

**Уведомление пациента о последствиях несоблюдения указаний
(рекомендаций) врача при оказании платных медицинских услуг**

На основании пункта 24 раздела IV Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023 г. № 736 подтверждаю, что до заключения договора на оказание платных медицинских услуг Исполнитель (ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России) в письменной форме уведомил меня о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) 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.

На основании ч. 2 ст. 19, ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» добровольно желаю получить платные медицинские услуги и заключить договор на оказание платных медицинских услуг с ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России.

Потребитель (пациент):

_____/_____
подпись Ф.И.О.

«__» _____ 202_ г.

**Информированное добровольное согласие
на получение платных медицинских услуг**

Я, _____ (Ф.И.О. гражданина), «___» _____ года рождения, паспорт: серия _____ № _____, выдан «___» _____ г. кем _____, зарегистрирован(а) по адресу: _____ (адрес м/ж), даю информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг мной, в ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России (далее- Учреждение).

Медицинским работником _____ (должность, Ф.И.О. медицинского работника) в доступной и понятной для меня форме мне разъяснены цели, методы и сроки получения платных медицинских услуг, связанные с ними риски, возможные варианты медицинских вмешательств в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами оказания медицинской помощи, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне также разъяснено, какие диагностические процедуры и лечение, соответствующее моему заболеванию, я могу получить бесплатно и в какие сроки в рамках системы обязательного медицинского страхования, предусмотренной Программой государственных гарантий и Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств при получении платных медицинских услуг или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я ознакомлен(а) с действующим в Учреждении Прейскурантом цен, перечнем льгот и льготных категорий лиц, которые могут на них претендовать, Перечнем платных медицинских услуг в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг (утв. Приказом Минздрава России от 13.10.2017 № 804Н), и согласен(а) оплатить стоимость медицинских услуг за счет личных средств и иных источников дохода, не запрещенных действующим законодательством.

Я, _____ (Ф.И.О. гражданина), «___» _____ года рождения, паспорт: серия _____ № _____, выдан «___» _____ г. кем _____, в связи с получением медицинских услуг в медицинском научно-исследовательском центре даю добровольное согласие на использование сведений, составляющих врачебную тайну, в целях медицинского обследования и лечения, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях и использования в учебном процессе, без возможности идентификации моих персональных данных.

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина)

Сведения о выбранных мной лицах, которым в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в том числе после моей смерти, или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе после его смерти (ненужное зачеркнуть).

(Ф.И.О. доверенного лица, контактный телефон и/или иные данные)

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

«___» _____ 202__ г.
(дата оформления)

Оператору, осуществляющему обработку персональных данных
в ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России

Москва, 127299, ул. Приорова д.10
Москва, 115172, Новоспасский пер. д.9

От _____ (Ф.И.О.)

Паспорт: сер. _____ № _____ выдан: «__» _____ г.

Кем: _____

Адрес регистрации: _____

Согласие
на обработку персональных данных и сведений составляющих врачебную тайну

Я, _____ (Ф.И.О. субъекта персональных данных), в соответствии с требованиями статьи 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» добровольно даю свое согласие на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, в целях защиты жизни, здоровья и иных жизненно важных интересов субъекта или иных лиц, а также в целях организации внутреннего учета Оператора при условии сохранения врачебной тайны.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Я даю согласие на получение результатов исследования по электронной почте: _____ (адрес электронной почты). Подписывая данное согласие, я проинформирован о том, что электронная почта является незащищенным каналом связи и передаваемая информация может стать известна третьим лицам. За взлом почтового ящика, утечку информации и неполучение отправленных результатов анализов Исполнитель ответственности не несет. Оставляю за собой право отозвать настоящее согласие посредством составления соответствующего письменного заявления.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Иное разглашение моих персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной «__» _____ 20__ г. и действует бессрочно.

Настоящее согласие может быть отозвано (полностью или частично) путем подачи письменного заявления. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, Оператор обязан прекратить их обработку за исключением информации, подлежащей учету помимо согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, предусмотренных ч.1 ст. 6 и согласно п.ч.2 ст. 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также п.8 и 9 ч.4 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

(личная подпись)

(расшифровка подписи)

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг
(с физическим лицом)

г. Москва

«__» _____ 20__ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (сокращенное наименование: ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России), Свидетельство о регистрации № 1037739007998 от 21.11.1994 г., выдано МИ ФНС России № 46 по г. Москве, запись в ЕГРЮЛ внесена 04.01.2003 г., Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-00110-77/00552198, выданная 30.10.2019 (бессрочно, с внесением изменений) Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109074, Москва, Славянская пл., д. 4, стр. 1, тел.: +7 (495) 698-45-38, +7 (499) 578-02-30), с перечнем разрешенных видов медицинских работ (услуг) в Приложении № 5 к Договору, в лице главного врача **Соколова Олега Глебовича**, действующего на основании Доверенности № 83 от 22.12.2023, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, с одной стороны, и гражданин(ка) _____, «__» _____ г.р., паспорт: серия _____ номер: _____ выдан: «__» _____ г., кем: _____ код подразделения: _____, зарегистрированный(ная) по адресу: _____, далее именуемый **«Потребитель (пациент)»**, с другой стороны, вместе именуемые **«Стороны»**, заключили настоящий договор (далее – **«Договор»**) о нижеследующем:

1. Предмет договора.

- 1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю (пациенту) платные медицинские услуги (далее – медицинские услуги) в соответствии со Спецификацией оказываемых платных медицинских услуг (Приложение № 1 к Договору), а Потребитель (пациент) обязуется уплатить Исполнителю стоимость оказанных медицинских услуг в размере, порядке и сроки, которые установлены Договором.
- 1.2. Медицинские услуги оказываются по месту нахождения Исполнителя:
 - г. Москва, 127299, ул. Приорова, д. 10;
 - г. Москва, 115172, Новоспасский пер., д. 9.
- 1.3. Потребитель (пациент) подтверждает, что до подписания Договора ознакомлен с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам в г. Москве, проинформирован о возможности и сроках получения указанных медицинских услуг (полностью или в части) в рамках обязательного медицинского страхования, а также получил исчерпывающую информацию о предстоящих медицинских услугах в доступной форме, в том числе методах, объеме и сроках предоставления, возможных рисках и осложнениях, планируемом результате лечения.
- 1.4. Медицинские услуги по Договору должны быть предоставлены в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации в сфере здравоохранения, в том числе предъявляемых к качеству медицинских услуг, нормативными документами Минздрава России, в соответствии с Порядками организации медицинской помощи и Порядками оказания медицинской помощи по профилю заболевания Потребителя (пациента), на основе Клинических рекомендаций с учетом Стандартов оказания медицинской помощи, в соответствии с Положением о порядке предоставления платных медицинских услуг в ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России.
- 1.5. Услуги оказываются как в полном объеме стандарта медицинской помощи, так и по выбору Потребителя (пациента), в виде осуществления отдельных консультаций, исследований или вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем стандарта медицинской помощи по данному заболеванию.
- 1.6. Факт заключения Договора не является основанием предоставления Потребителю (пациенту) услуг во внеочередном порядке.

2. Стоимость услуг и порядок оплаты.

- 2.1. Стоимость Услуг определена в Спецификации оказываемых платных медицинских услуг (Приложение № 1 к Договору), на основании действующего на момент обращения за медицинской услугой Прейскуранта, утвержденного Приказом ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России, согласно утвержденного Перечня платных медицинских услуг ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной Приказом Минздрава России от 13.10.2017 № 804н.
- 2.2. Оказываемые по Договору медицинские услуги оплачиваются Потребителем (пациентом) в размере 100% предварительной оплаты стоимости медицинских услуг согласно Спецификации оказываемых платных медицинских услуг (Приложение № 1 к Договору) путем внесения наличных денежных средств или банковской картой с использованием POS-терминала через контрольно-кассовую технику в кассу Исполнителя. Подтверждением оплаты является кассовый чек.
- 2.3. Датой оплаты Потребителем (пациентом) денежных средств считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.
- 2.4. В случае возникновения необходимости оказания дополнительных медицинских услуг, как для лечения заболевания, связанного с обращением за услугами по Договору, так и связанными с оказанием иных видов медицинских услуг с иными причинами (заболеваниями), Исполнитель с согласия Потребителя (пациента) оформляет Дополнительное соглашение к Договору (Приложение № 3 к Договору) с указанием дополнительного перечня медицинских услуг, по которому производится предварительная оплата стоимости дополнительных медицинских услуг согласно п. 2.2. Договора.

2.5. В случае возникновения ситуаций, когда невозможность оплаты возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не несет ответственность, Потребитель (пациент) возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы.

2.6. В случае, если по каким-либо причинам, объем предоставляемых Потребителем (пациентом) платных медицинских услуг, предусмотренных Договором, сократится, либо предоставление платных медицинских услуг в рамках Договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Потребитель (пациент) направляет Исполнителю письменное заявление (в свободной форме) о возврате оплаты за неоказанные медицинские услуги. Исполнитель в течение 30 (тридцати) календарных дней рассматривает вопрос о возврате денежных средств на указанный в заявлении счет Потребителя (пациента).

2.7. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета. Ее составление по требованию Потребителя (пациента) является обязательным, при этом она является неотъемлемой частью договора в случае ее составления.

3. Порядок исполнения Договора

3.1. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя на получение платных медицинских услуг, согласия на обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, в установленном законом порядке.

3.2. Исполнитель представляет Потребителю (пациенту) Перечень оказываемых платных медицинских услуг по Договору, который указывается в Спецификации (Приложение № 1 к Договору).

3.3. Исполнение Договора как полное, так и частичное, подтверждается составлением и подписанием Сторонами Акта оказанных платных медицинских услуг Исполнителем Потребителю (пациенту), (Приложение № 2 к Договору), который является неотъемлемой частью Договора.

3.4. При оказании платных медицинских услуг в рамках Дополнительного соглашения согласно п. 2.4. Договора (Приложение № 3 к Договору) с перечнем дополнительных медицинских услуг, Исполнитель представляет Потребителю (пациенту) дополнительный Акт (Приложение № 4 к Договору), который после подписания Сторонами является подтверждением оказания дополнительных платных медицинских услуг Исполнителем Потребителю (пациенту).

3.5. В случае отказа Потребителя (пациента) после заключения Договора от получения платных медицинских услуг Договор расторгается. При этом Потребитель (пациент) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору в порядке, предусмотренном в п. 2.5 и п. 2.6. настоящего Договора.

4. Права и обязанности сторон

4.1. Исполнитель обязан:

4.1.1. Своевременно и надлежащим образом оказывать медицинские услуги, предусмотренные в п. 1.1. Договора.

4.1.2. При лечении в стационаре оказывать платные медицинские услуги Потребителю (пациенту) лично, либо с привлечением третьих лиц.

4.1.3. Оказывать медицинские услуги качественно в соответствии с требованиями п. 1.5. Договора, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с Договором после внесения Потребителем (пациентом) денежных средств в порядке, определенном разделом 2 Договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату в полном объеме.

4.1.4. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по Договору.

4.1.5. До заключения Договора в письменной форме уведомить Потребителя (пациента) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (работающего у него медицинского работника), 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 (пациента).

4.1.6. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством порядке, в том числе создание и ведение электронных медицинских документов (ЭМД).

4.1.7. Вести учет видов, объемов, стоимости, оказанных Потребителю (пациенту) медицинских услуг, а также денежных средств, поступивших от Потребителя (пациента).

4.1.8. Не передавать и не предоставлять третьим лицам находящуюся у Исполнителя документацию о Потребителе (пациенте) вне условий настоящего Договора, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

4.1.9. Не разглашать конфиденциальную информацию, в том числе врачебную тайну, третьим лицам и не использовать ее для каких-либо целей, кроме связанных с исполнением обязательств и условий по настоящему Договору.

4.1.10. Предоставлять дополнительные медицинские услуги по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя (пациента) при внезапных острых заболеваниях и осложнениях без взимания платы, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4.1.11. При заключении Договора по требованию Потребителя предоставлять в доступной форме информацию о платной медицинской услуге, содержащую следующие сведения:

- о порядках организации и оказания медицинской помощи, клинических рекомендациях с учетом стандартов медицинской помощи (при наличии), применяемых при предоставлении платных медицинских услуг по профилю заболевания;
- информацию о порядке и сроках оказания платных медицинских услуг в ФГБУ «НМИЦ ТО им Н.Н. Приорова» Минздрава России, о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
- о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- о состоянии здоровья Потребителя (пациента), включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие;
- о правилах внутреннего распорядка и режиме лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, о требованиях по соблюдению правил поведения в медицинской организации
- другие сведения, определенные действующим законодательством в сфере охраны здоровья, в том числе, но не ограничиваясь, перечисленных в пунктах 12,13,15-17, 21 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023 г. № 736, относящиеся к предмету Договора, в том числе путем размещения на сайте Исполнителя и информационных материалах (стендах) отдела Платных медицинских услуг.

4.1.12. Выдать Потребителю (пациенту) документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных платных медицинских услуг. Представить Потребителю (пациенту) по окончании оказания услуг Акт оказанных платных медицинских услуг по Договору и Дополнительному соглашению (в случае заключения) (Приложение № 2, Приложение № 4 к Договору).

4.1.13. По обращению Потребителя (пациента) выдать документ для предоставления в налоговый орган, подтверждающий его фактические расходы на оказание медицинских услуг и на приобретение лекарственных препаратов, назначенных для оказания медицинских услуг по Договору (справка об оплате медицинских услуг установленного образца, рецептурный бланк с проставленным штампом «Для налоговых органов Российской Федерации, ИНН налогоплательщика»).

4.1.14. После исполнения Договора выдать Потребителю (пациенту) медицинские документы, отражающие состояние его здоровья после получения им платных медицинских услуг (копии выписок и/или иные медицинские документы).

4.1.15. Соблюдать правила медицинской этики и деонтологии при общении с Потребителем (пациентом).

4.2. Потребитель (пациент) обязан:

4.2.1. Оплачивать медицинские услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены Договором.

4.2.2. Подписывать своевременно Акты оказанных платных медицинских услуг Исполнителем или предоставить мотивированный отказ (в свободной форме). В случае не подписания акта, либо не предоставления мотивированного отказа в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты подписания Акта Исполнителем, оказанные услуги считаются выполненными Исполнителем надлежащим образом и принятыми Потребителем (пациентом).

4.2.3. Предоставить данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не в учреждении Исполнителя (при их наличии). Информировать специалистов Исполнителя о перенесенных заболеваниях (СПИД, гепатит, бронхиальная астма, сахарный диабет, туберкулез, заболеваниях сердечно-сосудистой системы, венерических заболеваниях и т.д.), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, о переливаниях крови и ее компонентов, перенесенных оперативных вмешательствах, принимаемых лекарственных препаратах и иных факторах, которые могут повлиять на качество оказываемых Исполнителем медицинских услуг.

4.2.4. Выполнять все рекомендации медицинского персонала, оказывающего по Договору медицинские услуги, в том числе соблюдать указания Исполнителя, предписанные на период после оказания услуг.

4.2.5. Строго придерживаться требований режима прохождения медицинских процедур, назначенных лечащим (дежурным) врачом, неукоснительно и точно выполнять указания медицинского персонала Исполнителя во время всего курса лечения, соблюдать график приема врачей-специалистов.

4.2.6. Во время нахождения на территории Исполнителя, соблюдать правила внутреннего распорядка для пациентов, установленные Исполнителем.

4.2.7. Выполнять личные санитарно-гигиенические процедуры, направленные на поддержание своего здоровья и санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя;

4.2.8. Бережно относиться к имуществу Исполнителя. В случае причинения ущерба Исполнителю вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действиями Потребителя (пациента) и/или сопровождающими его лицами, Потребитель (пациент) производит возмещение Исполнителю действительного нанесенного материального ущерба в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.3. Исполнитель имеет право:

4.3.1. Получать от Потребителя (пациента) любую информацию, необходимую для исполнения своих обязательств по Договору. В случае не предоставления либо неполного или неверного предоставления Потребителем (пациентом) информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по Договору до предоставления необходимой информации.

4.3.2. Требовать оплаты услуг, оказанных Потребителю (пациенту) по Договору.

4.3.3. При наступлении случаев невозможности проведения исследования, в том числе, но не ограничиваясь: техническая неисправность оборудования (аппаратов), сбой/отсутствие электроэнергии, затопление помещения и т.п., направить Потребителя (пациента) на проведение исследования вне очереди в любой другой день по согласованию с Потребителем (пациентом).

4.4. Потребитель (пациент) имеет право:

4.4.1. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с п. 1.1. Договора.

4.4.2. Получать от Исполнителя для ознакомления в доступной форме любые сведения о состоянии своего здоровья, сведения о результатах медицинского обследования, диагнозе, прогнозе развития заболевания и риске возможных медицинских вмешательств.

4.4.3. Требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии здоровья (врачебной тайны) и неразглашения персональных данных в соответствии с требованиями законодательства и условиями Договора.

4.4.4. Отказаться от исполнения Договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

5. Ответственность сторон

5.1. Стороны несут ответственность за ненадлежащее исполнение своих обязательств по Договору в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе ответственность Исполнителя перед Потребителем (пациентом) за несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории

Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя (пациента) вследствие неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязанностей при наличии вины.

5.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение Договора, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Потребителем (пациентом) условий Договора, в том числе в случаях, вызванных медицинскими показаниями, а также в случае, если:

- проявились осложнения, связанные с тем, что пациент не предоставил специалистам Исполнителя полную и достоверную информацию об имеющихся у него заболеваниях;
- в соответствии с потребностями лечебно-диагностического процесса и/или для предотвращения возможных осложнений пациенту были назначены дополнительные методы диагностики и/или лечения, но пациент не выполнил эти назначения;
- осложнения наступили из-за несоблюдения врачебных рекомендаций;
- вред причинен в рамках обоснованного профессионального риска.

5.3. Отсутствие ожидаемого результата, если специалистами Исполнителя были предприняты все необходимые профессиональные действия при соблюдении той степени заботливости и осмотрительности, какая от них требовалась по характеру обязательств и условиям Договора, не является основанием для признания медицинской услуги ненадлежаще оказанной.

5.4. Ни одна из Сторон не будет нести ответственность за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения Договора в результате событий чрезвычайного характера, которые стороны не могли предвидеть или предотвратить разумными мерами (форс-мажор), в том числе пожар, наводнение, землетрясение, шторм, эпидемия и стихийные природные бедствия и техногенные катастрофы, а также война, военные действия, восстания, забастовки, запретительные акты или действия правительств или государственных органов, другие чрезвычайные обстоятельства, находящиеся вне разумного контроля Сторон, препятствующие выполнению Договора.

5.5. Если любое из обстоятельств непреодолимой силы непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно приостанавливается на время действия соответствующего обстоятельства. По соглашению сторон в связи с наступлением форс-мажорных обстоятельств Договор может быть расторгнут в порядке, предусмотренном п. 6 Договора.

6. Срок действия и порядок изменения, расторжения Договора

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует 1 (один) год.

6.2. Настоящий Договор может быть изменен, досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон либо по инициативе одной из сторон в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, в том числе:

- невыполнения одной из сторон обязательств по Договору;
- отказа Потребителя (пациента) от получения медицинских услуг.

6.3. Все изменения, дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны Сторонами (уполномоченными представителями Сторон).

6.4. Взаимоотношения сторон, не предусмотренные настоящим Договором, регулируются действующим законодательством Российской Федерации.

7. Разрешение споров

7.1. Споры, возникшие между Сторонами в рамках настоящего Договора или в связи с ним, могут быть урегулированы Сторонами путем переговоров в досудебном порядке. В случае не достижения согласия Сторонами, спор подлежит разрешению в соответствии с законодательством Российской Федерации.

8. Прочие условия

8.1. Сведения об Исполнителе: Лицензия на осуществление медицинской деятельности от 30.10.2019 № ФС-99-01-009693 выданная Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109074, Москва, Славянская пл., д. 4, стр. 1, тел.: +7 (495) 698-45-38, +7 (499) 578-02-30), Лицензия на деятельность, связанную с оборотом НС, ПВ и их прекурсоров от 15.08.2017 ЛО17-00110-50/00146547, выданная Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, Лицензия на осуществление фармацевтической деятельности от 24.06.2013 ЛО42-00110-50/00589399.

8.2. Стороны договорились о возможности использования факсимильного воспроизведения подписи руководителя Исполнителя, либо лица, действующего на основании доверенности от имени Исполнителя (в соответствии с п. 2 ст. 160 ГК РФ).

8.3. Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к Договору, подписываемые Сторонами при исполнении Договора, являются его неотъемлемой частью.

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

8.5. Приложения, составляющие неотъемлемую часть Договора:

- Спецификация оказываемых платных медицинских услуг с Перечнем – Приложение № 1
- Акт оказанных платных медицинских услуг по Договору – Приложение № 2
- Дополнительное соглашение к Договору – Приложение № 3
- Акт оказанных платных медицинских услуг по Дополнительному соглашению – Приложение № 4
- Выписка из реестра лицензий с Перечнем разрешенных видов медицинских работ (услуг) - Приложение № 5

9. Адреса, реквизиты и подписи сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

**ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова»
Минздрава России**

Юридический адрес: 127299 г. Москва ул. Приорова д.10

ИНН: 7713003222

КПП: 771301001

ОГРН: 1037739007998

Номер казначейского счета (расчетный счет): 03214643000000017300

Единый казначейский счет: 40102810545370000003

ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО/УФК ПО Г. МОСКВЕ
г. Москва,

ПОТРЕБИТЕЛЬ (ПАЦИЕНТ):

(Ф.И.О)
Паспорт: серия _____ № _____

Выдан: _____

Адрес места жительства: _____

Адрес эл. почты: _____

Тел.: _____

УФК по г. Москве (ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова» Минздрава
России л/с 20736У53750, 21736У53750, 22736У53750)
БИК (ТОФК) 004525988
Тел.: +7(495) 744-40-10; 744-40-11
адрес эл. почты: cito@cito-priorov.ru

_____/_____
М.П.

Приложение № 1
к Договору на оказание платных
медицинских услуг (с физическим лицом)
от «____» _____ 20__ г. №____

**Спецификация
оказываемых платных медицинских услуг
(с Перечнем медицинских услуг) (с физическим лицом)**

Код услуги	Наименование услуги	Условия и сроки ожидания	Кол-во услуг	Цена за единицу, руб	Стоимость услуг, руб.
1	2	3	4	5	6
ИТОГО:					

Общая стоимость составляет: _____, НДС не облагается.
(заполняется в соответствии с действующим Перечнем платных медицинских услуг и прейскурантом цен, утвержденным Исполнителем, а в случае оказания стационарной помощи отражается в Плане лечения и (или) обследования, составляемом индивидуально для Потребителя).

Исполнитель:

_____/_____
М.П.

Потребитель:

_____/_____
М.П.

**Акт оказанных платных медицинских услуг № _____
(с физическим лицом)**

г. Москва

«__» _____ 20__ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (сокращенное наименование: ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова» Минздрава России), Свидетельство о регистрации № 1037739007998 от 21.11.1994 г., выдано МИ ФНС России № 46 по г. Москве, запись в ЕГРЮЛ внесена 04.01.2003 г., Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-00110-77/00552198, выданная 30.10.2019 (бессрочно, с внесением изменений) Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109074, Москва, Славянская пл., д. 4, стр. 1, тел.: +7 (495) 698-45-38, +7 (499) 578-02-30), с перечнем разрешенных видов медицинских работ (услуг) в Приложении № 5 к Договору, в лице главного врача **Соколова Олега Глебовича**, действующего на основании Доверенности № 83 от 22.12.2023, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и

гражданин(ка) _____, «__» _____ г.р., паспорт: серия _____ номер: _____ выдан: «__» _____ г., кем: _____ код подразделения: _____, зарегистрированный(ная) по адресу: _____, далее

именуемый «Потребитель (пациент)», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. В соответствии с условиями Договора на оказание платных медицинских услуг от «__» _____ 20__ г. № _____ (далее – Договор), Исполнитель в период с " __ " _____ г. по " __ " _____ г. оказал следующие услуги:

Код	Наименование	Ед.изм.	Кол-во	Ставка НДС	Сумма
	Наименование услуг в соответствии с Прейскурантом	чел.		Без НДС	
Итого:					

2. Стоимость услуг составляет _____ (_____) рублей. НДС не облагается на основании ст. 149 налогового кодекса Российской Федерации от 05.08.2000 г. № 117-ФЗ.

3. Оплачено Потребителем (пациентом) _____ (_____) рублей.

4. Доплате/возврату подлежит сумма в размере _____ (_____) рублей.

5. Вышеперечисленные работы услуги выполнены полностью и в срок. Потребитель (пациент) претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

6. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах – по одному для каждой Стороны, при этом оба экземпляра имеют равную юридическую силу.

ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ

ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова» Минздрава России

Юридический адрес: 127299 г. Москва ул. Приорова д.10

ИНН: 7713003222

КПП: 771301001

ОГРН: 1037739007998

Номер казначейского счета (расчетный счет):

03214643000000017300

Единый казначейский счет: 40102810545370000003

ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО/УФК ПО Г. МОСКВЕ

г. Москва,

УФК по г. Москве (ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова»

Минздрава России л/с 20736У53750, 21736У53750, 22736У53750)

БИК (ТОФК) 004525988

Тел.: +7(495) 744-40-10; 744-40-11

адрес эл. почты: cito@cito-priorov.ru

ПОТРЕБИТЕЛЬ (ПАЦИЕНТ)

(Ф.И.О)

Паспорт: серия _____ № _____

Выдан: _____

Адрес места жительства: _____

Тел.: _____

адрес эл. почты: _____

_____/_____
М.П.

_____/_____

Дополнительное соглашение № _____

к договору № _____ об оказании платных медицинских услуг (с физическим лицом)

г. Москва

«___» _____ 20__ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (сокращенное наименование: ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова» Минздрава России), Свидетельство о регистрации № 1037739007998 от 21.11.1994 г., выдано МИ ФНС России № 46 по г. Москве, запись в ЕГРЮЛ внесена 04.01.2003 г., Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-00110-77/00552198, выданная 30.10.2019 (бессрочно, с внесением изменений) Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109074, Москва, Славянская пл., д. 4, стр. 1, тел.: +7 (495) 698-45-38, +7 (499) 578-02-30), с перечнем разрешенных видов медицинских работ (услуг) в Приложении № 5 к Договору, в лице главного врача **Соколова Олега Глебовича**, действующего на основании Доверенности № 83 от 22.12.2023, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, с одной стороны, и

_____ г.р., паспорт: серия _____ номер: _____ выдан: «___» _____ г., кем: _____ код подразделения: _____, зарегистрированный(ная) по адресу: _____, далее

именуемый **«Потребитель (пациент)»**, с другой стороны, вместе именуемые **«Стороны»**, заключили настоящее Дополнительное соглашение к Договору № _____ на оказание платных медицинских услуг от «___» _____ 20__ г. о нижеследующем:

1. Стороны пришли к соглашению, что Исполнитель оказывает Потребителю (пациенту) следующие платные медицинские услуги:

Код Услуги	Наименование Услуги	Кол-во услуг	Цена за единицу, руб.	Стоимость услуг, руб.
Итого:				

2. П. 2.1. Договора на оказание платных медицинских услуг от «___» _____ 20__ г. № _____ изложить в редакции: «Стоимость Услуг по настоящему договору определена в соответствии с прейскурантом Исполнителя и составляет _____ (_____), НДС не облагается.»

