных посредством направления письменного заявления заказным почтовым отправлением с описью вложения, либо вручено лично под роспись уполномоченному представителю ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Учреждение обязано прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи (если применимо) или в течение тридцати дней.

Я даю согласие на ознакомление с материалами и информацией, касающимися моего состояния здоровья, результатов обследований, анализов и других медицинских документов, содержащих мои персональные данные

____ (ФИО доверенного лица)

Паспорт _____, выдан _____

_____ «__» _____

_____ года. _____ / _____

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

(подпись медработника) (Ф.И.О. медицинского работника)

"__" _____ 20__ г.

(дата оформления)

г. Москва

« _____ » _____ 20__ г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я, _____, потребитель ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России, настоящим выражаю свое согласие на получение и оплату медицинских услуг в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, проинформирован(а) о возможности и условиях 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, а также гарантий предоставления гражданам специализированной медицинской помощи в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России или иных медицинских организациях, даю свое согласие без какого-либо принуждения на получение платной медицинской помощи в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России.

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

3. Мне разъяснено, и я осознал(а), что проводимое лечение не гарантирует 100% результат и, что при проведении лечения и после него, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.

4. Я согласен(а) 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, ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России не несет ответственности за их возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

6. Я понимаю, что в ходе назначенного режима лечения могут быть запланированы необходимые диагностические исследования, в том числе с применением рентгеноконтрастных веществ, диагностические инвазивные вмешательства, медицинские процедуры, манипуляции, а также медицинские вмешательства, и даю добровольное согласие на их выполнение.

7. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(а) оплатить стоимость указанной(ых) медицинской(их) услуги в соответствии с ним. Мне разъяснено и понятно, что оплаченные мной денежные средства, не будут компенсированы (возвращены) за счет средств фондов обязательного медицинского страхования (ОМС) и иных государственных программ.

8. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с ответственными специалистами ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России, и я даю свое согласие на их оплату в кассу или по безналичному перечислению в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России.

9. Настоящее согласие мною прочитано, я полностью понимаю его текст, возражений по нему не имею. Потребитель: дата рождения «__» _____ г., паспорт серии _____ N _____ выдан _____ «__» _____ г. код-подразделения _____, зарегистрирован(а) _____ по _____ адресу:

(Ф.И.О.)

(подпись)

Время

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
"НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ОНКОЛОГИИ ИМЕНИ
Н.Н. БЛОХИНА" МИНЗДРАВА РОССИИ**

Дополнительное соглашение от _____ (дата формирования заказа)
К договору об оказании платных медицинских услуг № _____ от _____
Сроки оказания услуг с _____ по _____

Карта №

Потребитель или
его законный
представитель:

ФИО

Дата
рождения

Плательщик:

ФИО

Код услуги	Наименование услуги	Кол-во	Цена (руб.)	Сумма (руб.)
_____	_____	_____	_____	_____
Итого сумма:				_____

Подписи сторон

Потребитель или
его законный представитель:

_____ (ФИО)

Исполнитель:

_____ (ФИО)
МП

ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина»
Минздрава России

АКТ ОБ ОКАЗАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГАХ

по Договору № _____ от _____ г.

на предоставление медицинских услуг

г. Москва

_____ г.

Мы, нижеподписавшиеся, _____, далее по тексту «ЗАКАЗЧИК»,
_____, в лице _____, действующей на основании
_____, с одной стороны, и Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина»
Министерства здравоохранения Российской Федерации (лицензия № ФС-_____ от
_____ г.), далее по тексту «ИСПОЛНИТЕЛЬ», в лице _____,
действующего на основании _____, с другой стороны, составили
настоящий Акт о том, что согласно Договору № _____ от _____ г.
на предоставление медицинских услуг за период с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.
ИСПОЛНИТЕЛЕМ были оказаны медицинские услуги на общую сумму _____ (сумма
прописью) рублей 00 копеек

1.Код услуги Наименование услуги кол-во сумма (0,00 руб)

2.Код услуги Наименование услуги кол-во сумма (0,00 руб)

Стороны претензий к качеству оказанных услуг не имеют.

Медицинские услуги НДС не облагаются.

Настоящий Акт составлен в двух экземплярах по одному для каждой из сторон.

ИСПОЛНИТЕЛЬ: ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России

М.П.

ЗАКАЗЧИК:

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
"НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ОНКОЛОГИИ ИМЕНИ Н.Н. БЛОХИНА" МИНЗДРАВА РОССИИ**

НАПРАВЛЕНИЕ* № _____

К ДОГОВОРУ № _____

Карта № _____

Кабинет
номер _____

Потребитель или
его
законный *ФИО*
представитель:

Дата
рождения _____

Заказчик: *ФИО*

Дата
рождения _____

Источник:

Составитель заказа:

Время составления:

Подразделение исполнитель: _____

Код услуги	Наименование услуги	кол-во (руб.)	Цена	Сумма (руб.)
---------------	---------------------	------------------	------	-----------------

Итого сумма: _____

Без отметки кассира об оплате НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНО (при отсутствии отметки, проверить: кассовый чек и наличие статуса "ОПЛАЧЕН" для данного заказа)
(*направление предназначено для оплаты и вложения в медицинскую карту пациента).