3. Потребитель (пациент) осуществляет оплату в размере, установленном п. 2 настоящего дополнительного соглашения.

4. Соглашение считается заключенным с момента его подписания Сторонами.

5. Соглашение составлено в 2 (двух) подлинных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Заказчика.

6. Соглашение является неотъемлемой частью Договора на оказание платных медицинских услуг от «___» _____ 20__ г. № _____.

7. Стороны договорились о возможности использования факсимильного воспроизведения подписи руководителя Исполнителя, либо лица, действующего на основании доверенности от имени Исполнителя (в соответствии с п. 2 ст. 160 ГК РФ).

«Исполнитель»

«Потребитель (пациент)»

_____/_____
М.П.

_____/_____

**Акт оказанных платных медицинских услуг № _____
(с физическим лицом)**

г. Москва

«__» _____ 20__ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (сокращенное наименование: ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова» Минздрава России), Свидетельство о регистрации № 1037739007998 от 21.11.1994 г., выдано МИ ФНС России № 46 по г. Москве, запись в ЕГРЮЛ внесена 04.01.2003 г., Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-00110-77/00552198, выданная 30.10.2019 (бессрочно, с внесением изменений) Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109074, Москва, Славянская пл., д. 4, стр. 1, тел.: +7 (495) 698-45-38, +7 (499) 578-02-30), с перечнем разрешенных видов медицинских работ (услуг) в Приложении № 5 к Договору, в лице главного врача **Соколова Олега Глебовича**, действующего на основании Доверенности № 83 от 22.12.2023, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», с одной стороны, и гражданин(ка) _____, «__» _____

_____ г.р. паспорт: серия _____ номер: _____ выдан: «__» _____ г., кем: _____ код подразделения: _____, зарегистрированный(ная) по адресу: _____, далее именуемый «**Потребитель (пациент)**», с другой стороны, вместе именуемые «**Стороны**», составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. В соответствии с условиями Дополнительного соглашения № _____ к договору № _____ на оказание платных медицинских услуг от «__» _____ 20__ г. № _____ (далее – Дополнительное соглашение), в период с «__» _____ г. по «__» _____ г. Исполнитель оказал следующие услуги:

Код услуги	Наименование услуги	Кол-во услуг	Цена за единицу, руб.	Стоимость услуг, руб.

2. Стоимость услуг составляет _____ (_____) рублей. НДС не облагается на основании ст. 149 Налогового кодекса Российской Федерации от 05.08.2000 г. № 117-ФЗ

3. Оплачено Потребителем (пациентом) _____ (_____) рублей.

4. Доплате/возврату подлежит сумма в размере _____ (_____) рублей.

5. Вышеперечисленные работы услуги выполнены полностью и в срок. Потребитель (пациент) претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

6. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах – по одному для каждой Стороны, при этом оба экземпляра имеют равную юридическую силу.

ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ

ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова» Минздрава России

Юридический адрес: 127299 г. Москва ул. Приорова д.10

ИНН: 7713003222

КПП: 771301001

ОГРН: 1037739007998

Номер казначейского счета (расчетный счет):

03214643000000017300

Единый казначейский счет: 40102810545370000003

ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО/УФК ПО Г. МОСКВЕ

г. Москва,

УФК по г. Москве (ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова»

Минздрава России л/с 20736У53750, 21736У53750, 22736У53750)

БИК (ТОФК) 004525988

Тел.: +7(495) 744-40-10; 744-40-11

адрес эл. почты: cito@cito-priorov.ru

ПОТРЕБИТЕЛЬ (ПАЦИЕНТ)

(Ф.И.О.)

Паспорт: серия _____ № _____

Выдан: _____

Адрес места жительства: _____

тел.: _____

адрес эл. почты: _____

_____/_____/_____

М.П.

_____/_____/_____

ВЫПИСКА ИЗ РЕЕСТРА ЛИЦЕНЗИЙ НА МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ
ФГБУ «НМИЦ ТО им.Н.Н.ПРИОРОВА» МИНЗДРАВА РОССИИ
С Перечнем разрешенных видов медицинских работ (услуг)



Уведомление законного представителя несовершеннолетнего Пациента о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) врача при оказании платных медицинских услуг

На основании пункта 24 раздела IV Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023 г. № 736 подтверждаю, что до заключения договора на оказание платных медицинских услуг Исполнитель (ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России) в письменной форме уведомил меня о том, что несоблюдение несовершеннолетним Пациентом _____ (Ф.И.О.), «__» _____ года рождения, законным представителем которого я являюсь, на основании свидетельства о рождении _____ (серия и номер), указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

На основании ч.2 ст. 19, ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» добровольно желаю получить платные медицинские услуги для Пациента и заключить договор на оказание платных медицинских услуг ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова» Минздрава России.

Законный представитель Пациента:

_____	_____
Подпись	Ф.И.О.
«__» _____ 202_ г.	

**Информированное добровольное согласие
на получение платных медицинских услуг**

Я, _____ (Ф.И.О. гражданина), «___» _____ года рождения, паспорт: серия _____ № _____, выдан «___» _____ г., кем _____, зарегистрирован(а) по адресу: _____ (адрес м/ж), даю информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг несовершеннолетнему Пациенту _____ (Ф.И.О.), «___» _____ года рождения, законным представителем которого я являюсь, на основании свидетельства о рождении _____ (серия и номер) в ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова» Минздрава России.

Медицинским работником _____ (должность, Ф.И.О. медицинского работника) в доступной и понятной для меня форме мне разъяснены цели, методы и сроки получения платных медицинских услуг, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами оказания медицинской помощи, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне также разъяснено, какие диагностические процедуры и лечение, соответствующие заболеванию Пациента, ему могут быть предоставлены бесплатно и в какие сроки в рамках системы обязательного медицинского страхования, предусмотренной Программой государственных гарантий и Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств при получении платных медицинских услуг или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я ознакомлен(а) с действующим в учреждении Прейскурантом цен, перечнем льгот и льготных категорий лиц, которые могут на них претендовать, Перечнем платных медицинских услуг в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг (утв. Приказом Минздрава России от 13.10.2017 № 804Н), и согласен(а) оплатить стоимость медицинских услуг за счет личных средств и иных источников дохода, не запрещенных действующим законодательством.

Я, _____ (Ф.И.О. гражданина), «___» _____ года рождения, паспорт: серия _____ № _____, выдан «___» _____ г. кем _____, в связи с получением Пациентом медицинских услуг в медицинском научно-исследовательском центре даю добровольное согласие на использование сведений, составляющих врачебную тайну, в целях медицинского обследования и лечения, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях и использования в учебном процессе, без возможности идентификации персональных данных.

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина)

Сведения о выбранных мной лицах, которым в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии здоровья Пациента, в том числе после смерти, законным представителем которого я являюсь.

(Ф.И.О. доверенного лица, контактный телефон и/или иные данные)

(подпись)

(Ф.И.О. Заказчика)

(подпись*)

(Ф.И.О. Пациента*)

*заполняется несовершеннолетним Пациентом в возрасте от 15 до 17 лет включительно

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

«___» _____ 202__ г.
(дата оформления)

Оператору, осуществляющему обработку персональных данных
в ФГБУ «НМИЦ ТО им.Н.Н. Приорова» Минздрава России
Москва, 127299, ул. Приорова д.10
Москва, 115172, Новоспасский пер. д.9

От _____
(Ф.И.О. Заказчика)
Паспорт: сер. _____ № _____ выдан: « ____ » _____ г.
Кем: _____
Адрес регистрации: _____

**Согласие
на обработку персональных данных и сведений составляющих врачебную тайну**

Я, _____ (Ф.И.О.), в соответствии с требованиями статьи 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» добровольно даю свое согласие на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку ФГБУ «НМИЦ ТО им.Н.Н. Приорова» Минздрава России (далее- Центр) персональных данных несовершеннолетнего (ФИО) _____, « ____ » _____ года рождения, законным представителем которого я являюсь, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, в целях защиты жизни, здоровья и иных жизненно важных интересов субъекта или иных лиц, а также в целях организации внутреннего учета Оператора при условии сохранения врачебной тайны.

В процессе оказания Пациенту медицинской помощи я предоставляю право должностным лицам Центра, в интересах обследования и лечения Пациента, передавать персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну следующим лицам:

(фамилия, имя, отчество физического лица или наименование юридического лица)

Предоставляю право осуществлять все действия (операции) с персональными данными Пациента, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные Пациента посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Я даю согласие на получение результатов исследования по электронной почте: _____ (адрес электронной почты). Подписывая данное согласие, я проинформирован о том, что электронная почта является незащищенным каналом связи и передаваемая информация может стать известна третьим лицам. За взлом почтового ящика, утечку информации и неполучение отправленных результатов анализов Исполнитель ответственности не несет. Оставляю за собой право отозвать настоящее согласие посредством составления соответствующего письменного заявления.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Иное разглашение персональных данных и сведений о Пациенте, составляющих врачебную тайну, может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной « ____ » _____ 20 ____ г. и действует бессрочно.

Настоящее согласие может быть отозвано (полностью или частично) путем подачи письменного заявления. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных и сведений о Пациенте, составляющих врачебную тайну, Оператор обязан прекратить их обработку за исключением информации, подлежащей учету помимо согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, предусмотренных ч.1 ст. 6 и согласно п.ч.2 ст. 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также п.8 и 9 ч.4 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

(личная подпись)

(расшифровка подписи)

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг
(с физическим лицом (заказчиком) в отношении несовершеннолетнего)
(стационарное лечение)

г. Москва

«__» _____ 20__ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н.Приорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (сокращенное наименование: ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова» Минздрава России), Свидетельство о регистрации № 1037739007998 от 21.11.1994 г., выдано МИ ФНС России № 46 по г. Москве, запись в ЕГРЮЛ внесена 04.01.2003 г., Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-00110-77/00552198, выданная 30.10.2019 (бессрочно, с внесением изменений) Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109074, Москва, Славянская пл., д. 4, стр. 1, тел.: +7 (495) 698-45-38, +7 (499) 578-02-30), с перечнем разрешенных видов медицинских работ (услуг) в Приложении № 5 к Договору, в лице главного врача **Соколова Олега Глебовича**, действующего на основании Доверенности № 83 от 22.12.2023, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка) _____, «__» _____ г.р., паспорт:

серия _____ номер: _____ выдан: «__» _____ г., кем: _____

код подразделения: _____, зарегистрированного(ной) по адресу: _____

_____, далее именуемый «Заказчик», действующий(ая) в интересах несовершеннолетнего гражданина _____, «__» _____ г.р., именуемого в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор (далее – «Договор») о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту платные медицинские услуги (далее – медицинские услуги) в соответствии со Спецификацией оказываемых платных медицинских услуг (Приложение № 1 к Договору), а Заказчик обязуется уплатить Исполнителю стоимость оказанных медицинских услуг в размере, порядке и сроки, которые установлены Договором.

1.2. Медицинские услуги оказываются по месту нахождения Исполнителя:

- г. Москва, 127299, ул. Приорова, д. 10;

- г. Москва, 115172, Новоспасский пер., д. 9.

1.3. Заказчик подтверждает, что действуя в интересах и от имени несовершеннолетнего, до подписания Договора ознакомлен с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам в г. Москве, проинформирован о возможности и сроках получения указанных медицинских услуг (полностью или в части) в рамках обязательного медицинского страхования, а также получил исчерпывающую информацию о предстоящих медицинских услугах в доступной форме, в том числе методах, объеме и сроках предоставления, возможных рисках и осложнениях, планируемом результате лечения.

1.4. Медицинские услуги по Договору должны быть предоставлены в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации в сфере здравоохранения, в том числе предъявляемых к качеству медицинских услуг, нормативными документами Минздрава России, в соответствии с Порядками организации медицинской помощи и Порядками оказания медицинской помощи по профилю заболевания Пациента, на основе Клинических рекомендаций с учетом Стандартов оказания медицинской помощи, в соответствии с Положением о порядке предоставления платных медицинских услуг в ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России.

1.5. Услуги оказываются как в полном объеме стандарта медицинской помощи, так и по выбору Заказчика, в виде осуществления отдельных консультаций, исследований или вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем стандарта медицинской помощи по данному заболеванию.

1.6. Факт заключения Договора не является основанием предоставления Пациенту услуг во внеочередном порядке.

2. Стоимость услуг и порядок оплаты.

2.1. Стоимость Услуг определена в Спецификации оказываемых платных медицинских услуг (Приложение № 1 к Договору), на основании действующего на момент обращения за медицинской услугой Прейскуранта, утвержденного Приказом ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова» Минздрава России, согласно утвержденного Перечня платных медицинских услуг ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова» Минздрава России в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной Приказом Минздрава России.

2.2. Оказываемые по Договору медицинские услуги оплачиваются Заказчиком в размере 100% предварительной оплаты стоимости медицинских услуг согласно Спецификации путем внесения наличных денежных средств или банковской картой с использованием POS-терминала через контрольно-кассовую технику в кассу Исполнителя. Подтверждением оплаты является кассовый чек.

2.3. Датой оплаты Заказчиком денежных средств считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

2.4. В случае возникновения необходимости оказания дополнительных медицинских услуг, как для лечения заболевания, связанного с обращением за услугами по Договору, так и связанными с оказанием иных видов медицинских услуг с иными причинами (заболеваниями), Исполнитель с согласия Заказчика оформляет Дополнительное соглашение к Договору (Приложение № 3) с указанием дополнительного перечня медицинских услуг, по которому производится предварительная оплата стоимости дополнительных медицинских услуг согласно п. 2.2. Договора.

2.5. В случае возникновения ситуаций, когда невозможность оплаты возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не несет ответственность, Заказчик возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы.

2.6. В случае, если по каким-либо причинам, объем предоставляемых Пациенту платных медицинских услуг, предусмотренных Договором, сократится, либо предоставление платных медицинских услуг в рамках Договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Заказчик направляет Исполнителю письменное заявление (в свободной форме) о возврате оплаты за неоказанные медицинские услуги. Исполнитель в течение 30 (тридцати) календарных дней рассматривает вопрос о возврате денежных средств на указанный в заявлении счет Заказчика.

2.7. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета. Ее составление по требованию Заказчика является обязательным, при этом она является неотъемлемой частью договора в случае ее составления.

3.Порядок исполнения Договора

3.1. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия законного представителя несовершеннолетнего Пациента, его согласия на обработку персональных данных и сведений Пациента, составляющих врачебную тайну, в установленном законом порядке.

3.2. Исполнитель представляет Заказчику Перечень оказываемых платных медицинских услуг по Договору, который является частью Спецификации (Приложение № 1 к Договору).

3.3. Исполнение Договора как полное, так и частичное, подтверждается составлением и подписанием Сторонами Акта оказанных платных медицинских услуг Исполнителем Пациенту (Приложение № 2 к Договору), который является неотъемлемой частью Договора.

3.4. При оказании платных медицинских услуг в рамках Дополнительного соглашения согласно п.2.4. Договора (Приложение №3 к Договору) с перечнем дополнительных медицинских услуг, Исполнитель представляет Заказчику дополнительный Акт об оказании платных медицинских услуг (Приложение № 4 к Договору), который после подписания Сторонами является подтверждением оказания дополнительных платных медицинских услуг Исполнителем Пациенту.

3.5. В случае отказа Заказчика после заключения Договора от получения платных медицинских услуг Договор расторгается. При этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору в порядке, предусмотренном п. 2.5 и п. 2.6. настоящего Договора.

4.Права и обязанности сторон

4.1. Исполнитель обязан:

4.1.1. Своевременно и надлежащим образом оказывать медицинские услуги, предусмотренные в п. 1.1. Договора.

4.1.2. При лечении в стационаре оказывать платные медицинские услуги Пациенту лично, либо с привлечением третьих лиц.

4.1.3. Оказывать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с Договором после внесения Заказчиком денежных средств в порядке, определенном разделом 2 Договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату в полном объеме.

4.1.4. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по Договору.

4.1.5. До заключения Договора в письменной форме уведомить Заказчика о том, что несоблюдение Пациентом указаний (рекомендаций) Исполнителя (работающего у него медицинского работника), 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, а также информацию о форме и способах направления обращений в органы власти в порядке ведомственного и государственного контроля, включая возможность подачи обращений в электронной форме.

4.1.6. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством порядке, в том числе создание и ведение электронных медицинских документов (ЭМД).

4.1.7. Вести учет видов, объемов, стоимости, оказанных Пациенту медицинских услуг, а также денежных средств, поступивших от Заказчика.

4.1.8. Не передавать и не предоставлять третьим лицам находящуюся у Исполнителя документацию о Пациенте и Заказчике вне условий настоящего Договора за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

4.1.9. Не разглашать конфиденциальную информацию, в том числе врачебную тайну, третьим лицам и не использовать ее для каких-либо целей, кроме связанных с исполнением обязательств и условий по настоящему Договору.

4.1.10. Предоставлять дополнительные медицинские услуги по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях и осложнениях без взимания платы, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4.1.11. При заключении Договора по требованию Заказчика предоставлять в доступной форме информацию о платной медицинской услуге, содержащую следующие сведения:

- о порядках организации и оказания медицинской помощи, клинических рекомендациях с учетом стандартов медицинской помощи (при наличии), применяемых при предоставлении платных медицинских услуг по профилю заболевания;
- информацию о порядке и сроках оказания платных медицинских услуг в ФГБУ «НМИЦ ТО им.Н.Приорова» Минздрава России, о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
- о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- о состоянии здоровья Пациента, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие;
- о правилах внутреннего распорядка и режиме лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, о требованиях по соблюдению правил поведения в медицинской организации;
- другие сведения, определенные действующим законодательством в сфере охраны здоровья, в том числе перечисленные в пунктах 12,13,15-17, 21 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023 г. № 736, относящиеся к предмету Договора, в том числе путем размещения на сайте Исполнителя и информационных материалах (стендах) отдела Платных медицинских услуг.

4.1.12. Выдать Заказчику документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных платных медицинских услуг, а именно: копию Договора с Дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения), кассовый чек. Предоставить Заказчику по окончании оказания услуг Акты оказанных платных медицинских услуг по Договору и по Дополнительному соглашению (в случае заключения) (Приложение № 2, Приложение № 4 к Договору).

4.1.13. По обращению Заказчика выдать документ для предоставления в налоговый орган, подтверждающий его фактические расходы на оказание медицинских услуг Пациенту и на приобретение лекарственных препаратов, назначенных для оказания медицинских услуг по Договору (справка об оплате медицинских услуг установленного образца, рецептурный бланк с проставленным штампом «Для налоговых органов Российской Федерации, ИНН налогоплательщика»).

4.1.14. После исполнения Договора выдать Заказчику медицинские документы, отражающие состояние здоровья Пациента после получения им платных медицинских услуг (копии выписок и/или иные медицинские документы).

4.1.15. Соблюдать правила медицинской этики и деонтологии при общении с Пациентом и Заказчиком в рамках Договора.

4.2. Заказчик обязан:

4.2.1. Оплачивать медицинские услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены Договором.

4.2.2. Подписывать своевременно Акты оказанных платных медицинских услуг Исполнителем или предоставить мотивированный отказ. В случае не подписания Актов об оказании платных медицинских услуг, либо не предоставления мотивированного отказа в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты подписания Акта Исполнителем, оказанные услуги считаются выполненными Исполнителем надлежащим образом и принятыми Заказчиком.

4.2.3. Предоставить данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не в учреждении Исполнителя (при их наличии). Информировать специалистов Исполнителя о перенесенных заболеваниях (СПИД, гепатит, бронхиальная астма, сахарный диабет, туберкулез, заболеваниях сердечно-сосудистой системы, венерических заболеваниях и т.д.), а также сообщить все известные сведения о состоянии здоровья Пациента, в том числе известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, о переливаниях крови и ее компонентов, перенесенных оперативных вмешательствах, принимаемых лекарственных препаратах и иных факторах, которые могут повлиять на качество оказываемых Исполнителем медицинских услуг.

4.2.4. Обеспечить выполнение Пациентом всех рекомендаций медицинского персонала, оказывающего по Договору медицинские услуги, в том числе соблюдение указаний Исполнителя, предписанных на период после оказания услуг.

4.2.5. Обеспечить строгое соблюдение Пациентом требований режима прохождения медицинских процедур, назначенных лечащим (дежурным) врачом, выполнение указаний медицинского персонала Исполнителя во время всего курса лечения, соблюдение графика приема врачей-специалистов;

Соблюдение правил внутреннего распорядка для пациентов, установленных Исполнителем;

Выполнение личных санитарно-гигиенических процедур, направленных на поддержание здоровья и санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя;

Бережное отношение к имуществу Исполнителя.

4.2.6. В случае причинения ущерба Исполнителю вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действиями Пациента или сопровождающими его лицами, Заказчик производит возмещение Исполнителю действительного нанесенного материального ущерба в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.3. Исполнитель имеет право:

4.3.1. Получать от Заказчика и от Пациента в установленном порядке любую информацию, необходимую для исполнения своих обязательств по Договору. В случае не предоставления либо неполного или неверного предоставления Заказчиком Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по Договору до предоставления необходимой информации.

4.3.2. Требовать от Заказчика оплаты услуг, оказанных Пациенту по Договору.

4.3.3. При наступлении случаев невозможности проведения исследования, а именно: техническая неисправность оборудования (аппаратов), сбой/отсутствие электроэнергии, затопления помещений и т.п., направить Пациента на проведение исследования вне очереди в любой другой день по согласованию с Заказчиком.

4.4. Заказчик имеет право:

4.4.1. На предоставление Пациенту услуг Исполнителем в соответствии с п. 1.1. Договора.

4.4.2. Получать от Исполнителя для ознакомления в доступной форме любые сведения о состоянии здоровья Пациента, сведения о результатах его медицинского обследования, диагнозе, прогнозе развития заболевания и риске возможных медицинских вмешательств.

4.4.3. Требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии здоровья (врачебной тайны) и неразглашения персональных данных в соответствии с требованиями законодательства и условиями Договора.

4.4.4. Отказаться от исполнения Договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

5. Ответственность сторон

5.1. Стороны несут ответственность за ненадлежащее исполнение своих обязательств по Договору в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе ответственность Исполнителя перед Заказчиком за несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациенту вследствие неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязанностей при наличии вины.

5.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение Договора, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Заказчиком условий Договора, в том числе в случаях, вызванных медицинскими показаниями, а также в случае, если:

- проявились осложнения, связанные с тем, что Заказчиком и/или Пациентом не предоставлена специалистам Исполнителя полная и достоверная информация об имеющихся у Пациента заболеваниях;

- в соответствии с потребностями лечебно-диагностического процесса и/или для предотвращения возможных осложнений Пациенту были назначены дополнительные методы диагностики и/или лечения, но Пациент не выполнил эти назначения, и Заказчик не обеспечил их выполнения Пациентом;

- осложнения наступили из-за несоблюдения врачебных рекомендаций;

- вред причинен в рамках обоснованного профессионального риска.

5.3. Отсутствие ожидаемого результата, если специалистами Исполнителя были предприняты все необходимые профессиональные действия при соблюдении той степени заботливости и осмотрительности, какая от них требовалась по характеру обязательств и условиям Договора, не является основанием для признания медицинской услуги ненадлежаще оказанной.

5.4. Ни одна из Сторон не будет нести ответственность за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения Договора в результате событий чрезвычайного характера, которые стороны не могли предвидеть или предотвратить разумными мерами (форс-мажор), таких как пожар, наводнение, землетрясение, шторм, эпидемия и стихийные природные бедствия и техногенные катастрофы, а также война, военные действия, восстания, забастовки, запретительные акты или действия правительств или государственных органов, другие чрезвычайные обстоятельства, находящиеся вне разумного контроля Сторон, препятствующие выполнению Договора.

5.5. Если любое из обстоятельств непреодолимой силы непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно приостанавливается на время действия соответствующего обстоятельства. По соглашению сторон в связи с наступлением форс-мажорных обстоятельств Договор может быть расторгнут в порядке, предусмотренном п. 6 Договора.

6.Срок действия и порядок изменения, расторжения Договора

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует 1 (один) год.

6.2. Настоящий Договор может быть изменен, досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон либо по инициативе одной из сторон в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, в т.ч.:

- невыполнения одной из сторон обязательств по Договору;
- отказа Заказчика от получения медицинских услуг.

6.3. Все изменения, дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны Сторонами (уполномоченными представителями Сторон).

6.4. Взаимоотношения сторон, не предусмотренные настоящим Договором, регулируются действующим законодательством Российской Федерации.

7.Разрешение споров

7.1. Споры, возникшие между Сторонами в рамках настоящего Договора или в связи с ним, могут быть урегулированы Сторонами путем переговоров в досудебном порядке. В случае не достижения согласия Сторонами, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

8.Прочие условия

8.1. Сведения об Исполнителе: Лицензия на осуществление медицинской деятельности от 30.10.2019 № ФС-99-01-009693 выданная Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109074, Москва, Славянская пл., д. 4, стр. 1, тел.: +7 (495) 698-45-38, +7 (499) 578-02-30), Лицензия на деятельность, связанную с оборотом НС, ПВ и их прекурсоров от 15.08.2017 ЛО17-00110-50/00146547, выданная Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, Лицензия на осуществление фармацевтической деятельности от 24.06.2013 ЛО42-00110-50/00589399. .

8.2. Стороны договорились о возможности использования факсимильного воспроизведения подписи руководителя Исполнителя, либо лица, действующего на основании доверенности от имени Исполнителя (в соответствии с п. 2 ст. 160 ГК РФ)

8.3. Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к Договору, подписываемые Сторонами при исполнении Договора, являются его неотъемлемой частью.

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

8.5. Приложения, составляющие неотъемлемую часть Договора:

- Спецификация оказываемых платных медицинских услуг с Перечнем – Приложение № 1
- Акт оказанных платных медицинских услуг по Договору – Приложение № 2
- Дополнительное соглашение к Договору – Приложение № 3
- Акт оказанных платных медицинских услуг по Дополнительному соглашению – Приложение № 4
- Выписка из реестра лицензий с Перечнем разрешенных видов медицинских работ (услуг) – (Приложение №5)

9. Адреса, реквизиты и подписи сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

**ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова»
Минздрава России**

Юридический адрес: 127299 г. Москва ул. Приорова д.10

ИНН: 7713003222

КПП: 771301001

ОГРН: 1037739007998

Номер казначейского счета (расчетный счет):

03214643000000017300

Единый казначейский счет: 40102810545370000003

ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО/УФК ПО Г. МОСКВЕ

г. Москва,

УФК по г. Москве (ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова»

Минздрава России л/с 20736У53750, 21736У53750, 22736У53750)

БИК (ТОФК) 004525988

Тел.: +7(495) 744-40-10; 744-40-11

адрес эл. почты: cito@cito-priorov.ru

_____/_____/_____

М.п.

ЗАКАЗЧИК:

(Ф.И.О)

Паспорт: серия _____ № _____

Выдан: _____

_____/_____/_____

Адрес места жительства: _____

_____/_____/_____

Адрес эл. почты: _____

Тел.: _____

_____/_____/_____

Адрес эл. почты: _____

Тел.: _____

_____/_____/_____

Адрес эл. почты: _____

Тел.: _____

_____/_____/_____

Адрес эл. почты: _____

Тел.: _____

_____/_____/_____

ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА:

ФИО _____

Дата рождения _____

Свидетельство о рождении _____

Паспорт (при наличии) _____

Приложение № 1
к Договору на оказание платных
медицинских услуг (с физическим лицом
(заказчиком) в отношении несовершеннолетнего)
от «_____» _____ 20__ г. № _____

**Спецификация
оказываемых платных медицинских услуг
(с Перечнем медицинских услуг)
(с физическим лицом (заказчиком) в отношении несовершеннолетнего)**

Код услуги	Наименование услуги	Условия и сроки ожидания	Кол-во услуг	Цена за единицу, руб.	Стоимость услуг, руб.
1	2	3	4	5	6
ИТОГО:					

Общая стоимость составляет: _____, НДС не облагается.
(заполняется в соответствии с действующим Перечнем платных медицинских услуг и прейскурантом цен, утвержденным Исполнителем, а в случае оказания стационарной помощи отражается в Плане лечения и (или) обследования, составляемом индивидуально для Пациента).

Исполнитель: _____ / _____ /
М.П.

Заказчик: _____ / _____ /

Приложение № 2
к Договору на оказание платных
медицинских услуг (с физическим лицом
(заказчиком) в отношении несовершеннолетнего)
от «___» _____ 20__ г. № _____

**Акт оказанных платных медицинских услуг № _____
(с физическим лицом (заказчиком) в отношении несовершеннолетнего)**

г. Москва

«___» _____ 20__ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н.Приорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (сокращенное наименование: ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова» Минздрава России), Свидетельство о регистрации № 1037739007998 от 21.11.1994 г., выдано МИ ФНС России № 46 по г. Москве, запись в ЕГРЮЛ внесена 04.01.2003 г., Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-00110-77/00552198, выданная 30.10.2019 (бессрочно, с внесением изменений) Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109074, Москва, Славянская пл., д. 4, стр. 1, тел.: +7 (495) 698-45-38, +7 (499) 578-02-30), с перечнем разрешенных видов медицинских работ (услуг) в Приложении № 5 к Договору, в лице главного врача **Соколова Олега Глебовича**, действующего на основании Доверенности № 83 от 22.12.2023, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка) _____, «___» _____ г.р., паспорт:

серия _____ номер: _____ выдан: «___» _____ г., кем: _____

код подразделения: _____, зарегистрированного(ной) по адресу: _____

_____ , далее именуемый «Заказчик», действующий(ая) в интересах несовершеннолетнего гражданина _____, «___» _____ г.р., именуемого в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. Во исполнение п. 1.1 Договора на оказание платных медицинских услуг № _____ от "___" _____ г.

Исполнитель в период с "___" _____ г. по "___" _____ г. оказал следующие услуги:

Код	Наименование	Ед.изм.	Кол-во	Ставка НДС	Сумма
	Наименование услуг в соответствии с Прейскурантом	чел.		Без НДС	
Итого:					

2. Стоимость услуг составляет _____ (_____) рублей. НДС не облагается на основании ст. 149 Налогового кодекса Российской Федерации от 05.08.2000 г. № 117-ФЗ.

3. Оплачено Заказчиком _____ (_____) рублей.

4. Доплате/возврату подлежит сумма в размере _____ (_____) рублей.

5. Вышеперечисленные работы услуги выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

6. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах – по одному для каждой Стороны, при этом оба экземпляра имеют равную юридическую силу.

ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ

ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова» Минздрава России

Юридический адрес: 127299 г. Москва ул. Приорова д.10

ИНН: 7713003222

КПП: 771301001

ОГРН: 1037739007998

Номер казначейского счета (расчетный счет):

03214643000000017300

Единый казначейский счет: 40102810545370000003

ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО/УФК ПО Г. МОСКВЕ

г. Москва,

УФК по г. Москве (ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова»

Минздрава России л/с 20736У53750, 21736У53750,

22736У53750)

БИК (ТОФК) 004525988

Тел.: +7(495) 744-40-10; 744-40-11

адрес эл. почты: cito@cito-priorov.ru

ЗАКАЗЧИК

(Ф.И.О)

Паспорт: серия _____ № _____

Выдан: _____

Адрес места жительства: _____

Тел.: _____

_____/_____/_____
М.П.

_____/_____/_____

Приложение № 3
к Договору на оказание платных
медицинских услуг (с физическим лицом
(заказчиком) в отношении несовершеннолетнего)
от «___» _____ 20__ г. № _____

**Дополнительное соглашение № _____
к договору № _____ об оказании платных медицинских услуг
(с физическим лицом (заказчиком) в отношении несовершеннолетнего)**

г. Москва

«___» _____ 2021 г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н.Приорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (сокращенное наименование: ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова» Минздрава России), Свидетельство о регистрации № 1037739007998 от 21.11.1994 г., выдано МИ ФНС России № 46 по г. Москве, запись в ЕГРЮЛ внесена 04.01.2003 г., Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-00110-77/00552198, выданная 30.10.2019 (бессрочно, с внесением изменений) Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109074, Москва, Славянская пл., д. 4, стр. 1, тел.: +7 (495) 698-45-38, +7 (499) 578-02-30), с перечнем разрешенных видов медицинских работ (услуг) в Приложении № 5 к Договору, в лице главного врача **Соколова Олега Глебовича**, действующего на основании Доверенности № 83 от 22.12.2023, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка) _____, «___» _____ г.р. паспорт:

серия _____ номер: _____ выдан: «___» _____ г., кем: _____

код подразделения: _____, зарегистрированного(ной) по адресу: _____

_____, далее именуемый «Заказчик», действующий в интересах несовершеннолетнего гражданина _____, «___» _____ г.р., именуемого в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящее Дополнительное соглашение к Договору № _____ на оказание платных медицинских услуг от «___» _____ 20__ г. о нижеследующем:

1. Стороны пришли к соглашению, что Исполнитель оказывает Пациенту следующие платные медицинские услуги:

Код Услуги	Наименование Услуги	Кол-во услуг	Цена за единицу, руб.	Стоимость услуг, руб.
Итого:				

- П. 2.1 Договора на оказание платных медицинских услуг от «___» _____ 20__ г. № _____ изложить в редакции: «Стоимость Услуг по настоящему договору определена в соответствии с прейскурантом Исполнителя и составляет _____ (_____), НДС не облагается.».
- Заказчик осуществляет оплату в размере, установленном п. 2 настоящего дополнительного соглашения.
- Соглашение считается заключенным с момента его подписания Сторонами.
- Соглашение составлено в 2 (двух) подлинных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Заказчика.
- Соглашение является неотъемлемой частью Договора на оказание платных медицинских услуг от «___» _____ 20__ г. № _____.
- Стороны договорились о возможности использования факсимильного воспроизведения подписи руководителя Исполнителя, либо лица, действующего на основании доверенности от имени Исполнителя (в соответствии с п. 2 ст. 160 ГК РФ).

«Исполнитель»

«Заказчик»

_____/_____
М.П.

_____/_____

Приложение № 4
к Договору на оказание платных
медицинских услуг (с физическим лицом
(заказчиком) в отношении несовершеннолетнего)
от «___» _____ 20__ г. № _____

**Акт оказанных платных медицинских услуг № _____
(с физическим лицом (заказчиком) в отношении несовершеннолетнего)**

г. Москва «___» _____ 20__ г.
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н.Приорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (сокращенное наименование: ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова» Минздрава России), Свидетельство о регистрации № 1037739007998 от 21.11.1994 г., выдано МИ ФНС России № 46 по г. Москве, запись в ЕГРЮЛ внесена 04.01.2003 г., Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-00110-77/00552198, выданная 30.10.2019 (бессрочно, с внесением изменений) Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109074, Москва, Славянская пл., д. 4, стр. 1, тел.: +7 (495) 698-45-38, +7 (499) 578-02-30), с перечнем разрешенных видов медицинских работ (услуг) в Приложении № 5 к Договору, в лице главного врача **Соколова Олега Глебовича**, действующего на основании Доверенности № 83 от 22.12.2023, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка) _____, «___» _____ г.р. паспорт: серия _____ номер: _____ выдан: «___» _____ г., кем: _____ код подразделения: _____, зарегистрированного(ной) по адресу: _____, далее именуемый «Заказчик», действующий в интересах несовершеннолетнего гражданина _____, «___» _____ г.р., именуемого в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. В соответствии с условиями Дополнительного соглашения № _____ к договору № _____ на оказание платных медицинских услуг от «___» _____ 20__ г. № _____ (далее – Дополнительное соглашение), Исполнитель в период с «___» _____ г. по «___» _____ г. оказал следующие услуги:

Код услуги	Наименование услуги	Кол-во услуг	Цена за единицу, руб.	Стоимость услуг, руб.

2. Стоимость услуг составляет _____ (_____) рублей. НДС не облагается на основании ст. 149 Налогового кодекса Российской Федерации от 05.08.2000 г. № 117-ФЗ.

3. Оплачено Заказчиком _____ (_____) рублей.

4. Доплате/возврату подлежит сумма в размере _____ (_____) рублей.

5. Вышеперечисленные работы услуги выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

6. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах – по одному для каждой Стороны, при этом оба экземпляра имеют равную юридическую силу.

ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ

ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова» Минздрава России

Юридический адрес: 127299 г. Москва ул. Приорова д.10

ИНН: 7713003222

КПП: 771301001

ОГРН: 1037739007998

Номер казначейского счета (расчетный счет):

032146430000000017300

Единый казначейский счет: 40102810545370000003

ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО/УФК ПО Г. МОСКВЕ

г. Москва,

УФК по г. Москве (ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова»

Минздрава России л/с 20736У53750, 21736У53750,

22736У53750)

БИК (ТОФК) 004525988

Тел.: +7(495) 744-40-10; 744-40-11

адрес эл. почты: cito@cito-priorov.ru

ЗАКАЗЧИК

(Ф.И.О)

Паспорт: серия _____ № _____

Выдан: _____

Адрес места жительства: _____

Тел.: _____

_____/_____
М.П.

_____/_____
М.П.

Приложение № 5
к Договору на оказание платных
медицинских услуг (с физическим лицом
(заказчиком) в отношении несовершеннолетнего)
от «_____» _____ 20__ г. № _____

ВЫПИСКА ИЗ РЕЕСТРА ЛИЦЕНЗИЙ НА МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ
ФГБУ «НМИЦ ТО им.Н.Н.ПРИОРОВА» МИНЗДРАВА РОССИИ
С Перечнем разрешенных видов медицинских работ (услуг)



**Уведомление пациента о последствиях несоблюдения указаний
(рекомендаций) врача при оказании платных медицинских услуг**

На основании пункта 24 раздела IV Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023 г. № 736 подтверждаю, что до заключения договора на оказание платных медицинских услуг Исполнитель (ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России) в письменной форме уведомил меня о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) 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.

На основании ч. 2 ст. 19, ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» добровольно желаю получить платные медицинские услуги и заключить договор на оказание платных медицинских услуг с ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России.

Потребитель (пациент):

_____/_____
подпись Ф.И.О.

«__» _____ 202_ г.

**Информированное добровольное согласие
на получение платных медицинских услуг**

Я, _____ (Ф.И.О. гражданина), «__» _____ года рождения,
паспорт: серия _____ № _____, выдан «__» _____ г. кем _____,
зарегистрирован(а) по адресу: _____ (адрес м/ж),
даю информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг мной, в ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России (далее- Учреждение).

Медицинским работником _____ (должность, Ф.И.О. медицинского работника) в доступной и понятной для меня форме мне разъяснены цели, методы и сроки получения платных медицинских услуг, связанные с ними риски, возможные варианты медицинских вмешательств в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами оказания медицинской помощи, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне также разъяснено, какие диагностические процедуры и лечение, соответствующее моему заболеванию, я могу получить бесплатно и в какие сроки в рамках системы обязательного медицинского страхования, предусмотренной Программой государственных гарантий и Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств при получении платных медицинских услуг или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я ознакомлен(а) с действующим в Учреждении Прейскурантом цен, перечнем льгот и льготных категорий лиц, которые могут на них претендовать, Перечнем платных медицинских услуг в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг (утв. Приказом Минздрава России от 13.10.2017 № 804Н), и согласен(а) оплатить стоимость медицинских услуг за счет личных средств и иных источников дохода, не запрещенных действующим законодательством.

Я, _____ (Ф.И.О. гражданина), «__» _____ года рождения, паспорт: серия _____ № _____, выдан «__» _____ г. кем _____, в связи с получением медицинских услуг в медицинском научно-исследовательском центре даю добровольное согласие на использование сведений, составляющих врачебную тайну, в целях медицинского обследования и лечения, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях и использования в учебном процессе, без возможности идентификации моих персональных данных.

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина)

Сведения о выбранных мной лицах, которым в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в том числе после моей смерти, или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе после его смерти (ненужное зачеркнуть).

(Ф.И.О. доверенного лица, контактный телефон и/или иные данные)

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

«__» _____ 202__ г.
(дата оформления)

Оператору, осуществляющему обработку персональных данных
в ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России

Москва, 127299, ул. Приорова д.10
Москва, 115172, Новоспасский пер. д.9

От _____ (Ф.И.О.)
Паспорт: сер. _____ № _____ выдан: «__» _____ г.
Кем: _____
Адрес регистрации: _____

Согласие
на обработку персональных данных и сведений составляющих врачебную тайну

Я, _____ (Ф.И.О. субъекта персональных данных), в соответствии с требованиями статьи 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» добровольно даю свое согласие на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, в целях защиты жизни, здоровья и иных жизненно важных интересов субъекта или иных лиц, а также в целях организации внутреннего учета Оператора при условии сохранения врачебной тайны.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Я даю согласие на получение результатов исследования по электронной почте: _____ (адрес электронной почты). Подписывая данное согласие, я проинформирован о том, что электронная почта является незащищенным каналом связи и передаваемая информация может стать известна третьим лицам. За взлом почтового ящика, утечку информации и неполучение отправленных результатов анализов Исполнитель ответственности не несет. Оставляю за собой право отозвать настоящее согласие посредством составления соответствующего письменного заявления.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Иное разглашение моих персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной «__» _____ 20__ г. и действует бессрочно.

Настоящее согласие может быть отозвано (полностью или частично) путем подачи письменного заявления. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, Оператор обязан прекратить их обработку за исключением информации, подлежащей учету помимо согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, предусмотренных ч.1 ст. 6 и согласно п.ч.2 ст. 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также п.8 и 9 ч.4 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

(личная подпись)

(расшифровка подписи)

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг
(трехсторонний с физическими лицами) (стационарное лечение)

г. Москва

«__» _____ 20__ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н.Приорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (сокращенное наименование: ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова» Минздрава России), Свидетельство о регистрации № 1037739007998 от 21.11.1994 г., выдано МИ ФНС России № 46 по г. Москве, запись в ЕГРЮЛ внесена 04.01.2003 г., Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-00110-77/00552198, выданная 30.10.2019 (бессрочно, с внесением изменений) Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109074, Москва, Славянская пл., д. 4, стр. 1, тел.: +7 (495) 698-45-38, +7 (499) 578-02-30), с перечнем разрешенных видов медицинских работ (услуг) в Приложении № 5 к Договору, в лице главного врача Соколова Олега Глебовича, действующего на основании Доверенности № 83 от 22.12.2023, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка) _____, «__» _____

_____ г.р., паспорт: _____ серия _____ номер: _____ выдан: _____ «__» _____ г., кем: _____, код подразделения: _____, зарегистрированный(ая) по адресу: _____, далее именуемый(-ая) «Потребитель (пациент)», со второй стороны, и гражданин(ка) _____, «__» _____ г.р., паспорт: _____ серия _____ номер: _____ выдан: _____ «__» _____ г., кем: _____, код подразделения: _____, зарегистрированный(ая) по адресу: _____, далее именуемый(-ая) «Заказчик», с третьей стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор на оказание платных медицинских услуг (далее – Договор) о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю (пациенту) платные медицинские услуги (далее – медицинские услуги) в соответствии со Спецификацией оказываемых платных медицинских услуг (Приложение № 1 к Договору), а Заказчик обязуется уплатить Исполнителю стоимость оказанных медицинских услуг в размере, порядке и сроки, которые установлены Договором.

1.2. Медицинские услуги оказываются по месту нахождения Исполнителя:

- г. Москва, ул. Приорова, д. 10;

- г. Москва, Новоспасский пер., д. 9.

1.3. Потребитель (пациент) подтверждает, что до подписания Договора ознакомлен с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам в г. Москве, проинформирован о возможности и сроках получения указанных медицинских услуг (полностью или в части) в рамках обязательного медицинского страхования, а также получил исчерпывающую информацию о предстоящих медицинских услугах в доступной форме, в том числе методах, объеме и сроках предоставления, возможных рисках и осложнениях, планируемом результате лечения.

1.4. Медицинские услуги по Договору должны быть предоставлены в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации в сфере здравоохранения, в том числе предъявляемых к качеству медицинских услуг, нормативными документами Минздрава России, в соответствии с Порядками организации медицинской помощи и Порядками оказания медицинской помощи по профилю заболевания Потребителя (пациента), на основе Клинических рекомендаций с учетом Стандартов оказания медицинской помощи, в соответствии с Положением о порядке предоставления платных медицинских услуг в ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России.

1.5. Услуги оказываются как в полном объеме стандарта медицинской помощи, так и по выбору Потребителя (пациента), в виде осуществления отдельных консультаций, исследований или вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем стандарта медицинской помощи по данному заболеванию.

1.6. Факт заключения Договора не является основанием предоставления Потребителю (пациенту) услуг во внеочередном порядке.

2. Стоимость услуг и порядок оплаты.

2.1. Стоимость Услуг определена в Спецификации оказываемых платных медицинских услуг (Приложение № 1 к Договору), на основании действующего на момент обращения за медицинской услугой Прейскуранта, утвержденного Приказом ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России, согласно утвержденного Перечня платных медицинских услуг ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной Приказом Минздрава России от 13.10.2017 № 804н.

2.2. Оказываемые по Договору медицинские услуги оплачиваются Заказчиком в размере 100% предварительной оплаты стоимости медицинских услуг согласно Спецификации оказываемых платных медицинских услуг (Приложение № 1 к Договору) путем внесения наличных денежных средств или банковской картой с использованием POS-терминала через контрольно-кассовую технику в кассу Исполнителя или по реквизитам счета Исполнителя. Подтверждением оплаты является кассовый чек или платежное поручение с отметкой об исполнении.

2.3. Датой оплаты Заказчиком денежных средств считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

2.4. В случае возникновения необходимости оказания дополнительных медицинских услуг, как для лечения заболевания, связанного с обращением за услугами по Договору, так и связанными с оказанием иных видов медицинских услуг с иными причинами (заболеваниями), Исполнитель с согласия Потребителя (пациента) и Заказчика оформляет Дополнительное соглашение к Договору (Приложение № 3 к Договору) с указанием дополнительного перечня медицинских услуг, по которому производится предварительная оплата стоимости дополнительных медицинских услуг согласно п. 2.2. Договора.

2.5. В случае возникновения ситуаций, когда невозможность оплаты возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не несет ответственность, Заказчик возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы.

2.6. В случае, если по каким-либо причинам, объем предоставляемых Потребителем (пациентом) платных медицинских услуг, предусмотренных Договором, сократится, либо предоставление платных медицинских услуг в рамках Договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Заказчик направляет Исполнителю письменное заявление (в свободной форме) о возврате оплаты за неоказанные медицинские услуги. Исполнитель в течение 30 (тридцати) календарных дней рассматривает вопрос о возврате денежных средств на указанный в заявлении счет Заказчика.

2.7. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета. Ее составление по требованию Потребителя (пациента) и (или) Заказчика является обязательным, при этом она является неотъемлемой частью договора в случае ее составления.

3. Порядок исполнения Договора

3.1. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии уведомления Потребителя (пациента) о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) врача при оказании платных медицинских услуг, информированного добровольного согласия Потребителя (пациента) на получение платных медицинских услуг, согласия Потребителя (пациента) на обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, в установленном законом порядке.

3.2. Исполнитель представляет Потребителю (пациенту) и Заказчику Перечень оказываемых платных медицинских услуг по Договору, который указывается в Спецификации (Приложение № 1 к Договору).

3.3. Исполнение Договора как полное, так и частичное, подтверждается составлением и подписанием Сторонами Акта оказанных услуг Исполнителем Потребителю (пациенту), (Приложение № 2 к Договору), который является неотъемлемой частью Договора.

3.4. При оказании платных медицинских услуг в рамках Дополнительного соглашения с перечнем дополнительных медицинских услуг (Приложение № 3 к Договору), Исполнитель представляет Потребителю (пациенту) и Заказчику дополнительный Акт (Приложение № 4 к Договору), который после подписания Сторонами является подтверждением оказания дополнительных платных медицинских услуг Исполнителем Потребителю (пациенту).

3.5. В случае отказа Потребителя (пациента) и (или) Заказчика после заключения Договора от получения платных медицинских услуг Договор расторгается. При этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору в порядке, предусмотренном в п. 2.5. настоящего Договора.

4. Права и обязанности сторон

4.1. Исполнитель обязан:

4.1.1. Своевременно и надлежащим образом оказывать медицинские услуги, предусмотренные в п. 1.1. Договора.

4.1.2. При лечении в стационаре оказывать платные медицинские услуги Потребителю (пациенту) лично, либо с привлечением третьих лиц.

4.1.3. Оказывать медицинские услуги Потребителю (пациенту) качественно в соответствии с требованиями п. 1.5. Договора, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с Договором после внесения Заказчиком денежных средств на счет Исполнителя в порядке, определенном разделом 2 Договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату в полном объеме.

4.1.4. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по Договору.

4.1.5. До заключения Договора в письменной форме уведомить Потребителя (пациента) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (работающего у него медицинского работника), 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 (пациента).

4.1.6. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством порядке, в том числе создание и ведение электронных медицинских документов (ЭМД).

4.1.7. Вести учет видов, объемов, стоимости, оказанных Потребителю (пациенту) медицинских услуг, а также денежных средств, поступивших от Заказчика.

4.1.8. Не передавать и не предоставлять третьим лицам находящуюся у Исполнителя документацию о Потребителе (пациенте) и Заказчике вне условий настоящего Договора, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

4.1.9. Не разглашать конфиденциальную информацию, в том числе врачебную тайну, третьим лицам и не использовать ее для каких-либо целей, кроме связанных с исполнением обязательств и условий по настоящему Договору.

4.1.10. Предоставлять дополнительные медицинские услуги по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя (пациента) при внезапных острых заболеваниях и осложнениях без взимания платы, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4.1.11. При заключении Договора по требованию Потребителя (пациента) и (или) Заказчика предоставлять в доступной форме информацию о платной медицинской услуге, содержащую следующие сведения:

- о порядках организации и оказания медицинской помощи, клинических рекомендациях с учетом стандартов медицинской помощи (при наличии), применяемых при предоставлении платных медицинских услуг по профилю заболевания;

- информацию о порядке и сроках оказания платных медицинских услуг в ФГБУ «НМИЦ ТО им Н.Н. Приорова» Минздрава России, о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

- о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

- о правилах внутреннего распорядка и режиме лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, о требованиях по соблюдению правил поведения в медицинской организации;

- другие сведения, определенные действующим законодательством в сфере охраны здоровья, в том числе, но не ограничиваясь, перечисленные в пунктах 12,13,15-17, 21 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации

от 11 мая 2023 г. № 736, относящиеся к предмету Договора, в том числе путем размещения на сайте Исполнителя и информационных материалах (стендах) отдела Платных медицинских услуг.

4.1.12. При заключении Договора по требованию Потребителя (пациента), и с согласия Потребителя (пациента) Заказчику предоставлять в доступной форме информацию, содержащую следующие сведения:

- о состоянии здоровья Потребителя (пациента), включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

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

4.1.13. Выдать Потребителю (пациенту) и Заказчику документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных платных медицинских услуг. Предоставить Потребителю (пациенту) и Заказчику по окончании оказания услуг Акт оказанных услуг по Договору и Дополнительному соглашению (в случае заключения) (Приложение № 2, Приложение № 4 к Договору).

4.1.14. После исполнения Договора выдать Потребителю (пациенту) медицинские документы, отражающие состояние его здоровья после получения им платных медицинских услуг (копии выписок и/или иные медицинские документы).

4.1.15. Соблюдать правила медицинской этики и деонтологии при общении с Потребителем (пациентом).

4.2. Заказчик обязан:

4.2.1. Оплачивать медицинские услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены Договором.

4.2.2. Подписывать своевременно Акты оказанных услуг Исполнителем или предоставить мотивированный отказ (в свободной форме). В случае не подписания акта, либо не предоставления мотивированного отказа в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты подписания Акта Исполнителем, оказанные услуги будут считаться выполненными Исполнителем надлежащим образом и принятыми Заказчиком.

4.3. Потребитель (пациент) обязан:

4.3.1. Подписывать своевременно Акты оказанных услуг Исполнителем или предоставить мотивированный отказ (в свободной форме). В случае не подписания акта, либо не предоставления мотивированного отказа в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты подписания Акта Исполнителем, оказанные услуги считаются выполненными Исполнителем надлежащим образом и принятыми Потребителем (пациентом).

4.3.2. Предоставить данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не в учреждении Исполнителя (при их наличии). Информировать специалистов Исполнителя о перенесенных заболеваниях (СПИД, гепатит, бронхиальная астма, сахарный диабет, туберкулез, заболеваниях сердечно-сосудистой системы, венерических заболеваниях и т.д.), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, о переливаниях крови и ее компонентов, перенесенных оперативных вмешательствах, принимаемых лекарственных препаратах и иных факторах, которые могут повлиять на качество оказываемых Исполнителем медицинских услуг.

4.3.3. Выполнять все рекомендации медицинского персонала, оказывающего по Договору медицинские услуги, в том числе соблюдать указания Исполнителя, предписанные на период после оказания услуг.

4.3.4. Строго придерживаться требований режима прохождения медицинских процедур, назначенных лечащим (дежурным) врачом, неукоснительно и точно выполнять указания медицинского персонала Исполнителя во время всего курса лечения, соблюдать график приема врачей-специалистов.

4.3.5. Во время нахождения на территории Исполнителя, соблюдать правила внутреннего распорядка для пациентов, установленные Исполнителем.

4.3.6. Выполнять личные санитарно-гигиенические процедуры, направленные на поддержание своего здоровья и санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя.

4.3.7. Бережно относиться к имуществу Исполнителя. В случае причинения ущерба Исполнителю вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действиями Потребителя (пациента) и/или сопровождающими его лицами, Потребитель (пациент) производит возмещение Исполнителю действительного нанесенного материального ущерба в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.4. Исполнитель имеет право:

4.4.1. Получать от Потребителя (пациента) любую информацию, необходимую для исполнения своих обязательств по Договору. В случае не предоставления либо неполного или неверного предоставления Потребителем (пациентом) информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по Договору до предоставления необходимой информации.

4.4.2. Требовать от Заказчика оплаты услуг, оказанных Потребителю (пациенту) по Договору.

4.4.3. При наступлении случаев невозможности проведения исследования, в том числе, но не ограничиваясь: техническая неисправность оборудования (аппаратов), сбой/отсутствие электроэнергии, затопление помещения и т.п., направить Потребителя (пациента) на проведение исследования вне очереди в любой другой день по согласованию с Потребителем (пациентом).

4.5. Заказчик имеет право:

4.5.1. Получать от Исполнителя в отношении Потребителя (пациента) услуги в соответствии с п. 1.1. Договора.

4.5.2. Получать от Исполнителя для ознакомления в доступной форме любые сведения, предусмотренные п. 4.1.11, п. 4.1.12. в порядке, установленном данными пунктами.

4.5.3. Отказаться от исполнения Договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

4.6. Потребитель (пациент) имеет право:

4.6.1. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с п. 1.1. Договора.

4.6.2. Получать от Исполнителя для ознакомления в доступной форме любые сведения о состоянии своего здоровья, сведения о результатах медицинского обследования, диагнозе, прогнозе развития заболевания и риске возможных медицинских вмешательств.

4.6.3. Требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии здоровья (врачебной тайны) и неразглашения персональных данных в соответствии с требованиями законодательства и условиями Договора.

4.6.4. Отказаться от исполнения Договора при условии оплаты Заказчиком Исполнителю фактически понесенных им расходов.

5. Ответственность сторон

5.1. Стороны несут ответственность за ненадлежащее исполнение своих обязательств по Договору в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе ответственность Исполнителя перед Потребителем (пациентом) за несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя (пациента) вследствие неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязанностей при наличии вины.

5.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение Договора, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Потребителем (пациентом) условий Договора, в том числе в случаях, вызванных медицинскими показаниями, а также в случае, если:

- проявились осложнения, связанные с тем, что пациент не предоставил специалистам Исполнителя полную и достоверную информацию об имеющихся у него заболеваниях;
- в соответствии с потребностями лечебно-диагностического процесса и/или для предотвращения возможных осложнений пациенту

были назначены дополнительные методы диагностики и/или лечения, но пациент не выполнил эти назначения;

- осложнения наступили из-за несоблюдения врачебных рекомендаций;

- вред причинен в рамках обоснованного профессионального риска.

5.3. Отсутствие ожидаемого результата, если специалистами Исполнителя были предприняты все необходимые профессиональные действия при соблюдении той степени заботливости и осмоторительности, какая от них требовалась по характеру обязательств и условиям Договора, не является основанием для признания медицинской услуги ненадлежаще оказанной.

5.4. Ни одна из Сторон не будет нести ответственность за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения Договора в результате событий чрезвычайного характера, которые стороны не могли предвидеть или предотвратить разумными мерами (форс-мажор), в том числе пожар, наводнение, землетрясение, шторм, эпидемия и стихийные природные бедствия и техногенные катастрофы, а также война, военные действия, восстания, забастовки, запретительные акты или действия правительств или государственных органов, другие чрезвычайные обстоятельства, находящиеся вне разумного контроля Сторон, препятствующие выполнению Договора.

5.5. Если любое из обстоятельств непреодолимой силы непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно приостанавливается на время действия соответствующего обстоятельства. По соглашению сторон в связи с наступлением форс-мажорных обстоятельств Договор может быть расторгнут в порядке, предусмотренном п. 6 Договора.

6. Срок действия и порядок изменения, расторжения Договора

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует 1 (один) год.

6.2. Настоящий Договор может быть изменен, досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон либо по инициативе одной из сторон в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, в том числе:

- невыполнения одной из сторон обязательств по Договору;

- отказа Потребителя (пациента) и или Заказчика от получения медицинских услуг.

6.3. Все изменения, дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны Сторонами (уполномоченными представителями Сторон).

6.4. Взаимоотношения сторон, не предусмотренные настоящим Договором, регулируются действующим законодательством Российской Федерации.

7. Разрешение споров

7.1. Споры, возникшие между Сторонами в рамках настоящего Договора или в связи с ним, могут быть урегулированы Сторонами путем переговоров в досудебном порядке. В случае не достижения согласия Сторонами, спор подлежит разрешению в соответствии с законодательством Российской Федерации.

8. Прочие условия

8.1. Сведения об Исполнителе: Лицензия на осуществление медицинской деятельности от 30.10.2019 № ФС-99-01-009693 выданная Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109074, Москва, Славянская пл., д. 4, стр. 1, тел.: +7 (495) 698-45-38, +7 (499) 578-02-30), Лицензия на деятельность, связанную с оборотом НС, ПВ и их прекурсоров от 15.08.2017 ЛО17-00110-50/00146547, выданная Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, Лицензия на осуществление фармацевтической деятельности от 24.06.2013 ЛО42-00110-50/00589399.

8.2. Стороны договорились о возможности использования факсимильного воспроизведения подписи руководителя Исполнителя, либо лица, действующего на основании доверенности от имени Исполнителя (в соответствии с п. 2 ст. 160 ГК РФ).

8.3. Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к Договору, подписываемые Сторонами при исполнении Договора, являются его неотъемлемой частью.

8.4. Договор составлен в 3 (трех) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

8.5. Приложения, составляющие неотъемлемую часть Договора:

- Спецификация оказываемых платных медицинских услуг с Перечнем – Приложение № 1

- Акт оказанных услуг по Договору – Приложение № 2

- Дополнительное соглашение к Договору – Приложение № 3

- Акт оказанных услуг по Дополнительному соглашению – Приложение № 4

- Выписка из реестра лицензий с Перечнем разрешенных видов медицинских работ (услуг) - Приложение №5

9. Адреса, реквизиты и подписи сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ
ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова»
Минздрава России

ПОТРЕБИТЕЛЬ

ЗАКАЗЧИК

(Ф.И.О)

(Ф.И.О)

Юридический адрес: 127299 г. Москва ул. Приорова д.10
ИНН: 7713003222
КПП: 771301001
ОГРН: 1037739007998
Номер казначейского счета (расчетный счет): 03214643000000017300
Единый казначейский счет: 40102810545370000003
ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО/УФК ПО Г. МОСКВЕ
г. Москва,
УФК по г. Москве (ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова» Минздрава России
л/с 20736У53750

Паспорт: серия _____ № _____
Выдан: _____
Адрес места жительства: _____
Тел.: _____

Паспорт: серия _____ № _____
Выдан: _____
Адрес места жительства: _____
Тел.: _____

_____/_____/_____
М.П.

**Спецификация
оказываемых платных медицинских услуг
(трехсторонняя с физическими лицами)**

Код услуги	Наименование услуги	Кол-во услуг	Условия и сроки ожидания	Цена за единицу, руб.	Стоимость услуг, руб.
1	2	3	4	5	6
ИТОГО:					

Исполнитель: _____ / _____ /
М.П.

Потребитель (пациент): _____ / _____ /

Заказчик: _____ / _____ /

Акт оказанных услуг № _____
(трехсторонний с физическими лицами)

г. Москва «___» _____ 20__ г.
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н.Приорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (сокращенное наименование: ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова» Минздрава России), Свидетельство о регистрации № 1037739007998 от 21.11.1994 г., выдано МИ ФНС России № 46 по г. Москве, запись в ЕГРЮЛ внесена 04.01.2003 г., Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-001110-77/00552198, выданная 30.10.2019 (бессрочно, с внесением изменений) Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109074, Москва, Славянская пл., д. 4, стр. 1, тел.: +7 (495) 698-45-38, +7 (499) 578-02-30), с перечнем разрешенных видов медицинских работ (услуг) в Приложении № 5 к Договору, в лице главного врача Соколова Олега Глебовича, действующего на основании Доверенности № 83 от 22.12.2023, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка), «___» _____ г.р., паспорт: серия _____ номер: _____ выдан: «___» _____ г., кем: _____, код подразделения: _____, зарегистрированный(ая) по адресу: _____, далее именуемый(-ая) «Потребитель (пациент)», со второй стороны, и гражданин(ка), «___» _____ г.р., паспорт: серия _____ номер: _____ выдан: «___» _____ г., кем: _____, код подразделения: _____, зарегистрированный(ая) по адресу: _____, далее именуемый(-ая) «Заказчик», с третьей стороны, совместно именуемые «Стороны», составили настоящий Акт о нижеследующем:
1. Во исполнение п. 1.1 Договора на оказание платных медицинских услуг № _____ от «___» _____ г. Исполнитель в период с «___» _____ г. по «___» _____ г. оказал следующие услуги:

Код	Наименование	Ед.изм.	Кол-во	Ставка без НДС	Сумма
Итого:					

2. Стоимость услуг составляет _____ (_____) рублей. НДС не облагается на основании ст. 149 Налогового кодекса Российской Федерации от 05.08.2000 г. № 117-ФЗ.
3. Оплачено Заказчиком _____ (_____) рублей.
4. Доплате/возврату подлежит сумма в размере _____ (_____) рублей.
5. Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Заказчик и Потребитель (пациент) претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеют.
6. Настоящий Акт составлен в трех экземплярах – по одному для каждой Стороны, при этом три экземпляра имеют равную юридическую силу.

ПОДПИСИ СТОРОН
ПОТРЕБИТЕЛЬ

ЗАКАЗЧИК

ИСПОЛНИТЕЛЬ
ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова»
Минздрава России

Юридический адрес: 127299 г. Москва ул. Приорова д.10
ИНН: 7713003222
КПП: 771301001
ОГРН: 1037739007998
Номер казначейского счета (расчетный счет): 032146430000000017300
Единый казначейский счет: 40102810545370000003
ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО//УФК ПО Г. МОСКВЕ
г. Москва,
УФК по г. Москве (ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова» Минздрава России
л/с 20736У53750
БИК (ТОФК) 004525988
Тел.: +7(495) 744-40-10; 744-40-11
адрес эл. почты: cito@cito-priorov.ru

(Ф.И.О)
Паспорт: серия _____ № _____
Выдан: _____

Адрес места жительства: _____

Тел.: _____

(Ф.И.О)
Паспорт: серия _____ № _____
Выдан: _____

Адрес места жительства: _____

Тел.: _____

М.П.

**Дополнительное соглашение № _____
к договору № _____ на оказание платных медицинских услуг
(трехстороннее с физическими лицами)**

г. Москва

«___» _____ 2021 г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н.Приорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (сокращенное наименование: ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова» Минздрава России), Свидетельство о регистрации № 1037739007998 от 21.11.1994 г., выдано МИ ФНС России № 46 по г. Москве, запись в ЕГРЮЛ внесена 04.01.2003 г., Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-00110-77/00552198, выданная 30.10.2019 (бессрочно, с внесением изменений) Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109074, Москва, Славянская пл., д. 4, стр. 1, тел.: +7 (495) 698-45-38, +7 (499) 578-02-30), с перечнем разрешенных видов медицинских работ (услуг) в Приложении № 5 к Договору, в лице главного врача Соколова Олега Глебовича, действующего на основании Доверенности № 83 от 22.12.2023, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка)

_____, «___» _____ г.р., паспорт: серия _____ номер: _____ выдан: «___» _____ г., кем: _____, код подразделения: _____, зарегистрированный(ая) по адресу: _____, далее именуемый(-ая) «Потребитель (пациент)», со второй стороны, и гражданин(ка) _____, «___» _____ г.р., паспорт: серия _____ номер: _____ выдан: «___» _____ г., кем: _____, код подразделения: _____, зарегистрированный(ая) по адресу: _____, далее именуемый(-ая) «Заказчик», с третьей стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили Дополнительное соглашение к Договору № _____ на оказание платных медицинских услуг от _____ о нижеследующем:

1.Стороны пришли к соглашению, что Исполнитель оказывает Потребителю (пациенту) следующие платные медицинские услуги:

Код Услуги	Наименование Услуги	Кол-во услуг	Цена за единицу, руб.	Стоимость услуг, руб.
Итого:				

2.П. 2.1. Договора на оказание платных медицинских услуг от _____ № _____ изложить в редакции: «Стоимость Услуг по настоящему договору определена в соответствии с прейскурантом Исполнителя и составляет _____ (_____), НДС не облагается».

3.Заказчик осуществляет оплату в размере, установленном п. 1 настоящего дополнительного соглашения.

4.Соглашение считается заключенным с момента его подписания Сторонами.

5.Соглашение составлено в 3 экземплярах, каждый из которых имеет равную юридическую силу, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Заказчика, третий - у Потребителя (пациента).

6.Соглашение является неотъемлемой частью Договора на оказание платных медицинских услуг от _____ № _____.

7.Стороны договорились о возможности использования факсимильного воспроизведения подписи руководителя Исполнителя, либо лица действующего на основании доверенности от имени Исполнителя (в соответствии с п. 2 ст. 160 ГК РФ).

Исполнитель: _____ / _____ /

Потребитель (пациент): _____ / _____ /

Заказчик: _____ / _____ /

**Акт оказанных услуг № _____
(трехсторонний с физическими лицами)**

г. Москва «___» _____ 20__ г.
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н.Приорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (сокращенное наименование: ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова» Минздрава России), Свидетельство о регистрации № 1037739007998 от 21.11.1994 г., выдано МИ ФНС России № 46 по г. Москве, запись в ЕГРЮЛ внесена 04.01.2003 г., Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-001110-77/00552198, выданная 30.10.2019 (бессрочно, с внесением изменений) Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109074, Москва, Славянская пл., д. 4, стр. 1, тел.: +7 (495) 698-45-38, +7 (499) 578-02-30), с перечнем разрешенных видов медицинских работ (услуг) в Приложении № 5 к Договору, в лице главного врача Соколова Олега Глебовича, действующего на основании Доверенности № 83 от 22.12.2023, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка) _____, «___» _____ г.р., паспорт: серия _____ номер: _____ выдан: «___» _____ г., кем: _____, код подразделения: _____, зарегистрированный(ая) по адресу: _____, далее именуемый(-ая) «Потребитель (пациент)», со второй стороны, и гражданин(ка) _____, «___» _____ г.р., паспорт: серия _____ номер: _____ выдан: «___» _____ г., кем: _____, код подразделения: _____, зарегистрированный(ая) по адресу: _____, далее именуемый(-ая) «Заказчик», с третьей стороны, совместно именуемые «Стороны», составили настоящий Акт о нижеследующем:
1. В соответствии с условиями Дополнительного соглашения № _____ к договору № _____ на оказание платных медицинских услуг от «___» _____ 20__ г. № _____ (далее – Дополнительное соглашение), Исполнителем оказаны услуги, включающие:

Код услуги	Наименование услуги	Кол-во услуг	Цена за единицу, руб.	Стоимость услуг, руб.	Исполнитель	Дата	Подпись

2. Стоимость услуг составляет _____ (_____) рублей. НДС не облагается на основании ст. 149 Налогового кодекса Российской Федерации от 05.08.2000 г. № 117-ФЗ
3. Оплачено Заказчиком _____ (_____) рублей.
4. Доплате/возврату подлежит сумма в размере _____ (_____) рублей.
5. Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Заказчик и Потребитель (пациент) претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеют.
6. Настоящий Акт составлен в трех экземплярах – по одному для каждой Стороны, при этом три экземпляра имеют равную юридическую силу.

ПОДПИСИ СТОРОН

**ИСПОЛНИТЕЛЬ
ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова»
Минздрава России**

Юридический адрес: 127299 г. Москва ул. Приорова д.10
ИНН: 7713003222
КПП: 771301001
ОГРН: 1037739007998
Номер казначейского счета (расчетный счет): 03214643000000017300
Единый казначейский счет: 40102810545370000003
ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО/УФК ПО Г. МОСКВЕ
г. Москва,
УФК по г. Москве (ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова» Минздрава России
л/с 20736У53750
БИК (ТОФК) 004525988
Тел.: +7(495) 744-40-10; 744-40-11
адрес эл. почты: cito@cito-priorov.ru

ПОТРЕБИТЕЛЬ

(Ф.И.О)
Паспорт: серия _____ № _____
Выдан: _____
Адрес места жительства: _____
Тел.: _____

ЗАКАЗЧИК

(Ф.И.О)
Паспорт: серия _____ № _____
Выдан: _____
Адрес места жительства: _____
Тел.: _____

_____/_____/_____
М.П.

_____/_____/_____

_____/_____/_____

Приложение № 5
к Договору на оказание платных
медицинских услуг (трехсторонний с физическими
лицами)
от «_____» _____ 20__ г. № _____

ВЫПИСКА ИЗ РЕЕСТРА ЛИЦЕНЗИЙ НА МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ
ФГБУ «НМИЦ ТО им.Н.Н.ПРИОРОВА» МИНЗДРАВА РОССИИ
С Перечнем разрешенных видов медицинских работ (услуг)



Договор № ____
оказания платных немедицинских услуг
(двухсторонний с физическим лицом)

г. Москва

«__» _____ 20__ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (сокращенное наименование: ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России), Свидетельство о регистрации № 1037739007998 от 21.11.1994 г., выдано МИ ФНС России № 46 по г. Москве, запись в ЕГРЮЛ внесена 04.01.2003 г., Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-00110-77/00552198, выданная 30.10.2019 (бессрочно, с внесением изменений) Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109074, Москва, Славянская пл., д. 4, стр. 1, тел.: +7 (495) 698-45-38, +7 (499) 578-02-30), в лице главного врача **Соколова Олега Глебовича**, действующего на основании Доверенности № 83 от 22.12.2023, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка) _____, «__» _____ г.р., паспорт: _____ серия: _____ номер: _____ выдан: «__» _____ г., кем: _____, код подразделения: _____, зарегистрированная(ный) по адресу: _____, далее именуемый «**Потребитель (пациент)**», с другой стороны, вместе именуемые «**Стороны**», заключили настоящий договор (далее – «**Договор**») о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. В соответствии с настоящим Договором Исполнитель принимает на себя обязательства по оказанию Потребителю (пациенту) платных немедицинских услуг, предоставляемых дополнительно при оказании медицинской помощи (далее - Услуги), а Потребитель (пациент) принимает на себя обязательства по приемке и оплате оказанных Услуг.

1.2. Перечень Услуг, оказываемых в рамках настоящего Договора, не являющихся обязательными при создании условий для оказания медицинской помощи и оказываемых на возмездной основе, указан в Спецификации оказываемых платных немедицинских услуг (Приложение № 1 к Договору).

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Оказать Потребителю (пациенту) обусловленные настоящим Договором Услуги надлежащим образом и в установленный срок.

2.1.2. Предварительно ознакомить Потребителя (пациента) с Прейскурантом на необходимые виды Услуг, с режимом работы Исполнителя и условиями предоставления Услуг.

2.1.3. Обеспечить Потребителя (пациента) доступной информацией об Исполнителе и оказываемых Услугах, размещаемой для всеобщего ознакомления на вывесках, стендах, сайте Исполнителя и иными наглядными и доступными способами.

2.1.4. По окончании оказания Услуг Исполнитель составляет Акт сдачи-приемки оказанных услуг (Приложение № 2 к Договору) и передает его на подпись Потребителю (пациенту).

2.2. Исполнитель вправе:

2.2.1. Отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору при условии возмещения Потребителю (пациенту) суммы, оплаченной за неоказанные услуги по настоящему Договору.

2.3. Потребитель (пациент) обязан:

2.3.1. Произвести оплату Услуг Исполнителя в порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

2.3.2. Подписать Акт сдачи-приемки оказанных услуг в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента его получения либо представить мотивированный отказ в письменном виде в этот же срок. В случае не подписания Акта сдачи-приемки оказанных услуг и не предоставления мотивированного отказа в срок, Акт сдачи-приемки оказанных услуг считается подписанным обеими Сторонами Договора.

2.4. Потребитель (пациент) вправе:

2.4.1. Если Исполнитель не приступит своевременно к исполнению настоящего Договора, отказаться от исполнения настоящего Договора и потребовать возмещения суммы, оплаченной за неоказанные услуги по настоящему Договору.

3. Стоимость Услуг и порядок оплаты

3.1. Стоимость Услуг определена в Спецификации оказываемых платных медицинских услуг (Приложение № 1 к Договору), на основании действующего Прейскуранта, утвержденного приказом ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России.

3.2. Оказываемые по Договору Услуги оплачиваются Потребителем (пациентом) в размере 100% предварительной оплаты стоимости немедицинских услуг согласно Спецификации оказываемых платных немедицинских услуг (Приложение № 1 к Договору) путем внесения наличных денежных средств или банковской картой с использованием

POS-терминала через контрольно-кассовую технику в кассу Исполнителя. Подтверждением оплаты является кассовый чек.

3.3. Датой оплаты Потребителем (пациентом) денежных средств считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3.4. В случае возникновения ситуаций, когда невозможность оплаты возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не несет ответственность, Потребитель (пациент) возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы.

4. Ответственность Сторон и форс-мажорные обстоятельства

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. Ни одна из Сторон не будет нести ответственность за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения Договора в результате событий чрезвычайного характера, которые стороны не могли предвидеть или предотвратить разумными мерами (форс-мажор), в том числе пожар, наводнение, землетрясение, шторм, эпидемия и стихийные природные бедствия и техногенные катастрофы, а также война, военные действия, восстания, забастовки, запретительные акты или действия правительств или государственных органов, другие чрезвычайные обстоятельства, находящиеся вне разумного контроля Сторон, препятствующие выполнению Договора.

4.3. Если любое из обстоятельств непреодолимой силы непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно приостанавливается на время действия соответствующего обстоятельства. По соглашению сторон в связи с наступлением форс-мажорных обстоятельств Договор может быть расторгнут.

5. Разрешение споров

5.1. Споры, возникшие между Сторонами в рамках настоящего Договора или в связи с ним, могут быть урегулированы Сторонами путем переговоров в досудебном порядке. В случае не достижения согласия Сторонами, спор подлежит разрешению в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6. Прочие условия

6.1. Стороны договорились о возможности использования факсимильного воспроизведения подписи руководителя Исполнителя, либо лица, действующего на основании доверенности от имени Исполнителя (в соответствии с п. 2 ст. 160 ГК РФ).

6.2. Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к Договору, подписываемые Сторонами при исполнении Договора, являются его неотъемлемой частью.

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

6.4. Приложения, составляющие неотъемлемую часть Договора:

- Спецификация оказываемых платных немедицинских услуг (Приложение № 1);
- Акт сдачи-приемки оказанных услуг (Приложение № 2);
- Дополнительное соглашение (Приложение № 3);
- Акт сдачи-приемки оказанных услуг к дополнительному соглашению (Приложение № 4).

7. Адреса и платежные реквизиты Сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова»

Минздрава России

Юридический адрес: 127299 г. Москва ул. Приорова д.10

ИНН: 7713003222

КПП: 771301001

ОГРН: 1037739007998

Номер казначейского счета (расчетный счет):

03214643000000017300

Единый казначейский счет: 40102810545370000003

ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО/УФК ПО Г. МОСКВЕ

г. Москва,

УФК по г. Москве (ФГБУ «НМИЦ ТО им.

Н.Н.Приорова» Минздрава России л/с 20736У53750,

21736У53750, 22736У53750)

БИК (ТОФК) 004525988

Тел.: +7(495) 744-40-10; 744-40-11

адрес эл. почты: cito@cito-priorov.ru

ПОТРЕБИТЕЛЬ (ПАЦИЕНТ):

(Ф.И.О)

Паспорт: серия _____ № _____

Выдан: _____

Адрес места жительства: _____

Адрес эл. почты: _____

Тел.: _____

М.П.

Приложение № 1
к Договору оказания платных
немедицинских услуг
от «_____» _____ 20__ г. № _____

**Спецификация
оказываемых платных немедицинских услуг**

Код услуги	Наименование услуги	Дата начала предоставления	Единица измерения	Количество (объем)	Цена за единицу, руб.	Стоимость услуг, руб., в том числе НДС ()
1	2	3	4	5	6	7
ИТОГО:						

Общая стоимость оказанных услуг составляет _____ () руб., в том числе НДС __% в размере _____ () руб.

**ИСПОЛНИТЕЛЬ:
ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова»
Минздрава России**

Юридический адрес: 127299 г. Москва ул. Приорова д.10
ИНН: 7713003222
КПП: 771301001
ОГРН: 1037739007998
Номер казначейского счета (расчетный счет):
03214643000000017300
Единый казначейский счет: 40102810545370000003
ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО//УФК ПО Г. МОСКВЕ
г. Москва,
УФК по г. Москве (ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова»
Минздрава России л/с 20736У53750, 21736У53750, 22736У53750)
БИК (ТОФК) 004525988
Тел.: +7(495) 744-40-10; 744-40-11
адрес эл. почты: cito@cito-priorov.ru

_____/_____
м.п.

ПОТРЕБИТЕЛЬ (ПАЦИЕНТ):

(Ф.И.О)

Паспорт: серия _____ № _____
Выдан: _____

Адрес места жительства: _____

Адрес эл. почты: _____
Тел.: _____

_____/_____

Акт сдачи-приемки оказанных услуг

г. _____ «___» _____ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (сокращенное наименование: ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России), Свидетельство о регистрации № 1037739007998 от 21.11.1994 г., выдано МИ ФНС России № 46 по г. Москве, запись в ЕГРЮЛ внесена 04.01.2003 г., Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-00110-77/00552198, выданная 30.10.2019 (бессрочно, с внесением изменений) Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109074, Москва, Славянская пл., д. 4, стр. 1, тел.: +7 (495) 698-45-38, +7 (499) 578-02-30), в лице главного врача **Соколова Олега Глебовича**, действующего на основании Доверенности № 83 от 22.12.2023, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка) _____, «___» _____ г.р., паспорт: _____ серия: _____ номер: _____ выдан: «___» _____ г., кем: _____, код подразделения: _____, зарегистрированный(ная) по адресу: _____, далее именуемый «Потребитель (пациент)», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», составили настоящий акт о нижеследующем:

1. Во исполнение п. 1.1 Договора оказания платных немедицинских услуг № _____ от «___» _____ г. Исполнитель в период с «___» _____ г. по «___» _____ г. оказал следующие услуги:

№	Наименование услуг	Единица измерения	Количество (объем)	Цена (тариф) за единицу измерения, руб.	Стоимость услуг, руб., в том числе НДС (___)
Итого:					

2. Вышеперечисленные услуги оказаны согласно Договору, своевременно, в необходимом объеме и в соответствии с требованиями, установленными Договором к их качеству. Потребитель (пациент) претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

3. Согласно Договору, общая стоимость оказанных услуг составляет _____ (_____) руб., в том числе НДС ____% в размере _____ (_____) руб.

4. Общая сумма перечисленной предварительной оплаты составила _____ (_____) руб., в том числе НДС ____% в размере _____ (_____) руб.

5. По настоящему Акту причитается к получению Потребителем (пациентом) _____ (_____) руб., в том числе НДС ____% в размере _____ (_____) руб.

6. По настоящему Акту причитается к получению Исполнителем _____ (_____) руб., в том числе НДС ____% в размере _____ (_____) руб.

7. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах, по одному для Исполнителя и Потребителя (пациента).

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

**ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова»
Минздрава России**

Юридический адрес: 127299 г. Москва ул. Приорова д.10

ИНН: 7713003222

КПП: 771301001

ОГРН: 1037739007998

Номер казначейского счета (расчетный счет): 03214643000000017300

Единый казначейский счет: 40102810545370000003

ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО/УФК ПО Г. МОСКВЕ

г. Москва,

УФК по г. Москве (ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова» Минздрава
России л/с 20736У53750, 21736У53750, 22736У53750)

БИК (ТОФК) 004525988

Тел.: +7(495) 744-40-10; 744-40-11

адрес эл. почты: cito@cito-priorov.ru

_____/_____

м.п.

ПОТРЕБИТЕЛЬ (ПАЦИЕНТ):

(Ф.И.О)

Паспорт: серия _____ № _____

Выдан: _____

Адрес места жительства: _____

Адрес эл. почты: _____

Тел.: _____

Дополнительное соглашение № _____

к договору № _____ об оказании платных немедицинских услуг (с физическим лицом)

г. Москва

«___» _____ 20__ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (сокращенное наименование: ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России), Свидетельство о регистрации № 1037739007998 от 21.11.1994 г., выдано МИ ФНС России № 46 по г. Москве, запись в ЕГРЮЛ внесена 04.01.2003 г., Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-00110-77/00552198, выданная 30.10.2019 (бессрочно, с внесением изменений) Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109074, Москва, Славянская пл., д. 4, стр. 1, тел.: +7 (495) 698-45-38, +7 (499) 578-02-30), в лице главного врача **Соколова Олега Глебовича**, действующего на основании Доверенности № 83 от 22.12.2023, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка) _____, «___» _____ г.р., паспорт: _____ серия: _____ номер: _____ выдан: «___» _____ г., кем: _____, код подразделения: _____, зарегистрированный(ная) по адресу: _____, далее именуемый «Потребитель (пациент)», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящее Дополнительное соглашение к Договору № _____ на оказание платных немедицинских услуг от «___» _____ 20__ г. о нижеследующем:

1. Стороны пришли к соглашению, что Исполнитель оказывает Потребителю (пациенту) следующие платные немедицинские услуги:

№	Наименование услуг	Единица измерения	Количество (объем)	Цена (тариф) за единицу измерения, руб.	Стоимость услуг, руб., в том числе НДС (___)
Итого:					

2. П. 3.1. Договора на оказание платных немедицинских услуг от «___» _____ 20__ г № _____ изложить в редакции: «Стоимость Услуг по настоящему договору определена в соответствии с прейскурантом Исполнителя и составляет _____ (_____), в том числе НДС ___% в размере _____ (_____) руб.».

3. Потребитель (пациент) осуществляет оплату в размере, установленном п. 2 настоящего дополнительного соглашения.

4. Соглашение считается заключенным с момента его подписания Сторонами.

5. Соглашение составлено в 2 (двух) подлинных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Заказчика.

6. Соглашение является неотъемлемой частью Договора оказания платных немедицинских услуг от «___» _____ 20__ г. № _____.

7. Стороны договорились о возможности использования факсимильного воспроизведения подписи руководителя Исполнителя, либо лица, действующего на основании доверенности от имени Исполнителя (в соответствии с п. 2 ст. 160 ГК РФ).

«Исполнитель»

«Потребитель (пациент)»

_____/_____
М.П.

_____/_____

**Акт сдачи-приемки оказанных услуг № _____
(с физическим лицом)**

г. Москва

«___» _____ 20__ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (сокращенное наименование: ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России), Свидетельство о регистрации № 1037739007998 от 21.11.1994 г., выдано МИ ФНС России № 46 по г. Москве, запись в ЕГРЮЛ внесена 04.01.2003 г., Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-001110-77/00552198, выданная 30.10.2019 (бессрочно, с внесением изменений) Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109074, Москва, Славянская пл., д. 4, стр. 1, тел.: +7 (495) 698-45-38, +7 (499) 578-02-30), в лице главного врача **Соколова Олега Глебовича**, действующего на основании Доверенности № 83 от 22.12.2023, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка) _____, «___» _____ г.р., паспорт: серия: _____ номер: _____ выдан: «___» _____ г., кем: _____, код подразделения: _____, зарегистрированный(ная) по адресу: _____, далее именуемый «Потребитель

(пациент)», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. В соответствии с условиями Дополнительного соглашения № _____ к договору № _____ оказания платных немедицинских услуг от «___» _____ 20__ г. № _____ (далее – Дополнительное соглашение), в период с «___» _____ г. по «___» _____ г. Исполнитель оказал следующие услуги:

№	Наименование услуг	Единица измерения	Количество (объем)	Цена (тариф) за единицу измерения, руб.	Стоимость услуг, руб., в том числе НДС (___)
Итого:					

2. Общая стоимость оказанных услуг составляет _____ (_____) руб., в том числе НДС ___% в размере _____ (_____) руб.

3. Общая сумма перечисленной предварительной оплаты составила _____ (_____) руб., в том числе НДС ___% в размере _____ (_____) руб.

4. По настоящему Акту причитается к получению Потребителем (пациентом) _____ (_____) руб., в том числе НДС ___% в размере _____ (_____) руб.

5. По настоящему Акту причитается к получению Исполнителем _____ (_____) руб., в том числе НДС ___% в размере _____ (_____) руб.

6. Вышеперечисленные работы услуги выполнены полностью и в срок. Потребитель (пациент) претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

7. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах – по одному для каждой Стороны, при этом оба экземпляра имеют равную юридическую силу.

ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ

ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова» Минздрава России

Юридический адрес: 127299 г. Москва ул. Приорова д.10

ИНН: 7713003222

КПП: 771301001

ОГРН: 1037739007998

Номер казначейского счета (расчетный счет):

032146430000000017300

Единый казначейский счет: 401028105453700000003

ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО/УФК ПО Г. МОСКВЕ

г. Москва,

УФК по г. Москве (ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова»

ПОТРЕБИТЕЛЬ (ПАЦИЕНТ)

(Ф.И.О)

Паспорт: серия _____ № _____

Выдан: _____

Адрес места жительства: _____

тел.: _____

адрес эл. почты: _____

Минздрава России л/с 20736У53750, 21736У53750,
22736У53750)
БИК (ТОФК) 004525988
Тел.: +7(495) 744-40-10; 744-40-11
адрес эл. почты: cito@cito-priorov.ru

_____/_____
М.П.

_____/_____

Договор № ____
оказания платных немедицинских услуг
(трехсторонний с физическими лицами)

г. Москва

«__» _____ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (сокращенное наименование: ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России), Свидетельство о регистрации № 1037739007998 от 21.11.1994 г., выдано МИ ФНС России № 46 по г. Москве, запись в ЕГРЮЛ внесена 04.01.2003 г., Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-001110-77/00552198, выданная 30.10.2019 (бессрочно, с внесением изменений) Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109074, Москва, Славянская пл., д. 4, стр. 1, тел.: +7 (495) 698-45-38, +7 (499) 578-02-30), в лице главного врача **Соколова Олега Глебовича**, действующего на основании Доверенности № 83 от 22.12.2023, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», с одной стороны, и гражданин(ка) _____, «__» _____ г.р.,

паспорт: _____ серия: _____ номер: _____ выдан: «__» _____ г., кем: _____, код подразделения: _____, зарегистрированный(-ая) по адресу: _____, далее именуемый «**Потребитель (пациент)**», со второй стороны, и гражданин(ка) _____, «__» _____ г.р. паспорт: _____ серия _____ номер: _____ выдан: «__» _____ г., кем: _____, код подразделения: _____, зарегистрированный(-ая) по адресу: _____, далее именуемый(-ая) «**Заказчик**», с третьей стороны, вместе именуемые «**Стороны**», заключили настоящий договор (далее – «**Договор**») о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. В соответствии с настоящим Договором Исполнитель принимает на себя обязательства по оказанию Потребителю (пациенту) платных немедицинских услуг, предоставляемых дополнительно при оказании медицинской помощи (далее - Услуги), а Заказчик принимает на себя обязательства по приемке и оплате оказанных Услуг.

1.2. Перечень Услуг, оказываемых в рамках настоящего Договора, не являющихся обязательными при создании условий для оказания медицинской помощи и оказываемых на возмездной основе, указан в Спецификации оказываемых платных немедицинских услуг (Приложение № 1 к Договору).

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Оказать обусловленные настоящим Договором Услуги надлежащим образом и в установленный срок.

2.1.2. Предварительно ознакомить Потребителя (пациента) и Заказчика с Прейскурантом на необходимые виды Услуг, с режимом работы Исполнителя и условиями предоставления Услуг.

2.1.3. Обеспечить Потребителя (пациента) и Заказчика доступной информацией об Исполнителе и оказываемых Услугах, размещаемой для всеобщего ознакомления на вывесках, стендах, сайте Исполнителя и иными наглядными и доступными способами.

2.1.4. По окончании оказания Услуг Исполнитель составляет Акт сдачи-приемки оказанных услуг (Приложение № 2 к Договору) и передает его на подпись Потребителю (пациенту) и Заказчику.

2.2. Исполнитель вправе:

2.2.1. Отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору при условии возмещения Заказчику суммы, оплаченной за неоказанные услуги по настоящему Договору.

2.3. Заказчик обязан:

2.3.1. Произвести оплату Услуг в порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

2.3.2. Подписать Акт сдачи-приемки оказанных услуг (Приложение № 2 к Договору) в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента его получения либо представить мотивированный отказ в письменном виде в этот же срок. В случае не подписания Акта сдачи-приемки оказанных услуг и не предоставления мотивированного отказа в срок, Акт сдачи-приемки оказанных услуг считается подписанным обеими Сторонами Договора.

2.4. Заказчик вправе:

2.4.1. Если Исполнитель не приступит своевременно к исполнению настоящего Договора, отказаться от исполнения настоящего Договора и потребовать возмещения суммы, оплаченной за не оказанные услуги по настоящему Договору.

2.5. Потребитель (пациент) обязан:

2.5.1. Подписать Акт сдачи-приемки оказанных услуг (Приложение № 2 к Договору) в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента его получения либо представить мотивированный отказ в письменном виде в этот же срок. В случае не подписания Акта сдачи-приемки оказанных услуг и не предоставления мотивированного отказа в срок, Акт сдачи-приемки оказанных услуг считается подписанным обеими Сторонами Договора.

2.6. Потребитель (пациент) вправе:

2.6.1. Если Исполнитель не приступит своевременно к исполнению настоящего Договора, отказаться от исполнения настоящего Договора.

3. Стоимость Услуг и порядок оплаты

3.1. Стоимость Услуг определена в Спецификации оказываемых платных медицинских услуг (Приложение № 1 к Договору), на основании действующего Прейскуранта, утвержденного приказом ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России.

3.2. Оказываемые по Договору Услуги оплачиваются Заказчиком в размере 100% предварительной оплаты стоимости немедицинских услуг согласно Спецификации оказываемых платных немедицинских услуг путем внесения наличных денежных средств или банковской картой с использованием POS-терминала через контрольно-кассовую технику в кассу Исполнителя или по реквизитам счета Исполнителя. Подтверждением оплаты является кассовый чек или платежное поручение с отметкой об исполнении.

3.3. Датой оплаты Заказчиком денежных средств считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3.4. В случае возникновения ситуаций, когда невозможность оплаты возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не несет ответственность, Заказчик возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы.

4. Ответственность Сторон и форс-мажорные обстоятельства

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения Договора в результате событий чрезвычайного характера, которые стороны не могли предвидеть или предотвратить разумными мерами (форс-мажор), в том числе пожар, наводнение, землетрясение, шторм, эпидемия и стихийные природные бедствия и техногенные катастрофы, а также война, военные действия, восстания, забастовки, запретительные акты или действия правительств или государственных органов, другие чрезвычайные обстоятельства, находящиеся вне разумного контроля Сторон, препятствующие выполнению Договора.

4.3. Если любое из обстоятельств непреодолимой силы непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно приостанавливается на время действия соответствующего обстоятельства. По соглашению сторон в связи с наступлением форс-мажорных обстоятельств Договор может быть расторгнут.

5. Разрешение споров

5.1. Споры, возникшие между Сторонами в рамках настоящего Договора или в связи с ним, могут быть урегулированы Сторонами путем переговоров в досудебном порядке. В случае не достижения согласия Сторонами, спор подлежит разрешению в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6. Прочие условия

6.1. Стороны договорились о возможности использования факсимильного воспроизведения подписи руководителя Исполнителя, либо лица, действующего на основании доверенности от имени Исполнителя (в соответствии с п. 2 ст. 160 ГК РФ).

6.2. Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к Договору, подписываемые Сторонами при исполнении Договора, являются его неотъемлемой частью.

6.3. Договор составлен в 3 (трех) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

6.4. Приложения, составляющие неотъемлемую часть Договора:

- Спецификация оказываемых платных немедицинских услуг (Приложение № 1);
- Акт сдачи-приемки оказываемых услуг (Приложение № 2);
- Дополнительное соглашение (Приложение № 3);
- Акт сдачи-приемки оказываемых услуг к дополнительному соглашению (Приложение № 4).

7. Адреса и платежные реквизиты Сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ

ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова»
Минздрава России

Юридический адрес: 127299 г. Москва ул.
Приорова д.10
ИНН: 7713003222
КПП: 771301001
ОГРН: 1037739007998
Номер казначейского счета (расчетный
счет): 03214643000000017300
Единый казначейский счет:
40102810545370000003
ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО/УФК ПО Г.
МОСКВЕ
г. Москва,
УФК по г. Москве (ФГБУ «НМИЦ ТО им.
Н.Н. Приорова» Минздрава России
л/с 20736У53750
БИК (ТОФК) 004525988
Тел.: +7(495) 744-40-10; 744-40-11
адрес эл. почты: cito@cito-priorov.ru

ПОТРЕБИТЕЛЬ

(Ф.И.О)

Паспорт: серия _____ № _____
Выдан: _____
Адрес места жительства: _____
Тел.: _____

ЗАКАЗЧИК

_____(Ф.И.О)_____

Паспорт: серия _____ № _____
Выдан: _____
Адрес места жительства: _____
Тел.: _____

М.П.

Приложение № 1
к Договору оказания платных
немедицинских услуг
от «_____» _____ 20__ г. № _____

**Спецификация
оказываемых платных немедицинских услуг**

Код услуги	Наименование услуги	Дата начала предоставления	Единица измерения	Количество (объем)	Цена за единицу, руб.	Стоимость услуг, руб., в том числе НДС ()
1	2	3	4	4	5	6
ИТОГО:						

Общая стоимость оказанных услуг составляет _____ (_____) руб., в том числе НДС __% в размере _____ (_____) руб.

ИСПОЛНИТЕЛЬ
ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова»
Минздрава России

Юридический адрес: 127299 г. Москва ул. Приорова д.10
ИНН: 7713003222
КПП: 771301001
ОГРН: 1037739007998
Номер казначейского счета (расчетный счет): 03214643000000017300
Единый казначейский счет: 40102810545370000003
ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО/УФК ПО Г. МОСКВЕ
г. Москва,
УФК по г. Москве (ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова» Минздрава России
л/с 20736У53750
БИК (ТОФК) 004525988
Тел.: +7(495) 744-40-10; 744-40-11
адрес эл. почты: cito@cito-priorov.ru

_____/_____/_____
М.П.

ПОТРЕБИТЕЛЬ

(Ф.И.О)

Паспорт: серия _____ № _____

Выдан: _____

Адрес места жительства: _____

Тел.: _____

_____/_____/_____
М.П.

ЗАКАЗЧИК

(Ф.И.О)

Паспорт: серия _____ № _____

Выдан: _____

Адрес места жительства: _____

Тел.: _____

_____/_____/_____
М.П.

Акт сдачи-приемки оказанных услуг

г. Москва _____ "___" _____ г.
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (сокращенное наименование: ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России), Свидетельство о регистрации № 1037739007998 от 21.11.1994 г., выдано МИ ФНС России № 46 по г. Москве, запись в ЕГРЮЛ внесена 04.01.2003 г., именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-00110-77/00552198, выданная 30.10.2019 (бессрочно, с внесением изменений) Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109074, Москва, Славянская пл., д. 4, стр. 1, тел.: +7 (495) 698-45-38, +7 (499) 578-02-30), в лице главного врача **Соколова Олега Глебовича**, действующего на основании Доверенности № 83 от 22.12.2023, с одной стороны, и гражданин(ка) _____, «___» _____ г.р. паспорт: _____ серия _____ номер: _____ выдан: «___» _____ г., кем: _____ код подразделения: _____, зарегистрированного(ной) по адресу: _____, далее именуемый «**Потребитель (пациент)**», со второй стороны, и _____, «___» _____ г.р. паспорт: _____ серия _____ номер: _____ выдан: «___» _____ г., кем: _____ код подразделения: _____, зарегистрированный(ая) по адресу: _____, далее именуемый(-ая) «**Заказчик**», с третьей стороны, вместе именуемые «**Стороны**», составили настоящий акт о нижеследующем:

№ п/п	Наименование услуг	Единица измерения	Количество (объем)	Цена (тариф) за единицу измерения, руб.	Стоимость услуг, руб., в том числе НДС (___)
Итого:					

- Во исполнение п. 1.1 Договора оказания платных немедицинских услуг № _____ от «___» _____ г. Исполнитель в период с «___» _____ г. по «___» _____ г. оказал следующие услуги:
- Вышеперечисленные услуги оказаны согласно Договору, своевременно в необходимом объеме и в соответствии с требованиями, установленными Договором к их качеству. Потребитель (пациент) и Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.
- Согласно Договору, общая стоимость оказанных услуг составляет _____ (_____) руб., в том числе НДС ____% в размере _____ (_____) руб.
- Общая сумма перечисленной предварительной оплаты составила _____ (_____) руб., в том числе НДС ____% в размере _____ (_____) руб.
- По настоящему Акту причитается к получению Заказчиком _____ (_____) руб., в том числе НДС ____% в размере _____ (_____) руб.
- По настоящему Акту причитается к получению Исполнителем _____ (_____) руб., в том числе НДС ____% в размере _____ (_____) руб.
- Настоящий Акт составлен в трех экземплярах, по одному для Исполнителя и Потребителя (пациента) и Заказчика.

ИСПОЛНИТЕЛЬ
ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова»
Минздрава России

Юридический адрес: 127299 г. Москва ул. Приорова д.10
ИНН: 7713003222
КПП: 771301001
ОГРН: 1037739007998
Номер казначейского счета (расчетный счет): 03214643000000017300
Единый казначейский счет: 40102810545370000003
ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО/УФК ПО Г. МОСКВЕ
г. Москва,
УФК по г. Москве (ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России
л/с 20736У53750
БИК (ТОФК) 004525988
Тел.: +7(495) 744-40-10; 744-40-11
адрес эл. почты: cito@cito-priorov.ru

ПОТРЕБИТЕЛЬ

(Ф.И.О)

Паспорт: серия _____ № _____
Выдан: _____
Адрес места жительства: _____
Тел.: _____

ЗАКАЗЧИК

(Ф.И.О)

Паспорт: серия _____ № _____
Выдан: _____
Адрес места жительства: _____
Тел.: _____

Дополнительное соглашение № _____
к договору № _____ оказания платных немедицинских услуг
(трехсторонний с физическими лицами)

г. Москва

«___» _____ 20__ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (сокращенное наименование: ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова» Минздрава России), Свидетельство о регистрации № 1037739007998 от 21.11.1994 г., выдано МИ ФНС России № 46 по г. Москве, запись в ЕГРЮЛ внесена 04.01.2003 г., именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-00110-77/00552198, выданная 30.10.2019 (бессрочно, с внесением изменений) Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109074, Москва, Славянская пл., д. 4, стр. 1, тел.: +7 (495) 698-45-38, +7 (499) 578-02-30), в лице главного врача **Соколова Олега Глебовича**, действующего на основании Доверенности № 83 от 22.12.2023, с одной стороны, и гражданин(ка) _____, «___» _____ г.р.

паспорт: _____ серия _____ номер: _____ выдан: _____ «___» _____ г., кем: _____ код подразделения: _____, зарегистрированного(ной) по адресу: _____, далее именуемый

«**Потребитель (пациент)**», со второй стороны, и гражданин(ка) _____, «___» _____ г.р. паспорт: _____ серия _____ номер: _____ выдан: _____ «___» _____ г., кем: _____ код подразделения: _____, зарегистрированный(ая) по адресу: _____, далее именуемый(-ая) «**Заказчик**», с третьей стороны, вместе именуемые «**Стороны**», заключили настоящее Дополнительное соглашение к Договору № _____ оказания платных немедицинских услуг от «___» _____ 20__ г. о нижеследующем:

1. Стороны пришли к соглашению, что Исполнитель оказывает Потребителю (пациенту) следующие платные немедицинские услуги:

№	Наименование услуг	Единица измерения	Количество (объем)	Цена (тариф) за единицу измерения, руб.	Стоимость услуг, руб., в том числе НДС (___)
Итого:					

2. П. 3.1. Договора оказания платных немедицинских услуг от «___» _____ 20__ г. № _____ изложить в редакции: «Стоимость Услуг по настоящему договору определена в соответствии с прейскурантом Исполнителя и составляет _____ (_____), в том числе НДС ___% в размере _____ (_____) руб.».

3. Заказчик осуществляет оплату в размере, установленном п. 2 настоящего дополнительного соглашения.

4. Соглашение считается заключенным с момента его подписания Сторонами.

5. Соглашение составлено в 3 (трех) подлинных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Заказчика, третий - у Потребителя (пациента).

6. Соглашение является неотъемлемой частью Договора оказания платных немедицинских услуг от «___» _____ 20__ г. № _____.

7. Стороны договорились о возможности использования факсимильного воспроизведения подписи руководителя Исполнителя, либо лица, действующего на основании доверенности от имени Исполнителя (в соответствии с п. 2 ст. 160 ГК РФ).

ИСПОЛНИТЕЛЬ
ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова»
Минздрава России

Юридический адрес: 127299 г. Москва ул.
Приорова д.10
ИНН: 7713003222

ПОТРЕБИТЕЛЬ

(Ф.И.О)

Паспорт: серия _____ № _____

Выдан: _____

ЗАКАЗЧИК

(Ф.И.О)

Паспорт: серия _____ № _____

Выдан: _____

КПП: 771301001
ОГРН: 1037739007998
Номер казначейского счета (расчетный счет):
03214643000000017300
Единый казначейский счет:
40102810545370000003
ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО//УФК ПО Г.
МОСКВЕ
г. Москва,
УФК по г. Москве (ФГБУ «НМИЦ ТО им.
Н.Н.Приорова» Минздрава России
л/с 20736У53750
БИК (ТОФК) 004525988
Тел.: +7(495) 744-40-10; 744-40-11
адрес эл. почты: cito@cito-priorov.ru

_____/_____
М.П.

Адрес места жительства: ____

Тел.: _____

Адрес места жительства: ____

Тел.: _____

_____/_____/

_____/_____/

**Акт сдачи-приемки оказанных услуг № _____
(трехсторонний с физическими лицами)**

г. Москва

«___» _____ 20__ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (сокращенное наименование: ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова» Минздрава России), Свидетельство о регистрации № 1037739007998 от 21.11.1994 г., выдано МИ ФНС России № 46 по г. Москве, запись в ЕГРЮЛ внесена 04.01.2003 г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-00110-77/00552198, выданная 30.10.2019 (бессрочно, с внесением изменений) Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109074, Москва, Славянская пл., д. 4, стр. 1, тел.: +7 (495) 698-45-38, +7 (499) 578-02-30), в лице главного врача **Соколова Олега Глебовича**, действующего на основании Доверенности № _____ 83 от 22.12.2023, с одной стороны, и гражданин(ка) _____, «___» _____ г.р. паспорт: _____ серия _____ номер: _____ выдан: _____ «___» _____ г., кем: _____ код подразделения: _____, зарегистрированного(ной) по адресу: _____, далее именуемый

«Потребитель (пациент)», со второй стороны, и гражданин(ка) _____, «___» _____ г.р. паспорт: _____ серия _____ номер: _____ выдан: _____ «___» _____ г., кем: _____ код подразделения: _____, зарегистрированный(ая) по адресу: _____, далее именуемый(-ая) «Заказчик», с третьей стороны, вместе именуемые «Стороны», составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. В соответствии с условиями Дополнительного соглашения № _____ к договору № _____ оказания платных немедицинских услуг от «___» _____ 20__ г. № _____ (далее – Дополнительное соглашение), в период с «___» _____ г. по «___» _____ г. Исполнитель оказал следующие услуги:

№	Наименование услуг	Единица измерения	Количество (объем)	Цена (тариф) за единицу измерения, руб.	Стоимость услуг, руб., в том числе НДС (___)
Итого:					

2. Общая стоимость оказанных услуг составляет _____ (_____) руб., в том числе НДС ___% в размере _____ (_____) руб.

3. Общая сумма перечисленной предварительной оплаты составила _____ (_____) руб., в том числе НДС ___% в размере _____ (_____) руб.

4. По настоящему Акту причитается к получению Заказчиком _____ (_____) руб., в том числе НДС ___% в размере _____ (_____) руб.

5. По настоящему Акту причитается к получению Исполнителем _____ (_____) руб., в том числе НДС ___% в размере _____ (_____) руб.

6. Вышеперечисленные работы услуги выполнены полностью и в срок. Потребитель (пациент) и Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеют.

7. Настоящий Акт составлен в трех экземплярах – по одному для каждой Стороны, при этом три экземпляра имеют равную юридическую силу.

ИСПОЛНИТЕЛЬ
ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова»
Минздрава России

ПОТРЕБИТЕЛЬ

(Ф.И.О)

ЗАКАЗЧИК

(Ф.И.О)

Юридический адрес: 127299 г. Москва ул.
Приорова д.10
ИНН: 7713003222
КПП: 771301001
ОГРН: 1037739007998
Номер казначейского счета (расчетный счет):
03214643000000017300
Единый казначейский счет:
40102810545370000003
ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО/УФК ПО Г.
МОСКВЕ
г. Москва,

Паспорт: серия _____ № _____
Выдан: _____
Адрес места жительства: _____
Тел.: _____

Паспорт: серия _____ № _____
Выдан: _____
Адрес места жительства: _____
Тел.: _____

УФК по г. Москве (ФГБУ «НМИЦ ТО им.
Н.Н.Приорова» Минздрава России
л/с 20736У53750
БИК (ТОФК) 004525988
Тел.: +7(495) 744-40-10; 744-40-11
адрес эл. почты: cito@cito-priorov.ru

_____/_____/_____
М.П.

_____/_____/_____

_____/_____/_____

**Уведомление пациента о последствиях несоблюдения указаний
(рекомендаций) врача при оказании платных медицинских услуг**

На основании пункта 24 раздела IV Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023 г. № 736 подтверждаю, что до заключения договора на оказание платных медицинских услуг Исполнитель (ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России) в письменной форме уведомил меня о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) 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.

На основании ч. 2 ст. 19, ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» добровольно желаю получить платные медицинские услуги и заключить договор на оказание платных медицинских услуг с ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России.

Потребитель (пациент):

_____/_____
подпись Ф.И.О.

«___» _____ 202_ г.

**Информированное добровольное согласие
на получение платных медицинских услуг**

Я, _____ (Ф.И.О. гражданина), «___» _____ года рождения,
паспорт: серия _____ № _____, выдан «___» _____ г. кем _____,
зарегистрирован(а) по адресу: _____ (адрес м/ж),
даю информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг мной, в ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России (далее- Учреждение).

Медицинским работником _____ (должность, Ф.И.О. медицинского работника) в доступной и понятной для меня форме мне разъяснены цели, методы и сроки получения платных медицинских услуг, связанные с ними риски, возможные варианты медицинских вмешательств в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами оказания медицинской помощи, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне также разъяснено, какие диагностические процедуры и лечение, соответствующее моему заболеванию, я могу получить бесплатно и в какие сроки в рамках системы обязательного медицинского страхования, предусмотренной Программой государственных гарантий и Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств при получении платных медицинских услуг или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я ознакомлен(а) с действующим в Учреждении Прейскурантом цен, перечнем льгот и льготных категорий лиц, которые могут на них претендовать, Перечнем платных медицинских услуг в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг (утв. приказом Минздрава России от 13.10.2017 № 804Н), и согласен(а) оплатить стоимость медицинских услуг за счет личных средств и иных источников дохода, не запрещенных действующим законодательством.

Я, _____ (Ф.И.О. гражданина), «___» _____ года рождения, паспорт: серия _____ № _____, выдан «___» _____ г. кем _____, в связи с получением медицинских услуг в медицинском научно-исследовательском центре даю добровольное согласие на использование сведений, составляющих врачебную тайну, в целях медицинского обследования и лечения, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях и использования в учебном процессе, без возможности идентификации моих персональных данных.

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина)

Сведения о выбранных мной лицах, которым в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в том числе после моей смерти, или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе после его смерти (ненужное зачеркнуть).

(Ф.И.О. доверенного лица, контактный телефон и/или иные данные)

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

«___» _____ 202__ г.
(дата оформления)

Оператору, осуществляющему обработку персональных данных
в ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России

Москва, 127299, ул. Приорова д.10
Москва, 115172, Новоспасский пер. д.9

От _____ (Ф.И.О.)
Паспорт: сер. _____ № _____ выдан: «__» _____ г.
Кем: _____
Адрес регистрации: _____

Согласие
на обработку персональных данных и сведений составляющих врачебную тайну

Я, _____ (Ф.И.О. субъекта персональных данных), в соответствии с требованиями статьи 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» добровольно даю свое согласие на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, в целях защиты жизни, здоровья и иных жизненно важных интересов субъекта или иных лиц, а также в целях организации внутреннего учета Оператора при условии сохранения врачебной тайны.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Иное разглашение моих персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной «__» _____ 20__ г. и действует бессрочно.

Настоящее согласие может быть отозвано (полностью или частично) путем подачи письменного заявления. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, Оператор обязан прекратить их обработку за исключением информации, подлежащей учету помимо согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, предусмотренных ч.1 ст. 6 и согласно ч.2 ст. 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также п.8 и 9 ч.4 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

(личная подпись)

(расшифровка подписи)

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских и немедицинских услуг
(трехсторонний с физическим лицом и юридическим лицом)

г. Москва

«__» _____ 20__ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (сокращенное наименование: ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России), Свидетельство о регистрации № 1037739007998 от 21.11.1994 г., выдано МИ ФНС России № 46 по г. Москве, запись в ЕГРЮЛ внесена 04.01.2003 г., Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-00110-77/00552198, выданная 30.10.2019 (бессрочно, с внесением изменений) Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109074, Москва, Славянская пл., д. 4, стр. 1, тел.: +7 (495) 698-45-38, +7 (499) 578-02-30), с перечнем разрешенных видов медицинских работ (услуг) в Приложении № 8 к Договору, в лице главного врача Соколова Олега Глебовича, действующего на основании Доверенности № 83 от 22.12.2023, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка) _____, «__» _____ г.р. паспорт: серия _____ номер: _____ выдан: «__» _____ г., кем: _____, код подразделения: _____, зарегистрированного(ной) по адресу: _____, далее именуемый(-ая) «Потребитель (пациент)», со второй стороны, и _____ (сокращенное наименование – _____), в лице _____, действующего на основании _____, именуемое в дальнейшем «Заказчик», с третьей стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор на оказание платных медицинских и немедицинских услуг (далее – Договор) о нижеследующем:

1. Предмет договора.

- 1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю (пациенту) платные медицинские и немедицинские услуги в соответствии со Спецификацией оказываемых платных медицинских и немедицинских услуг (Приложение № 1, 2 к Договору), а Заказчик обязуется уплатить Исполнителю стоимость оказанных медицинских и немедицинских услуг в размере, порядке и сроки, которые установлены Договором.
- 1.2. Медицинские и немедицинские услуги оказываются по месту нахождения Исполнителя:
- г. Москва, ул. Приорова, д. 10;
- г. Москва, Новоспасский пер., д. 9.
- 1.3. Потребитель (пациент) подтверждает, что до подписания Договора ознакомлен с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам в г. Москве, проинформирован о возможности и сроках получения указанных медицинских услуг (полностью или в части) в рамках обязательного медицинского страхования, а также получил исчерпывающую информацию о предстоящих медицинских услугах в доступной форме, в том числе методах, объеме и сроках предоставления, возможных рисках и осложнениях, планируемом результате лечения.
- 1.4. Медицинские услуги по Договору должны быть предоставлены в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации в сфере здравоохранения, в том числе предъявляемых к качеству медицинских услуг, нормативными документами Минздрава России, в соответствии с Порядками организации медицинской помощи и Порядками оказания медицинской помощи по профилю заболевания Потребителя (пациента), на основе Клинических рекомендаций с учетом Стандартов оказания медицинской помощи, в соответствии с Положением о порядке предоставления платных медицинских услуг в ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России.
- 1.5. Услуги оказываются как в полном объеме стандарта медицинской помощи, так и по выбору Потребителя (пациента), в виде осуществления отдельных консультаций, исследований или вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем стандарта медицинской помощи по данному заболеванию.
- 1.6. Факт заключения Договора не является основанием предоставления Потребителю (пациенту) услуг во внеочередном порядке.

2. Стоимость услуг и порядок оплаты.

- 2.1. Стоимость Услуг определена в Спецификации оказываемых платных медицинских и немедицинских услуг, на основании действующего Прейскуранта, утвержденного приказом ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России, согласно утвержденного Перечня платных медицинских и немедицинских услуг ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Минздрава России.
- 2.2. Оказываемые по Договору медицинские и немедицинские услуги оплачиваются Заказчиком в размере 100% предварительной оплаты стоимости медицинских и немедицинских услуг согласно Спецификации оказываемых платных медицинских и немедицинских услуг (Приложение № 1, 2 к Договору) путем выставления счета Исполнителем Заказчику.
- 2.3. Счет, выставленный Исполнителем Заказчику, должен содержать все необходимые реквизиты для перечисления денег и ссылку на настоящий Договор.
- 2.4. Выставленные Исполнителем счета за оказанные медицинские и немедицинские услуги оплачиваются Заказчиком в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения счета.
- 2.5. Датой оплаты Заказчиком денежных средств считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.
- 2.6. Расчеты между сторонами ведутся в безналичной форме в рублях.
- 2.7. В случае возникновения необходимости оказания дополнительных медицинских и немедицинских услуг, как для лечения заболевания, связанного с обращением за услугами по Договору, так и связанными с оказанием иных видов медицинских и немедицинских услуг с иными причинами (заболеваниями), Исполнитель с согласия Потребителя (пациента) и Заказчика оформляет Дополнительное соглашение к Договору (Приложение № 5 к Договору) с указанием

дополнительного перечня медицинских и немедицинских услуг, по которому производится предварительная оплата стоимости дополнительных медицинских и немедицинских услуг согласно п. 2.2. Договора.

2.8. В случае возникновения ситуаций, когда невозможность оплаты возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не несет ответственность, Заказчик возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы.

2.9. В случае расторжения или прекращения срока действия Договора Исполнитель и Заказчик производят окончательные взаиморасчеты в сроки, не превышающие 30 (тридцати) календарных дней после прекращения договорных отношений. О полном завершении взаиморасчетов Исполнитель и Заказчик подписывают двусторонний акт сверки взаиморасчетов (в свободной форме).

2.10. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета. Ее составление по требованию Потребителя (пациента) и (или) Заказчика является обязательным, при этом она является неотъемлемой частью договора в случае ее составления.

3. Порядок исполнения Договора

3.1. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии уведомления Потребителя (пациента) о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) врача при оказании платных медицинских услуг, информированного добровольного согласия Потребителя (пациента) на получение платных медицинских услуг, согласия Потребителя (пациента) на обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, в установленном законом порядке.

3.2. Исполнитель представляет Потребителю (пациенту) и Заказчику перечень оказываемых платных медицинских и немедицинских услуг по Договору, который указывается в Спецификации.

3.3. Исполнение Договора как полное, так и частичное, подтверждается составлением и подписанием Сторонами Акта оказанных услуг Исполнителем Потребителю (пациенту), (Приложение № 3, 4 к Договору), который является неотъемлемой частью Договора.

3.4. При оказании платных медицинских услуг в рамках Дополнительного соглашения с перечнем дополнительных медицинских и немедицинских услуг, Исполнитель представляет Потребителю (пациенту) и Заказчику дополнительный Акт (Приложение № 6, 7 к Договору), который после подписания Сторонами является подтверждением оказания дополнительных платных медицинских и немедицинских услуг Исполнителем Потребителю (пациенту).

3.5. В случае отказа Потребителя (пациента) и (или) Заказчика после заключения Договора от получения платных медицинских и немедицинских услуг, Договор расторгается. При этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору в порядке, предусмотренном в п. 2.9. настоящего Договора.

4. Права и обязанности сторон

4.1. Исполнитель обязан:

4.1.1. Своевременно и надлежащим образом оказывать медицинские и немедицинские услуги, предусмотренные в п. 1.1. Договора.

4.1.2. При лечении в стационаре оказывать платные медицинские услуги Потребителю (пациенту) лично, либо с привлечением третьих лиц.

4.1.3. Оказывать медицинские услуги Потребителю (пациенту) качественно в соответствии с требованиями п. 1.4. Договора, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с Договором после внесения Заказчиком денежных средств на счет Исполнителя в порядке, определенном разделом 2 Договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату в полном объеме.

4.1.4. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по Договору.

4.1.5. До заключения Договора в письменной форме уведомить Потребителя (пациента) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (работающего у него медицинского работника), 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 (пациента).

4.1.6. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством порядке, в том числе создание и ведение электронных медицинских документов (ЭМД).

4.1.7. Вести учет видов, объемов, стоимости, оказанных Потребителю (пациенту) медицинских и немедицинских услуг, а также денежных средств, поступивших от Заказчика.

4.1.8. Не передавать и не предоставлять третьим лицам находящуюся у Исполнителя документацию о Потребителе (пациенте) и Заказчике вне условий настоящего Договора, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

4.1.9. Не разглашать конфиденциальную информацию, в том числе врачебную тайну, третьим лицам и не использовать ее для каких-либо целей, кроме связанных с исполнением обязательств и условий по настоящему Договору.

4.1.10. Предоставлять дополнительные медицинские услуги по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя (пациента) при внезапных острых заболеваниях и осложнениях без взимания платы, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4.1.11. При заключении Договора по требованию Потребителя (пациента) и (или) Заказчика предоставлять в доступной форме информацию о платной медицинской услуге, содержащую следующие сведения:

- о порядках организации и оказания медицинской помощи, клинических рекомендациях с учетом стандартов медицинской помощи (при наличии), применяемых при предоставлении платных медицинских услуг по профилю заболевания;
- информацию о порядке и сроках оказания платных медицинских услуг в ФГБУ «НМИЦ ТО им Н.Н. Приорова» Минздрава России, о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
- о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- о правилах внутреннего распорядка и режиме лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, о требованиях по соблюдению правил поведения в медицинской организации;
- другие сведения, определенные действующим законодательством в сфере охраны здоровья, в том числе, но не ограничиваясь, перечисленных в пунктах 12,13,15-17, 21 Правил предоставления медицинскими организациями платных

медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023 г. № 736, относящиеся к предмету Договора, в том числе путем размещения на сайте Исполнителя и информационных материалах (стендах) отдела Платных медицинских услуг.

4.1.12. При заключении Договора по требованию Потребителя (пациента), и с согласия Потребителя (пациента) Заказчику предоставлять в доступной форме информацию, содержащую следующие сведения:

- о состоянии здоровья Потребителя (пациента), включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

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

4.1.13. Выдать Потребителю (пациенту) и Заказчику документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных платных медицинских и немедицинских услуг. Предоставить Потребителю (пациенту) и Заказчику по окончании оказания услуг Акт оказанных услуг по Договору и Дополнительному соглашению (в случае заключения) (Приложение № 6, Приложение № 7 к Договору).

4.1.14. После исполнения Договора выдать Потребителю (пациенту) медицинские документы, отражающие состояние его здоровья после получения им платных медицинских услуг (копии выписок и/или иные медицинские документы).

4.1.15. Соблюдать правила медицинской этики и деонтологии при общении с Потребителем (пациентом).

4.2. Заказчик обязан:

4.2.1. Оплачивать медицинские и немедицинские услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены Договором.

4.2.2. Подписывать своевременно Акты оказанных услуг Исполнителем или предоставить мотивированный отказ (в свободной форме). В случае не подписания акта, либо не предоставления мотивированного отказа в течение 5 (пяти) рабочих дней, оказанные услуги будут считаться выполненными Исполнителем надлежащим образом и принятыми Заказчиком.

4.3. Потребитель (пациент) обязан:

4.3.1. Подписывать своевременно Акты оказанных услуг Исполнителем или предоставить мотивированный отказ (в свободной форме). В случае не подписания акта, либо не предоставления мотивированного отказа в течение 5 (пяти) рабочих дней, оказанные услуги считаются выполненными Исполнителем надлежащим образом и принятыми Потребителем (пациентом).

4.3.2. Предоставить данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не в учреждении Исполнителя (при их наличии). Информировать специалистов Исполнителя о перенесенных заболеваниях (СПИД, гепатит, бронхиальная астма, сахарный диабет, туберкулез, заболеваниях сердечно-сосудистой системы, венерических заболеваниях и т.д.), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, о переливаниях крови и ее компонентов, перенесенных оперативных вмешательствах, принимаемых лекарственных препаратах и иных факторах, которые могут повлиять на качество оказываемых Исполнителем медицинских услуг.

4.3.3. Выполнять все рекомендации медицинского персонала, оказывающего по Договору медицинские услуги, в том числе соблюдать указания Исполнителя, предписанные на период после оказания услуг.

4.3.4. Строго придерживаться требований режима прохождения медицинских процедур, назначенных лечащим (дежурным) врачом, неукоснительно и точно выполнять указания медицинского персонала Исполнителя во время всего курса лечения, соблюдать график приема врачей-специалистов.

4.3.5. Во время нахождения на территории Исполнителя, соблюдать правила внутреннего распорядка для пациентов, установленные Исполнителем.

4.3.6. Выполнять личные санитарно-гигиенические процедуры, направленные на поддержание своего здоровья и санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя.

4.3.7. Бережно относиться к имуществу Исполнителя. В случае причинения ущерба Исполнителю вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действиями Потребителя (пациента) и/или сопровождающими его лицами, Потребитель (пациент) производит возмещение Исполнителю действительного нанесенного материального ущерба в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.4. Исполнитель имеет право:

4.4.1. Получать от Потребителя (пациента) любую информацию, необходимую для исполнения своих обязательств по Договору. В случае не предоставления либо неполного или неверного предоставления Потребителем (пациентом) информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по Договору до предоставления необходимой информации.

4.4.2. Требовать от Заказчика оплаты услуг, оказанных Потребителю (пациенту) по Договору.

4.4.3. При наступлении случаев невозможности проведения исследования, в том числе, но не ограничиваясь: техническая неисправность оборудования (аппаратов), сбой/отсутствие электроэнергии, затопление помещения и т.п., направить Потребителя (пациента) на проведение исследования вне очереди в любой другой день по согласованию с Потребителем (пациентом).

4.5. Заказчик имеет право:

4.5.1. Получать от Исполнителя в отношении Потребителя (пациента) услуги в соответствии с п. 1.1. Договора.

4.5.2. Получать от Исполнителя для ознакомления в доступной форме любые сведения, предусмотренные п. 4.1.11, п. 4.1.12. в порядке, установленном данными пунктами.

4.5.3. Отказаться от исполнения Договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

4.6. Потребитель (пациент) имеет право:

4.6.1. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с п. 1.1. Договора.

4.6.2. Получать от Исполнителя для ознакомления в доступной форме любые сведения о состоянии своего здоровья, сведения о результатах медицинского обследования, диагнозе, прогнозе развития заболевания и риске возможных медицинских вмешательств.

4.6.3. Требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии здоровья (врачебной тайны) и неразглашения персональных данных в соответствии с требованиями законодательства и условиями Договора.

4.6.4. Отказаться от исполнения Договора при условии оплаты Заказчиком Исполнителю фактически понесенных им расходов.

5. Ответственность сторон

5.1. Стороны несут ответственность за ненадлежащее исполнение своих обязательств по Договору в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе ответственность Исполнителя перед Потребителем (пациентом) за несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя (пациента) вследствие неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязанностей при наличии вины.

5.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение Договора, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Потребителем (пациентом) условий Договора, в том числе в случаях, вызванных медицинскими показаниями, а также в случае, если:

- проявились осложнения, связанные с тем, что пациент не предоставил специалистам Исполнителя полную и достоверную информацию об имеющихся у него заболеваниях;
- в соответствии с потребностями лечебно-диагностического процесса и/или для предотвращения возможных осложнений пациенту были назначены дополнительные методы диагностики и/или лечения, но пациент не выполнил эти назначения;
- осложнения наступили из-за несоблюдения врачебных рекомендаций;
- вред причинен в рамках обоснованного профессионального риска.

5.3. Отсутствие ожидаемого результата, если специалистами Исполнителя были предприняты все необходимые профессиональные действия при соблюдении той степени заботливости и осмотрительности, какая от них требовалась по характеру обязательств и условиям Договора, не является основанием для признания медицинской услуги ненадлежаще оказанной.

5.4. Ни одна из Сторон не будет нести ответственность за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения Договора в результате событий чрезвычайного характера, которые стороны не могли предвидеть или предотвратить разумными мерами (форс-мажор), в том числе пожар, наводнение, землетрясение, шторм, эпидемия и стихийные природные бедствия и техногенные катастрофы, а также война, военные действия, восстания, забастовки, запретительные акты или действия правительств или государственных органов, другие чрезвычайные обстоятельства, находящиеся вне разумного контроля Сторон, препятствующие выполнению Договора.

5.5. Если любое из обстоятельств непреодолимой силы непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно приостанавливается на время действия соответствующего обстоятельства. По соглашению сторон в связи с наступлением форс-мажорных обстоятельств Договор может быть расторгнут в порядке, предусмотренном п. 6 Договора.

6. Срок действия и порядок изменения, расторжения Договора

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует до полного выполнения сторонами своих обязательств.

6.2. Настоящий Договор может быть изменен, досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон либо по инициативе одной из сторон в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, в том числе:

- невыполнения одной из сторон обязательств по Договору;
- отказа Потребителя (пациента) и/или Заказчика от получения медицинских и немедицинских услуг.

6.3. Все изменения, дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны Сторонами (уполномоченными представителями Сторон).

6.4. Взаимоотношения сторон, не предусмотренные настоящим Договором, регулируются действующим законодательством Российской Федерации.

7. Разрешение споров

7.1. Споры, возникшие между Сторонами в рамках настоящего Договора или в связи с ним, могут быть урегулированы Сторонами путем переговоров в досудебном порядке. В случае не достижения согласия Сторонами, спор подлежит разрешению в соответствии с законодательством Российской Федерации.

8. Прочие условия

8.1. Сведения об Исполнителе: Лицензия на осуществление медицинской деятельности от 30.10.2019 № ФС-99-01-009693 выданная Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109074, Москва, Славянская пл., д. 4, стр. 1, тел.: +7 (495) 698-45-38, +7 (499) 578-02-30), Лицензия на деятельность, связанную с оборотом НС, ПВ и их прекурсоров от 15.08.2017 ЛО17-00110-50/00146547, выданная Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, Лицензия на осуществление фармацевтической деятельности от 24.06.2013 ЛО42-00110-50/00589399.

8.2. Стороны договорились о возможности использования факсимильного воспроизведения подписи руководителя Исполнителя, либо лица, действующего на основании доверенности от имени Исполнителя (в соответствии с п. 2 ст. 160 ГК РФ).

8.3. Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к Договору, подписываемые Сторонами при исполнении Договора, являются его неотъемлемой частью.

8.4. Договор составлен в 3 (трех) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

8.5. Приложения, составляющие неотъемлемую часть Договора:

- Спецификация оказываемых платных медицинских услуг – Приложение № 1
- Спецификация оказываемых платных немедицинских услуг – Приложение № 2
- Акт оказанных услуг (без НДС) – Приложение № 3
- Акт оказанных услуг (с НДС) – Приложение № 4
- Дополнительное соглашение к Договору – Приложение № 5
- Акт оказанных услуг к дополнительному соглашению (без НДС) – Приложение № 6
- Акт оказанных услуг к дополнительному соглашению (с НДС) – Приложение № 7

9. Адреса, реквизиты и подписи сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ

ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова»

Минздрава России

Юридический адрес: 127299 г. Москва ул.
Приорова д.10
ИНН: 7713003222
КПП: 771301001
ОГРН: 1037739007998
Номер казначейского счета (расчетный
счет): 03214643000000017300
Единый казначейский счет:
40102810545370000003
ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО/УФК ПО Г.
МОСКВЕ
г. Москва,
УФК по г. Москве (ФГБУ «НМИЦ ТО им.
Н.Н.Приорова» Минздрава России
л/с 20736У53750
БИК (ТОФК) 004525988
Тел.: +7(495) 744-40-10; 744-40-11
адрес эл. почты: cito@cito-priorov.ru

ПОТРЕБИТЕЛЬ

(Ф.И.О)

Паспорт: серия _____ № _____
Выдан: _____

Адрес места жительства: _____

Тел.: _____

ЗАКАЗЧИК

Юридический адрес: _____
ИНН: _____
КПП: _____
ОГРН _____
Банковские реквизиты: _____
БИК: _____
ОКПО: _____
ОКАТО: _____
тел./факс: _____
Адрес эл. почты: _____

М.П.

М.П.

**Спецификация
оказываемых платных медицинских услуг
(трехсторонний с физическим лицом и юридическим лицом)**

Код услуги	Наименование услуги	Кол-во услуг	Условия и сроки ожидания	Цена за единицу, руб.	Стоимость услуг, руб.
1	2	3	4	5	6
ИТОГО:					

Общая стоимость платных медицинских услуг составляет: _____,

НДС не облагается.

(заполняется в соответствии с действующим Перечнем платных медицинских услуг и прейскурантом цен, утвержденным Исполнителем, а в случае оказания стационарной помощи отражается в Плане лечения и (или) обследования, составляемом индивидуально для Потребителя).

Исполнитель:

_____/_____/_____
М.П.

Потребитель (пациент):

_____/_____/_____

Заказчик:

_____/_____/_____
М.П.

**Спецификация
оказываемых платных немедицинских услуг
(трехсторонний с физическим лицом и юридическим лицом)**

Код услуги	Наименование услуги	Дата начала предоставления	Единица измерения	Количество (объем)	Цена за единицу, руб.	Стоимость услуг, руб., в том числе НДС (__)
1	2	3	4	5	6	7
ИТОГО:						

Общая стоимость оказанных услуг составляет ____ (_____) руб., в том числе НДС __% в размере
____ (_____) руб.

Исполнитель:

_____/_____/_____
М.П.

Потребитель (пациент):

_____/_____/_____/_____

Заказчик:

_____/_____/_____
М.П.

Акт оказанных услуг № _____
(трехсторонний с физическим лицом и юридическим лицом)
(без НДС)

г. Москва

«___» _____ 20__ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (сокращенное наименование: ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России), Свидетельство о регистрации № 1037739007998 от 21.11.1994 г., выдано МИ ФНС России № 46 по г. Москве, запись в ЕГРЮЛ внесена 04.01.2003 г., Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-00110-77/00552198, выданная 30.10.2019 (бессрочно, с внесением изменений) Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109074, Москва, Славянская пл., д. 4, стр. 1, тел.: +7 (495) 698-45-38, +7 (499) 578-02-30), с перечнем разрешенных видов медицинских работ (услуг) в Приложении № 8 к Договору, в лице главного врача Соколова Олега Глебовича, действующего на основании Доверенности № 83 от 22.12.2023, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка) _____, «___» _____ г.р. паспорт: _____ серия _____ номер: _____ выдан: _____ «___» _____ г., кем: _____, код подразделения: _____, зарегистрированного(ной) по адресу: _____, далее именуемый(-ая) «Потребитель (пациент)», со второй стороны, и _____ (сокращенное наименование – _____), в лице _____, действующего на основании _____, именуемое в дальнейшем «Заказчик», с третьей стороны, совместно именуемые «Стороны», составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. В соответствии с условиями Договора об оказании платных медицинских услуг от «___» _____ 20__ г. № _____ (далее – Договор), Исполнителем оказаны услуги, включающие:

Код	Наименование	Ед.изм.	Кол-во	Ставка НДС	Сумма*
	Наименование услуг в соответствии с Прейскурантом			Без НДС*	
Итого:					

* НДС не облагается

2. Указанные в п. 1 настоящего Акта услуги согласно Договору от «___» _____ г. № _____ оказаны в полном объеме.
3. Претензий к оказанным медицинским услугам Потребитель (пациент) и Заказчик не имеют.
4. Стоимость оказанных услуг, согласно Договору, составила _____ (_____) рублей.
5. Оплачено Заказчиком _____ (_____) рублей.
6. Доплате/возврату подлежит сумма в размере _____ (_____) рублей.
7. Настоящий Акт оказанных услуг составлен в 3 экземплярах, каждый из которых имеет равную юридическую силу, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Заказчика, третий - у Потребителя (пациента).

8. ПОДПИСИ СТОРОН
ПОТРЕБИТЕЛЬ

ИСПОЛНИТЕЛЬ

ЗАКАЗЧИК

ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России

(Ф.И.О)

Юридический адрес: 127299 г. Москва ул. Приорова д.10
ИНН: 7713003222
КПП: 771301001
ОГРН: 1037739007998
Номер казначейского счета (расчетный счет): 03214643000000017300
Единый казначейский счет: 40102810545370000003
ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО/УФК ПО Г. МОСКВЕ
г. Москва,
УФК по г. Москве (ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России
л/с 20736У53750
БИК (ТОФК) 004525988
Тел.: +7(495) 744-40-10; 744-40-11
адрес эл. почты: cito@cito-priorov.ru

Паспорт: серия _____ № _____
Выдан: _____
Адрес места жительства: _____
Тел.: _____

Юридический адрес: _____
ИНН: _____
КПП: _____
ОГРН _____
Банковские реквизиты: _____
БИК: _____
ОКПО: _____
ОКАТО: _____
тел./факс: _____
Адрес эл. почты: _____

М.П.

М.П.

Акт оказанных услуг № _____
(трехсторонний с физическим лицом и юридическим лицом)
(с НДС)

№ _____ от «___» _____ 20__ г.

г. _____ «___» _____ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (сокращенное наименование: ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России), Свидетельство о регистрации № 1037739007998 от 21.11.1994 г., выдано МИ ФНС России № 46 по г. Москве, запись в ЕГРЮЛ внесена 04.01.2003 г., Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-00110-77/00552198, выданная 30.10.2019 (бессрочно, с внесением изменений) Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109074, Москва, Славянская пл., д. 4, стр. 1, тел.: +7 (495) 698-45-38, +7 (499) 578-02-30), с перечнем разрешенных видов медицинских работ (услуг) в Приложении № 8 к Договору, в лице главного врача Соколова Олега Глебовича, действующего на основании Доверенности № 83 от 22.12.2023, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка) _____, «___» _____ г.р. паспорт: _____ серия _____ номер: _____ выдан: _____ Г., кем: _____, код подразделения: _____, зарегистрированного(ной) по адресу: _____, далее именуемый(-ая) «Потребитель (пациент)», со второй стороны, и _____ (сокращенное наименование – _____), в лице _____, действующего на основании _____, именуемое в дальнейшем «Заказчик», с третьей стороны, совместно именуемые «Стороны», составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. Во исполнение п. 1.1 Договора оказания платных медицинских и немедицинских услуг № _____ от "___" _____ г. Исполнитель в период с "___" _____ г. по "___" _____ г. оказал следующие услуги:

Код	Наименование	Ед.изм.	Кол-во	Ставка НДС	Сумма
	Наименование услуг в соответствии с Прейскурантом				
Итого:					

- Стоимость услуг составляет _____ (_____) рублей, в том числе НДС ____% в размере _____ (_____) руб.
- Оплачено Заказчиком _____ (_____) рублей, в том числе НДС ____% в размере _____ (_____) руб.
- Доплате/возврату подлежит сумма в размере _____ (_____) рублей, в том числе НДС ____% в размере _____ (_____) руб.
- Вышеперечисленные работы (услуги) выполнены полностью и в срок. Заказчик и Потребитель (пациент) претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеют.
- Настоящий Акт составлен в трех экземплярах – по одному для каждой Стороны, при этом три экземпляра имеют равную юридическую силу.

7. ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ
ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова» Минздрава России

Юридический адрес: 127299 г. Москва ул. Приорова д.10
ИНН: 7713003222
КПП: 771301001
ОГРН: 1037739007998
Номер казначейского счета (расчетный счет): 03214643000000017300
Единый казначейский счет: 40102810545370000003
ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО//УФК ПО Г. МОСКВЕ
г. Москва,
УФК по г. Москве (ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова» Минздрава России
л/с 20736У53750
БИК (ТОФК) 004525988
Тел.: +7(495) 744-40-10; 744-40-11
адрес эл. почты: cito@cito-priorov.ru

ПОТРЕБИТЕЛЬ
(Ф.И.О)

Паспорт: _____ серия _____ № _____
Выдан: _____
Адрес места жительства: _____
Тел.: _____

ЗАКАЗЧИК

Юридический адрес: _____
ИНН: _____
КПП: _____
ОГРН _____
Банковские реквизиты: _____
БИК: _____
ОКПО: _____
ОКАТО: _____
тел./факс: _____
Адрес эл. почты: _____

_____/_____
М.П.

_____/_____
М.П.

_____/_____
М.П.

**Дополнительное соглашение № _____
к договору № _____ на оказание платных медицинских и немедицинских услуг
(трехсторонний с физическим лицом и юридическим лицом)**

г. Москва

«___» _____ 20__ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (сокращенное наименование: ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России), Свидетельство о регистрации № 1037739007998 от 21.11.1994 г., выдано МИ ФНС России № 46 по г. Москве, запись в ЕГРЮЛ внесена 04.01.2003 г., Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-00110-77/00552198, выданная 30.10.2019 (бессрочно, с внесением изменений) Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109074, Москва, Славянская пл., д. 4, стр. 1, тел.: +7 (495) 698-45-38, +7 (499) 578-02-30), с перечнем разрешенных видов медицинских работ (услуг) в Приложении № 8 к Договору, в лице главного врача Соколова Олега Глебовича, действующего на основании Доверенности № 83 от 22.12.2023, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка)

_____, «___» _____ г.р. паспорт: серия _____ номер: _____ выдан: «___» _____ г., кем: _____, код подразделения: _____, зарегистрированного(ной) по адресу: _____, далее именуемый(-ая) «Потребитель (пациент)», со второй стороны, и _____ (сокращенное наименование – _____), в лице _____, действующего на основании _____, именуемое в дальнейшем «Заказчик», с третьей стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили Дополнительное соглашение к Договору № _____ на оказание платных медицинских и немедицинских услуг от _____ о нижеследующем:

1. Стороны пришли к соглашению, что Исполнитель оказывает Потребителю (пациенту) следующие платные медицинские услуги

Код	Наименование	Ед.изм.	Кол-во	Ставка НДС	Сумма
	Наименование услуг в соответствии с Прейскурантом			Без НДС	
Итого:					

и немедицинские услуги

Код	Наименование	Ед.изм.	Кол-во	Ставка НДС	Сумма
	Наименование услуг в соответствии с Прейскурантом				
Итого:					

2. П. 2.1. Договора на оказание платных медицинских и немедицинских услуг от _____ № _____ изложить в редакции: «Стоимость медицинских услуг по настоящему договору определена в соответствии с прейскурантом Исполнителя и составляет _____ (_____), НДС не облагается. Стоимость немедицинских услуг по настоящему договору определена в соответствии с прейскурантом Исполнителя и составляет _____ (_____), в том числе НДС ____% в размере _____ (_____) руб.».

3. Заказчик осуществляет оплату в размере, установленном п. 2 настоящего дополнительного соглашения.

4. Соглашение считается заключенным с момента его подписания Сторонами.

5. Соглашение составлено в 3 экземплярах, каждый из которых имеет равную юридическую силу, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Заказчика, третий - у Потребителя (пациента).

6. Соглашение является неотъемлемой частью Договора на оказание платных медицинских и немедицинских услуг от _____ № _____.

7. Стороны договорились о возможности использования факсимильного воспроизведения подписи руководителя Исполнителя, либо лица действующего на основании доверенности от имени Исполнителя (в соответствии с п. 2 ст. 160 ГК РФ).

Исполнитель: _____
М.П.

Потребитель: _____
М.П.

Заказчик: _____

**Акт оказанных услуг № _____
к дополнительному соглашению № _____
(трехсторонний с физическим лицом и юридическим лицом) (без НДС)**

г. Москва

«___» _____ 20__ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (сокращенное наименование: ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России), Свидетельство о регистрации № 1037739007998 от 21.11.1994 г., выдано МИ ФНС России № 46 по г. Москве, запись в ЕГРЮЛ внесена 04.01.2003 г., Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-00110-77/00552198, выданная 30.10.2019 (бессрочно, с внесением изменений) Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109074, Москва, Славянская пл., д. 4, стр. 1, тел.: +7 (495) 698-45-38, +7 (499) 578-02-30), с перечнем разрешенных видов медицинских работ (услуг) в Приложении № 8 к Договору, в лице главного врача Соколова Олега Глебовича, действующего на основании Доверенности № 83 от 22.12.2023, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка) _____, «___» _____

_____ г.р. паспорт: _____ серия _____ номер: _____ выдан: _____ «___» _____ г., кем: _____, код подразделения: _____, зарегистрированного(ной) по адресу: _____, далее именуемый(-ая) «Потребитель (пациент)», со второй стороны, и _____ (сокращенное наименование – _____), в лице _____, действующего на основании _____, именуемое в дальнейшем «Заказчик», с третьей стороны, совместно именуемые «Стороны», составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. В соответствии с условиями Дополнительное соглашение № _____ к договору № _____ об оказании платных медицинских и немедицинских услуг от «___» _____ 20__ г. № _____ (далее – Дополнительное соглашение), Исполнителем оказаны медицинские услуги, включающие:

Код	Наименование	Ед.изм.	Кол-во	Ставка НДС	Сумма
	Наименование услуг в соответствии с Прейскурантом			Без НДС	
Итого:					

2. Указанные в п. 1 настоящего Акта услуги согласно Дополнительному соглашению от «___» _____ г. № _____ оказаны в полном объеме.

3. Претензий к оказанным медицинским услугам Потребитель (пациент) и Заказчик не имеют.

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

5. Оплачено Заказчиком _____ (_____) рублей.

6. Доплате/возврату подлежит сумма в размере _____ (_____) рублей.

5. Настоящий Акт оказанных услуг составлен в 3 экземплярах, каждый из которых имеет равную юридическую силу, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Заказчика, третий - у Потребителя (пациента).

6. ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ
ФГБУ «НМИЦ ТО им.
Н.Н.Приорова» Минздрава России

ПОТРЕБИТЕЛЬ

(Ф.И.О)

ЗАКАЗЧИК

Юридический адрес: 127299 г. Москва ул. Приорова д.10
ИНН: 7713003222
КПП: 771301001
ОГРН: 1037739007998
Номер казначейского счета (расчетный счет): 03214643000000017300
Единый казначейский счет: 40102810545370000003
ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО//УФК ПО Г. МОСКВЕ
г. Москва,
УФК по г. Москве (ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова» Минздрава России
л/с 20736У53750
БИК (ТОФК) 004525988
Тел.: +7(495) 744-40-10; 744-40-11
адрес эл. почты: cito@cito-priorov.ru

Паспорт: серия _____ № _____
Выдан: _____

Адрес места жительства: _____

Тел.: _____

Юридический адрес: _____
ИНН: _____
КПП: _____
ОГРН _____
Банковские реквизиты:
БИК: _____
ОКПО: _____
ОКАТО: _____
тел./факс: _____
Адрес эл. почты: _____

М.П.

М.П.

Приложение № 7
к Договору на оказание платных
медицинских услуг (трехсторонний с физическим
лицом и юридическим лицом)
от «___» _____ 20__ г. № _____

**Акт оказанных услуг № _____
к дополнительному соглашению № _____
(трехсторонний с физическим лицом и юридическим лицом) (с НДС)**

г. Москва

"___" _____ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (сокращенное наименование: ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России), Свидетельство о регистрации № 1037739007998 от 21.11.1994 г., выдано МИ ФНС России № 46 по г. Москве, запись в ЕГРЮЛ внесена 04.01.2003 г., Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-00110-77/00552198, выданная 30.10.2019 (бессрочно, с внесением изменений) Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109074, Москва, Славянская пл., д. 4, стр. 1, тел.: +7 (495) 698-45-38, +7 (499) 578-02-30), с перечнем разрешенных видов медицинских работ (услуг) в Приложении № 8 к Договору, в лице главного врача Соколова Олега Глебовича, действующего на основании Доверенности № 83 от 22.12.2023, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка) _____, «___» _____

_____ г.р. паспорт: _____ серия _____ номер: _____ выдан: _____ «___» _____ г., кем: _____, код подразделения: _____, зарегистрированного(ной) по адресу: _____, далее именуемый(-ая) «Потребитель (пациент)», со второй стороны, и _____ (сокращенное наименование – _____), в лице _____, действующего на основании _____, именуемое в дальнейшем «Заказчик», с третьей стороны, совместно именуемые «Стороны», составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. В соответствии с условиями Дополнительное соглашение № _____ к договору № _____ об оказании платных медицинских и немедицинских услуг от «___» _____ 20__ г. № _____ (далее – Дополнительное соглашение), Исполнителем оказаны немедицинские услуги, включающие:

Код	Наименование	Ед.изм.	Кол-во	Ставка НДС	Сумма
	Наименование услуг в соответствии с Прейскурантом				
Итого:					

2. Указанные в п. 1 настоящего Акта услуги согласно Дополнительному соглашению от «___» _____ г. № _____ оказаны в полном объеме.

3. Претензий к оказанным немедицинским услугам Потребитель (пациент) и Заказчик не имеют.

4. Стоимость оказанных услуг, согласно Договору, составила _____ (_____) рублей, в том числе НДС ____% в размере _____ (_____) руб.

5. Оплачено Заказчиком _____ (_____) рублей, в том числе НДС ____% в размере _____ (_____) руб.

6. Доплате/возврату подлежит сумма в размере _____ (_____) рублей, в том числе НДС ____% в размере _____ (_____) руб.

7. Настоящий Акт оказанных услуг составлен в 3 экземплярах, каждый из которых имеет равную юридическую силу, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Заказчика, третий - у Потребителя (пациента).

6. ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ
ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России

ПОТРЕБИТЕЛЬ
(Ф.И.О)

ЗАКАЗЧИК

Юридический адрес: 127299 г. Москва ул. Приорова д.10
ИНН: 7713003222
КПП: 771301001
ОГРН: 1037739007998
Номер казначейского счета (расчетный счет): 03214643000000017300
Единый казначейский счет: 40102810545370000003
ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО//УФК ПО Г. МОСКВЕ
г. Москва,
УФК по г. Москве (ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России
л/с 20736У53750
БИК (ТОФК) 004525988
Тел.: +7(495) 744-40-10; 744-40-11
адрес эл. почты: cito@cito-priorov.ru

Паспорт: серия _____ № _____
Выдан: _____

Адрес места жительства: _____

Тел.: _____

Юридический адрес: _____
ИНН: _____
КПП: _____
ОГРН _____
Банковские реквизиты: _____
БИК: _____
ОКПО: _____
ОКАТО: _____
тел./факс: _____
Адрес эл. почты: _____

_____/_____
М.П.

_____/_____
М.П.

_____/_____
М.П.

Приложение № 8
к Договору на оказание платных
медицинских услуг (трехсторонний с физическим
лицом и юридическим лицом)
от « ____ » _____ 20 ____ г. № ____

ВЫПИСКА ИЗ РЕЕСТРА ЛИЦЕНЗИЙ НА МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ
ФГБУ «НМИЦ ТО им.Н.Н.ПРИОРОВА» МИНЗДРАВА РОССИИ
С Перечнем разрешенных видов медицинских работ (услуг)



ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских и немедицинских услуг
(двухсторонний с юридическим лицом)

г. Москва

«__» _____ 20__ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (сокращенное наименование: ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России), Свидетельство о регистрации № 1037739007998 от 21.11.1994 г., выдано МИ ФНС России № 46 по г. Москве, запись в ЕГРЮЛ внесена 04.01.2003 г., Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-00110-77/00552198, выданная 30.10.2019 (бессрочно, с внесением изменений) Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109074, Москва, Славянская пл., д. 4, стр. 1, тел.: +7 (495) 698-45-38, +7 (499) 578-02-30), с перечнем разрешенных видов медицинских работ (услуг) в Приложении № 8 к Договору, в лице главного врача Соколова Олега Глебовича, действующего на основании Доверенности № 83 от 22.12.2023, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и _____ (сокращенное наименование – _____), в лице _____, действующего на основании _____, именуемое в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор на оказание платных медицинских и немедицинских услуг (далее – Договор) о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1. Предметом Договора является оказание силами и средствами Исполнителя квалифицированной медицинской помощи и немедицинских услуг гражданам, направленным Заказчиком (именуемые в дальнейшем – «Потребитель (пациент)»), по заявкам Заказчика на оказание медицинских и немедицинских услуг (Приложение №1), предоставляемым Исполнителю путем направления по электронной почте на адрес: pmu@cito-priorgov.ru либо при помощи средств факсимильной связи по номеру: 8 (495) 450-88-44.

1.2. Стороны договорились, что заявка на оказание услуг, другие документы по настоящему договору (счет, приложение к счету, акт об оказанных медицинских и немедицинских услугах и т.д.), а также извещения и сообщения, подписанные Сторонами (уполномоченными представителями Сторон) собственноручной подписью либо текстовым аналогом собственноручной подписи, и переданные при помощи средств факсимильной или электронной связи одной из Сторон и принятые другой Стороной (уполномоченным представителем Стороны) в ходе исполнения настоящего договора, имеют полную юридическую силу оригинальных экземпляров и могут быть использованы в качестве письменных доказательств (содержащаяся в них информация является обязательной для Сторон, считается достоверной и достаточной). Перечисленные в настоящем пункте документы считаются надлежащим образом переданными соответствующей Стороне с момента отправления письма с электронного адреса Стороны-отправителя на электронный адрес Стороны-получателя при отправке с помощью средств электронной связи либо с даты формирования рапорта факсимильного аппарата Стороны-отправителя, содержащего сведения об отправке сообщения Стороне-получателю, при отправке с помощью средств факсимильной связи. Заказчик обязуется при заключении настоящего договора предоставить Исполнителю список уполномоченных представителей Заказчика и соответствующих адресов электронной почты, номер факса с которых будут направляться заявки на оказание медицинских и немедицинских услуг, другие документы по настоящему договору (счет, приложение к счету, акты сдачи-приемки услуг и т.д.), а также извещения и сообщения (Приложение № 5).

1.3. Стороны договорились, что признают заявку на оказание медицинских и немедицинских услуг (в том числе уточненную или дополнительную), направленную Заказчиком при помощи факсимильной связи или на электронный адрес Исполнителя, документом, подтверждающим заявленный Заказчиком объем медицинских и немедицинских услуг и согласием Заказчика на его оплату.

1.4. Медицинские и немедицинские услуги оказываются по месту нахождения Исполнителя:

- г. Москва, ул. Приорова, д. 10;

- г. Москва, Новоспасский пер., д. 9.

1.5. Заказчик подтверждает, что Потребитель (пациент) до подписания Договора ознакомлен с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам в г. Москве, проинформирован о возможности и сроках получения указанных медицинских услуг (полностью или в части) в рамках обязательного медицинского страхования, а также получил исчерпывающую информацию о предстоящих медицинских услугах в доступной форме, в том числе методах, объеме и сроках предоставления, возможных рисках и осложнениях, планируемом результате лечения.

1.6. Медицинские услуги по Договору должны быть предоставлены в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации в сфере здравоохранения, в том числе предъявляемых к качеству медицинских услуг, нормативными документами Минздрава России, в соответствии с Порядками организации медицинской помощи и Порядками оказания медицинской помощи по профилю заболевания Потребителя (пациента), на основе Клинических

рекомендаций с учетом Стандартов оказания медицинской помощи, в соответствии с Положением о порядке предоставления платных медицинских и немедицинских услуг в ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России.

1.7. Услуги оказываются как в полном объеме стандарта медицинской помощи, так и по выбору Потребителя (пациента), в виде осуществления отдельных консультаций, исследований или вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем стандарта медицинской помощи по данному заболеванию.

1.8. Факт заключения Договора не является основанием предоставления Потребителю (пациенту) услуг во внеочередном порядке.

1.9. Немедицинские услуги, оказываемые в рамках настоящего Договора, не являются обязательными при создании условий для оказания медицинской помощи.

2. Стоимость услуг и порядок оплаты.

2.1. Стоимость медицинских и немедицинских услуг, оказываемых Потребителю (пациенту) в рамках настоящего Договора, определяется по ценам в соответствии с действующим Прейскурантом на платные медицинские и немедицинские услуги, оказываемые населению в ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России (Приложение № 6), утвержденным приказом Исполнителя.

2.2. Окончательная стоимость оказанных медицинских и немедицинских услуг по настоящему Договору будет рассчитана за фактически оказанные услуги после завершения лечения пациента, что отражается в Актах сдачи-приемки услуг (Приложение № 2, 3).

2.3. Оказываемые по Договору медицинские и немедицинские услуги оплачиваются Заказчиком в размере 100% предварительной оплаты стоимости медицинских и немедицинских услуг путем выставления счета Исполнителем Заказчику.

2.4. Счет, выставленный Исполнителем Заказчику, должен содержать все необходимые реквизиты для перечисления денег и ссылку на настоящий Договор.

2.5. Выставленные Исполнителем счета за оказываемые Потребителю (пациенту) медицинские и немедицинские услуги оплачиваются Заказчиком в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения счета.

2.6. Датой оплаты Заказчиком денежных средств считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

2.7. Расчеты между сторонами ведутся в безналичной форме в рублях.

2.8. В случае возникновения ситуаций, когда невозможность оплаты возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не несет ответственность, Заказчик возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы.

2.9. В случае расторжения или прекращения срока действия Договора Исполнитель и Заказчик производят окончательные взаиморасчеты в сроки, не превышающие 30 (тридцати) календарных дней после прекращения договорных отношений. О полном завершении взаиморасчетов Исполнитель и Заказчик подписывают двусторонний акт сверки взаиморасчетов (в свободной форме).

2.10. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета. Ее составление по требованию Потребителя (пациента) и (или) Заказчика является обязательным, при этом она является неотъемлемой частью договора в случае ее составления.

3. Порядок исполнения Договора

3.1. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии уведомления Потребителя (пациента) о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) врача при оказании платных медицинских услуг, информированного добровольного согласия Потребителя (пациента) на получение платных медицинских услуг, согласия Потребителя (пациента) на обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, в установленном законом порядке.

3.2. Исполнение Договора как полное, так и частичное, подтверждается составлением и подписанием Сторонами Актов сдачи-приемки услуг, которые являются неотъемлемой частью Договора.

3.3. В случае отказа Потребителя (пациента) и (или) Заказчика после заключения Договора от получения платных медицинских услуг Договор расторгается. При этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

4. Права и обязанности сторон

4.1. Исполнитель обязан:

4.1.1. Своевременно и надлежащим образом оказывать медицинские и немедицинские услуги, предусмотренные в п. 1.1. Договора.

4.1.2. При лечении в стационаре оказывать платные медицинские услуги Потребителю (пациенту) лично, либо с привлечением третьих лиц.

4.1.3. Оказывать медицинские услуги Потребителю (пациенту) качественно в соответствии с требованиями п. 1.7. Договора, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с Договором после внесения Заказчиком денежных средств на счет Исполнителя в порядке, определенном разделом 2 Договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату в полном объеме.

4.1.4. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по Договору.

4.1.5. До заключения Договора в письменной форме уведомить Потребителя (пациента) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (работающего у него медицинского работника), 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 (пациента).

4.1.6. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством порядке, в том числе путем создания и ведения электронных медицинских документов (ЭМД).

4.1.7. Вести учет видов, объемов, стоимости, оказанных Потребителю (пациенту) медицинских и немедицинских услуг,

а также денежных средств, поступивших от Заказчика.

4.1.8. Не передавать и не предоставлять третьим лицам находящуюся у Исполнителя документацию о Потребителе (пациенте) и Заказчике вне условий настоящего Договора, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

4.1.9. Не разглашать конфиденциальную информацию, в том числе врачебную тайну, третьим лицам и не использовать ее для каких-либо целей, кроме связанных с исполнением обязательств и условий по настоящему Договору.

4.1.10. Предоставлять дополнительные медицинские услуги по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя (пациента) при внезапных острых заболеваниях и осложнениях без взимания платы, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4.1.11. При заключении Договора по требованию Потребителя (пациента) и (или) Заказчика предоставлять в доступной форме информацию о платной медицинской услуге, содержащую следующие сведения:

- о порядках организации и оказания медицинской помощи, клинических рекомендациях с учетом стандартов медицинской помощи (при наличии), применяемых при предоставлении платных медицинских услуг по профилю заболевания;

- информацию о порядке и сроках оказания платных медицинских услуг в ФГБУ «НМИЦ ТО им Н.Н. Приорова» Минздрава России, о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

- о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

- о правилах внутреннего распорядка и режиме лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, о требованиях по соблюдению правил поведения в медицинской организации;

- другие сведения, определенные действующим законодательством в сфере охраны здоровья, в том числе, но не ограничиваясь, перечисленных в пунктах 12,13,15-17, 21 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023 г. № 736, относящиеся к предмету Договора, в том числе путем размещения на сайте Исполнителя и информационных материалах (стендах) отдела Платных медицинских услуг.

4.1.12. При заключении Договора по требованию Потребителя (пациента), и с согласия Потребителя (пациента) Заказчику предоставлять в доступной форме информацию, содержащую следующие сведения:

- о состоянии здоровья Потребителя (пациента), включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

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

4.1.13. Выдать Заказчику документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных платных медицинских и немедицинских услуг. Предоставить Заказчику по окончании оказания услуг Акты сдачи-приемки услуг.

4.1.14. После исполнения Договора выдать Потребителю (пациенту) медицинские документы, отражающие состояние его здоровья после получения им платных медицинских услуг (копии выписок и/или иные медицинские документы).

4.1.15. Соблюдать правила медицинской этики и деонтологии при общении с Потребителем (пациентом).

4.2. Заказчик обязан:

4.2.1. Оплачивать медицинские и немедицинские услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены Договором.

4.2.2. Подписывать своевременно Акты сдачи-приемки услуг или предоставить мотивированный отказ (в свободной форме). В случае не подписания акта, либо не предоставления мотивированного отказа в течение 5 (пяти) рабочих дней, оказанные услуги будут считаться выполненными Исполнителем надлежащим образом и принятыми Заказчиком.

4.4. Исполнитель имеет право:

4.4.1. Получать от Потребителя (пациента) и Заказчика любую информацию, необходимую для исполнения своих обязательств по Договору. В случае не предоставления либо неполного или неверного предоставления Потребителем (пациентом) и/или Заказчиком информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по Договору до предоставления необходимой информации.

4.4.2. Требовать от Заказчика оплаты услуг, оказанных Потребителю (пациенту) по Договору.

4.4.3. При наступлении случаев невозможности проведения исследования, в том числе, но не ограничиваясь: техническая неисправность оборудования (аппаратов), сбой/отсутствие электроэнергии, затопление помещения и т.п., направить Потребителя (пациента) на проведение исследования вне очереди в любой другой день по согласованию с Потребителем (пациентом).

4.5. Заказчик имеет право:

4.5.1. Получать от Исполнителя в отношении Потребителя (пациента) услуги в соответствии с п. 1.1. Договора.

4.5.2. Получать от Исполнителя для ознакомления в доступной форме любые сведения, предусмотренные п. 4.1.11, п. 4.1.12. в порядке, установленном данными пунктами.

4.5.3. Отказаться от исполнения Договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

5. Ответственность сторон

5.1. Стороны несут ответственность за ненадлежащее исполнение своих обязательств по Договору в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе ответственность Исполнителя перед Потребителем (пациентом) за несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя (пациента) вследствие неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязанностей при наличии вины.

5.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение Договора, если

причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Потребителем (пациентом) условий Договора, в том числе в случаях, вызванных медицинскими показаниями, а также в случае, если:

- проявились осложнения, связанные с тем, что Потребитель (пациент) не предоставил специалистам Исполнителя полную и достоверную информацию об имеющихся у него заболеваниях;
- в соответствии с потребностями лечебно-диагностического процесса и/или для предотвращения возможных осложнений пациенту были назначены дополнительные методы диагностики и/или лечения, но пациент не выполнил эти назначения;
- осложнения наступили из-за несоблюдения врачебных рекомендаций;
- вред причинен в рамках обоснованного профессионального риска.

5.3. Отсутствие ожидаемого результата, если специалистами Исполнителя были предприняты все необходимые профессиональные действия при соблюдении той степени заботливости и осмотрительности, какая от них требовалась по характеру обязательств и условиям Договора, не является основанием для признания медицинской услуги ненадлежаще оказанной.

5.4. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения Договора в результате событий чрезвычайного характера, которые стороны не могли предвидеть или предотвратить разумными мерами (форс-мажор), в том числе пожар, наводнение, землетрясение, шторм, эпидемия и стихийные природные бедствия и техногенные катастрофы, а также война, военные действия, восстания, забастовки, запретительные акты или действия правительств или государственных органов, другие чрезвычайные обстоятельства, находящиеся вне разумного контроля Сторон, препятствующие выполнению Договора.

5.5. Если любое из обстоятельств непреодолимой силы непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно приостанавливается на время действия соответствующего обстоятельства. По соглашению сторон в связи с наступлением форс-мажорных обстоятельств Договор может быть расторгнут в порядке, предусмотренном п. 6 Договора.

6. Срок действия и порядок изменения, расторжения Договора

6.1. Срок действия данного договора 1 (один) год, начиная с момента его подписания сторонами.

6.2. Если ни одна из сторон в течение 30 (тридцати) дней до истечения срока действия договора не уведомит другую сторону о намерении расторгнуть договор, срок его действия продлевается на каждый последующий год, при этом все условия, действующие на момент продления срока, настоящего Договора сохраняют свою силу.

6.3. Изменения и дополнения в настоящий договор могут быть внесены соглашением сторон в письменной форме.

6.4. Стороны вправе досрочно расторгнуть настоящий Договор в одностороннем порядке. В этом случае заинтересованная Сторона обязана известить другую сторону письменно за 30 (тридцать) дней до предполагаемой даты расторжения. Сторона, инициирующая расторжение Договора, обязана направить Акт сверки другой Стороне в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента отправки или вместе с Уведомлением о расторжении Договора для сверки взаимных расчетов.

6.5. Стороны обязуются погасить задолженность в случае ее выявления по результатам проведенной сверки взаимных расчетов и на основании подписанного акта сверки в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты подписания акта сверки последней из Сторон.

6.6. Взаимоотношения сторон, не предусмотренные настоящим Договором, регулируются действующим законодательством Российской Федерации.

7. Разрешение споров

7.1. Споры, возникшие между Сторонами в рамках настоящего Договора или в связи с ним, могут быть урегулированы Сторонами путем переговоров в досудебном порядке. В случае не достижения согласия Сторонами, спор подлежит разрешению в соответствии с законодательством Российской Федерации.

8. Прочие условия

8.1. Сведения об Исполнителе: Лицензия на осуществление медицинской деятельности от 30.10.2019 № ФС-99-01-009693 выданная Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109074, Москва, Славянская пл., д. 4, стр. 1, тел.: +7 (495) 698-45-38, +7 (499) 578-02-30), Лицензия на деятельность, связанную с оборотом НС, ПВ и их прекурсоров от 15.08.2017 ЛО17-00110-50/00146547, выданная Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, Лицензия на осуществление фармацевтической деятельности от 24.06.2013 ЛО42-00110-50/00589399.

8.2. Стороны договорились о возможности использования факсимильного воспроизведения подписи руководителя Исполнителя, либо лица, действующего на основании доверенности от имени Исполнителя (в соответствии с п. 2 ст. 160 ГК РФ).

8.3. Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к Договору, подписываемые Сторонами при исполнении Договора, являются его неотъемлемой частью.

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

8.5. Приложения, составляющие неотъемлемую часть Договора:

- Форма заявки – Приложение № 1
- Акт сдачи-приемки услуг (без НДС) – Приложение № 2
- Акт сдачи-приемки услуг (с НДС) – Приложение № 3
- Выписка из реестра лицензий с Перечнем разрешенных видов медицинских работ (услуг) - Приложение № 4
- Список уполномоченных представителей Заказчика – Приложение № 5
- Прейскурант – Приложение № 6

9. Адреса, реквизиты и подписи сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ

ЗАКАЗЧИК: _

**ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова» Минздрава
России**

Юридический адрес: 127299 г. Москва ул. Приорова д.10
ИНН: 7713003222
КПП: 771301001
ОГРН: 1037739007998
Номер казначейского счета (расчетный счет):
03214643000000017300
Единый казначейский счет: 40102810545370000003
ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО//УФК ПО Г. МОСКВЕ
г. Москва,
УФК по г. Москве (ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова»
Минздрава России
л/с 20736У53750
БИК (ТОФК) 004525988
Тел.: +7(495) 744-40-10; 744-40-11
адрес эл. почты: cito@cito-priorov.ru

_____/_____
М.П.

Юридический адрес:

ИНН:
КПП:
ОГРН
Банковские реквизиты:

БИК:
ОКПО:
ОКАТО:
тел./факс:_____
Адрес эл. почты:_____

_____/_____
М.П.

Форма Заявки на оказание медицинских и немедицинских услуг

Заявка на оказание медицинских и немедицинских услуг № ____

от « ____ » _____ 20__ г.

Заказчик:

Исполнитель:

Договор на оказание платных медицинских и немедицинских услуг № ____ от « ____ » _____ 20__ г.

№п/п	ФИО пациента	Дата рождения пациента	Наименование медицинской и немедицинской услуги	Дата оказания услуги	Срок оказания медицинской и немедицинской услуги и/или срок предоставления результатов медицинской и немедицинской услуги (заполняется при необходимости)	Сведения о состоянии здоровья Пациента (заполняется при необходимости)

Оплату за оказание настоящих медицинских и немедицинских услуг в соответствии с Договором на оказание платных медицинских и немедицинских услуг № ____ от « ____ » _____ 20__ г. гарантируем.

Подпись уполномоченного представителя Заказчика _____

Расшифровка подписи _____

Акт сдачи-приемки услуг № _____/ПМУ
к Договору об оказании платных медицинских и немедицинских услуг (без НДС)
№ _____ от «___» _____ 20__ г.

г. Москва

«___» _____ 20__ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (сокращенное наименование: ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России), Свидетельство о регистрации № 1037739007998 от 21.11.1994 г., выдано МИ ФНС России № 46 по г. Москве, запись в ЕГРЮЛ внесена 04.01.2003 г., Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-00110-77/00552198, выданная 30.10.2019 (бессрочно, с внесением изменений) Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109074, Москва, Славянская пл., д. 4, стр. 1, тел.: +7 (495) 698-45-38, +7 (499) 578-02-30), с перечнем разрешенных видов медицинских работ (услуг) в Приложении № 4 к Договору, в лице главного врача Соколова Олега Глебовича, действующего на основании Доверенности № 83 от 22.12.2023, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и _____ (сокращенное наименование – _____), в лице _____, действующего на основании _____, именуемое в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», составили настоящий акт о нижеследующем:

1. Во исполнение п. 1.1 Договора оказания платных медицинских и немедицинских услуг № _____ от «___» _____ г. Исполнитель в период с «___» _____ г. по «___» _____ г. оказал следующие услуги:

Код	Наименование	Ед.изм.	Кол-во	Ставка НДС	Сумма
	Наименование услуг в соответствии с Прейскурантом	чел.		Без НДС	
Итого:					

2. Стоимость услуг составляет _____ (_____) рублей. НДС не облагается на основании ст. 149 Налогового кодекса Российской Федерации от 05.08.2000 г. № 117-ФЗ.
3. Оплачено Заказчиком _____ (_____) рублей.
4. Доплате/возврату подлежит сумма в размере _____ (_____) рублей.
5. Вышеперечисленные работы (услуги) выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.
6. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах – по одному для каждой Стороны, при этом оба экземпляра имеют равную юридическую силу.

Исполнитель:

Главный врач

_____/ **Соколов О.Г.** /
М.П. (подпись)

Заказчик:

/Должность/

_____/ **ФИО** /
М.П. (подпись)

Акт сдачи-приемки услуг № ____ /ПМУ
к Договору об оказании платных медицинских и немедицинских услуг (с НДС)
№ ____ от « ____ » _____ 20 ____ г.

Г. _____ " ____ " _____ Г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (сокращенное наименование: ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России), Свидетельство о регистрации № 1037739007998 от 21.11.1994 г., выдано МИ ФНС России № 46 по г. Москве, запись в ЕГРЮЛ внесена 04.01.2003 г., Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-00110-77/00552198, выданная 30.10.2019 (бессрочно, с внесением изменений) Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109074, Москва, Славянская пл., д. 4, стр. 1, тел.: +7 (495) 698-45-38, +7 (499) 578-02-30), с перечнем разрешенных видов медицинских работ (услуг) в Приложении № 4 к Договору, в лице главного врача Соколова Олега Глебовича, действующего на основании Доверенности № 83 от 22.12.2023, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и _____ (сокращенное наименование – _____), в лице _____, действующего на основании _____, именуемое в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», составили настоящий акт о нижеследующем:

1. Во исполнение п. 1.1 Договора оказания платных медицинских и немедицинских услуг № ____ от « ____ » _____ г. Исполнитель в период с « ____ » _____ г. по « ____ » _____ г. оказал следующие услуги:

Код	Наименование	Ед.изм.	Кол-во	Ставка НДС	Сумма
	Наименование услуг в соответствии с Прейскурантом				
Итого:					

2. Стоимость услуг составляет _____ (_____) рублей, в том числе НДС ____% в размере _____ (_____) руб.
3. Оплачено Заказчиком _____ (_____) рублей, в том числе НДС ____% в размере _____ (_____) руб.
4. Доплате/возврату подлежит сумма в размере _____ (_____) рублей, в том числе НДС ____% в размере _____ (_____) руб.
5. Вышеперечисленные работы (услуги) выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.
6. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах – по одному для каждой Стороны, при этом оба экземпляра имеют равную юридическую силу.

Исполнитель:

Главный врач

_____/ **Соколов О.Г.** /
М.П. (подпись)

Заказчик:

/Должность/

_____/ **ФИО** /
М.П. (подпись)

ВЫПИСКА ИЗ РЕЕСТРА ЛИЦЕНЗИЙ НА МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ
ФГБУ «НМИЦ ТО им.Н.Н.ПРИОРОВА» МИНЗДРАВА РОССИИ
С Перечнем разрешенных видов медицинских работ (услуг)



Список уполномоченных представителей Заказчика

№ п/п	ФИО уполномоченного представителя Заказчика	Полномочия	Контактный телефон, факс, адрес электронной почты
1.			Тел. Эл.почта

Подписи Сторон:

Исполнитель: Главный врач _____ О.Г. Соколов М.П.	Заказчик: _____ М.П.
---	---------------------------------------

Прейскурант

Подписи Сторон:

Исполнитель: Главный врач _____ М.П. О.Г. Соколов	Заказчик: _____ М.П.
--	---------------------------------------

ДОГОВОР №
об оказании платных медицинских и немедицинских услуг
(с юридическим лицом по ДМС)

г. Москва

«___» _____ 20__ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (сокращенное наименование: ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России), Свидетельство о регистрации № 1037739007998 от 21.11.1994 г., выдано МИ ФНС России № 46 по г. Москве, запись в ЕГРЮЛ внесена 04.01.2003 г., Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-00110-77/00552198, выданная 30.10.2019 (бессрочно, с внесением изменений) Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109074, Москва, Славянская пл., д. 4, стр. 1, тел.: +7 (495) 698-45-38, +7 (499) 578-02-30), с перечнем разрешенных видов медицинских работ (услуг) в Приложении № 5 к Договору, в лице главного врача Соколова Олега Глебовича, действующего на основании Доверенности № 83 от 22.12.2023, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и _____ (сокращенное наименование – _____), именуемый в дальнейшем Заказчик, в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», и каждый в отдельности «Сторона», заключили настоящий договор (далее – «Договор») о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. Предметом Договора является оказание силами и средствами Исполнителя квалифицированной медицинской помощи и немедицинских услуг гражданам, направленным Заказчиком (именуемым в дальнейшем – «Потребитель (пациент)»), имеющим направление - гарантийное письмо (Приложение № 1 к Договору) от Заказчика.

1.2. Перечень и стоимость медицинских и немедицинских услуг, оказываемых Потребителям (пациентам) в соответствии с лицензией Исполнителя, содержатся в Прейскуранте платных медицинских и немедицинских услуг, изложенным в Приложении № 2 к Договору (далее – «Прейскурант»).

2. Права и обязанности сторон

2.1. Заказчик обязан:

2.1.1. Передать Исполнителю данные Потребителей (пациентов) в форме Гарантийного письма по форме Приложения № 1 к Договору (далее – Гарантийное письмо), дающего право на получение медицинских и немедицинских услуг Исполнителя конкретным Потребителем (пациентом).

2.1.2. Получить от Потребителя (пациента) информированное согласие на право предоставления уполномоченным лицам Заказчика конфиденциальной информации, касающейся диагноза его заболевания, проведенного ему обследования и состояния его здоровья.

2.1.3. Оплачивать медицинские и немедицинские услуги, оказанные Исполнителем, на основании счетов, выставленных Заказчику в соответствии с условиями Договора по ценам, указанным в Прейскуранте, в объеме Гарантийного письма.

2.2. Заказчик вправе:

2.2.1. Знакомиться с документацией Исполнителя, подтверждающей объем, сроки и качество оказания медицинских услуг Потребителю (пациенту), в том числе в дистанционном формате, путем направления соответствующего запроса уполномоченному лицу Исполнителя.

2.3. Исполнитель обязан:

2.3.1. Информировать Заказчика о режиме работы и незамедлительно сообщать об изменении в режиме работы.

2.3.2. Оказывать Потребителю (пациенту) медицинские и немедицинские услуги согласно лицензии, Прейскуранту и в соответствии с Гарантийным письмом, в порядке, определенном настоящим Договором.

2.3.3. Оказывать Потребителю (пациенту) медицинскую помощь при наличии Гарантийного письма Заказчика, информированного добровольного согласия Потребителя (пациента) на получение платных медицинских услуг, согласия Потребителя (пациента) на обработку персональных данных и сведений составляющих врачебную тайну, уведомления Потребителя (пациента) о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) врача при оказании платных медицинских услуг.

2.3.4. Осуществлять идентификацию Потребителя (пациента) при обращении Потребителя (пациента) для оказания услуг к Исполнителю.

2.3.5. Обеспечить оказание Потребителю (пациенту) медицинской помощи надлежащего качества и объема.

2.3.6. Оформить на каждого Потребителя (пациента) медицинскую документацию, вести учет видов, объемов, сроков, стоимости оказанных Потребителю (пациенту) медицинских и немедицинских услуг.

2.3.7. Незамедлительно уведомить Заказчика по телефонам, указанным в Приложении № 6 настоящего Договора, о следующих событиях:

а) о выявлении у Потребителя (пациента) заболевания (состояния), лечение и обследование, которого не предусмотрено Гарантийным письмом;

б) о необходимости оказания Потребителю (пациенту) по медицинским показаниям медицинских услуг, ранее не согласованных с Заказчиком;

в) о необходимости экстренной госпитализации Потребителя (пациента), с предоставлением информации о поставленном диагнозе и состоянии Потребителя (пациента);

г) о необходимости планового, стационарного лечения Потребителю (пациенту), с предоставлением Потребителю (пациенту) выписки из амбулаторной карты с результатами функционально-диагностических и лабораторных исследований, проведенного лечения;

д) о медицинских услугах, не связанных с заболеванием (состоянием), послужившим причиной госпитализации (по поводу сопутствующих заболеваний, а также оказываемые по желанию Потребителя (пациента)).

Услуги, перечисленные в настоящем пункте договора, если они были оказаны Исполнителем без предварительного согласования с Заказчиком, оплачиваются Потребителем (пациентом) самостоятельно.

2.3.8. Выдавать Потребителю (пациенту) необходимую медицинскую документацию, связанную с выявленным заболеванием (листок временной нетрудоспособности, выписной эпикриз, рецепты, справки) в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

2.3.9. Не расширять объем обследования Потребителя (пациента) сверх Гарантийного письма без предварительного согласования с Заказчиком.

2.3.10. Предоставлять по требованию Заказчика документацию, подтверждающую объем, сроки и качество оказания амбулаторно-поликлинической, консультативно-диагностической и лечебной медицинской помощи Потребителю (пациенту).

2.3.11. Требовать от своих сотрудников соблюдения правил медицинской этики и деонтологии.

2.3.12. Не менее чем за 30 рабочих дней письменно уведомлять Заказчика об изменении Прейскуранта.

2.4. Исполнитель имеет право:

2.4.1. Самостоятельно устанавливать необходимый по медицинским показаниям объем обследования и лечения в соответствии с Гарантийным письмом Заказчика.

2.4.2. По согласию Потребителя (пациента) и Заказчика привлекать иные медицинские организации, услуги которых окажутся необходимыми в ходе лечения Потребителей (пациентов).

2.4.3. Определять Правила поведения Потребителей (пациентов) в медицинской организации и доводить их до Потребителей (пациентов) и Заказчика.

2.4.4. Производить медицинские манипуляции, связанные с лечением Потребителей (пациентов), в соответствии с режимом деятельности медицинской организации.

2.4.5. Отказаться от исполнения обязательств по настоящему договору по лечению Потребителя (пациента) в случае письменно подтвержденной Исполнителем реальной невозможности выполнить свои обязательства по данному договору либо, когда по медицинским показателям услуга принесет вред жизни (здоровью) Потребителю (пациенту) или может содержать в себе неоправданный риск наступления подобных последствий.

2.4.6. Создавать локальные информационные системы, содержащие данные о Потребителях (пациентах) и об оказываемых им медицинских и немедицинских услугах, с соблюдением установленных законодательством Российской Федерации требований о защите персональных данных и соблюдением врачебной тайны.

3. Порядок оказания услуг

3.1. Характер и объем оказания Услуг устанавливается Исполнителем в соответствии с Гарантийным письмом. При необходимости изменений и дополнений согласовывается с Заказчиком.

3.2. Обслуживание Потребителей (пациентов) осуществляется в соответствии с режимом работы Исполнителя.

3.3. В случае нарушения Потребителем (пациентом) медицинских предписаний, лечебно-охранительного режима и правил внутреннего распорядка Исполнитель доводит этот факт до сведения Заказчика.

4. Цена договора и порядок расчетов

4.1. Услуги Исполнителя оплачиваются Заказчиком за фактически произведенные надлежащим образом Услуги согласно Приложению № 2.

4.2. Исполнитель по итогам каждого календарного месяца (в дальнейшем «Отчетный месяц») предоставляет Заказчику до 20 (двадцатого) числа следующего за отчетным месяцем в оригинале с

обязательным дублированием (реестр в формате excel) на эл. адрес Заказчика ответственного лица согласно Приложению № 6 или посредством системы электронного документооборота:

- счет за оказанные услуги, счет фактуру;

- акты сдачи-приемки услуг и реестр оказанных медицинских и немедицинских услуг, согласно Приложению № 3, 4 к настоящему Договору.

4.3. Оплата счета за Услуги, предоставленные Исполнителем, производится Заказчиком в течение 10 (десяти) банковских дней с момента предоставления Исполнителем счета.

4.4. За просрочку платежей Исполнитель вправе выставить Заказчику неустойку в размере 0,1 % от суммы просроченного платежа за каждый день просрочки.

4.5. Стоимость медицинских и немедицинских услуг, указанная в Прейскуранте (Приложение № 2), может быть изменена Исполнителем.

Об изменении стоимости медицинских и немедицинских услуг в Прейскуранте Исполнитель извещает Заказчика за 1 (один) месяц до введения изменений, путем передачи актуализированного Прейскуранта на электронный адрес Заказчика ответственного лица согласно Приложению № 6 или посредством системы электронного документооборота.

4.6. Стороны проводят и подписывают Акт сверки взаиморасчетов ежеквартально до 20-го числа первого месяца, следующего за календарным кварталом.

5. Порядок разрешения споров. Ответственность сторон

5.1. При возникновении неразрешимых противоречий, связанных с оказанием услуг, стороны создают комиссию из равного количества представителей сторон для проведения медико-экономической экспертизы.

5.2. В случае споров о качестве медицинской помощи стороны вправе организовать проведение независимой экспертизы в организации, имеющей соответствующее разрешение (лицензию) и специалистов соответствующего профиля. Выбор экспертной организации осуществляется по согласованию сторон. Затраты Заказчика на организацию и проведение независимой экспертизы возмещаются Исполнителем, если результатами экспертизы подтверждается факт нарушения качества, срока и объема оказания Потребителям (пациента) медицинской помощи. Соответственно Заказчик возмещает расходы Исполнителя, если результаты экспертизы опровергают факт нарушения качества, срока и объема оказания Потребителям (пациентам) медицинской помощи.

5.3. Претензии, возникающие при исполнении настоящего Договора, должны быть предъявлены в письменном виде не позднее 30 календарных дней со дня возникновения оснований для их предъявления.

5.4. Сторона, получившая претензию, обязана рассмотреть ее и ответить в письменном виде не позднее 30 календарных дней с момента ее получения.

5.5. Все неурегулированные в претензионном порядке споры по настоящему Договору рассматриваются в порядке, предусмотренном действующим законодательством.

6. Обстоятельства непреодолимой силы

6.1. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, если оно явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор), возникших после вступления в силу настоящего Договора.

6.2. Обстоятельствами непреодолимой силы признаются обстоятельства, наступившие помимо воли и желания Сторон, действие которых Стороны не могли предотвратить мерами и средствами, которые оправдано и целесообразно ожидать от добросовестно действующей Стороны. Для целей настоящего Договора к обстоятельствам непреодолимой силы Стороны относят: природные чрезвычайные ситуации (землетрясение, оползень, наводнение, затопление, подтопление, ураган, шторм, природный пожар и др.), техногенные чрезвычайные ситуации (промышленная, радиационная, химическая, биологическая, гидродинамическая и транспортная аварии, пожар, взрыв и др.), экологические чрезвычайные ситуации, вооруженный мятеж, гражданская война, военные действия, введение военного положения, действия незаконного вооруженного формирования, террористические акты, диверсии или иные акты незаконного вмешательства, контртеррористическая операция, народные волнения, забастовки и локауты, бунт, восстание, массовые беспорядки, блокада, действия государственных органов и органов местного самоуправления, иных органов, организаций, наделенных федеральным законом отдельными государственными или иными публичными полномочиями, их должностных лиц, в том числе издание актов (законов, распоряжений и иных документов), препятствующие либо делающие невозможным исполнение Сторонами своих обязательств по настоящему Договору.

6.3. Сторона, для которой исполнение обязательств по настоящему Договору стало невозможным ввиду наступления обстоятельств непреодолимой силы, должна немедленно, но не позднее 5 (пяти) рабочих дней с момента наступления таких обстоятельств, в письменной форме известить другую Сторону о наступлении обстоятельств непреодолимой силы, препятствующих исполнению Обязательств по настоящему Договору. Несвоевременное извещение о наступлении обстоятельств непреодолимой силы лишает соответствующую Сторону права ссылаться на них, как на основание освобождения от ответственности по настоящему Договору. В извещении указываются характер обстоятельств непреодолимой силы, оценка их воздействия

на исполнение обязательств по настоящему Договору, а также предполагаемое время их действия. Надлежащим подтверждением наличия и продолжительности действия обстоятельств непреодолимой силы служат справки, выдаваемые уполномоченными государственными органами по месту возникновения обстоятельств непреодолимой силы, либо месту нахождения Сторон.

6.4. В период действия обстоятельств непреодолимой силы, которые освобождают Стороны от ответственности, выполнение обязательств по настоящему Договору приостанавливается. Срок исполнения обязательств по Договору отодвигается на время, соответствующее продолжительности действия обстоятельств непреодолимой силы и (или) разумному сроку для устранения их последствий.

6.5. Если вследствие действия обстоятельств непреодолимой силы срок исполнения обязательств по настоящему Договору будет отложен более чем на 2 (два) месяца и Стороны не придут к соглашению о соответствующем изменении или прекращении настоящего Договора, любая из Сторон вправе в одностороннем внесудебном порядке отказаться от настоящего Договора (исполнения настоящего Договора). Настоящий Договор прекращает свое действие с момента получения Стороной соответствующего письменного уведомления либо с даты, указанной в соответствующем уведомлении.

7. Срок действия договора

7.1. Срок действия данного договора 1 (один) год, начиная с момента его подписания сторонами.

7.2. Если ни одна из сторон в течение 30 (тридцати) дней до истечения срока действия договора не уведомит другую сторону о намерении расторгнуть договор, срок его действия продлевается на каждый последующий год, при этом все условия, действующие на момент продления срока, настоящего Договора сохраняют свою силу.

7.3. Изменения и дополнения в настоящий договор могут быть внесены соглашением сторон в письменной форме.

7.4. Стороны вправе досрочно расторгнуть настоящий Договор в одностороннем порядке. В этом случае заинтересованная Сторона обязана известить другую сторону письменно за 30 (тридцать) дней до предполагаемой даты расторжения. Сторона, инициирующая расторжение Договора, обязана направить Акт сверки другой Стороне в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента отправки или вместе с Уведомлением о расторжении Договора для сверки взаимных расчетов.

Стороны обязуются погасить задолженность в случае ее выявления по результатам проведенной сверки взаимных расчетов и на основании подписанного акта сверки в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты подписания акта сверки последней из Сторон.

8. Конфиденциальность

8.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности информации, полученной при исполнении условий настоящего Договора. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по настоящему Договору конфиденциальной, может осуществляться только с согласия другой стороны.

8.2. Конфиденциальной, по настоящему Договору, признается следующая информация: сведения о Потребителях (пациентах), сведения о заболеваниях Потребителей (пациентов), сведения о ценах на услуги, оказываемые Исполнителем.

9. Обработка персональных данных

9.1. Используемые в данном разделе термины «персональные данные» и «обработка персональных данных» понимаются в том значении, в котором они определены Федеральным Законом Российской Федерации № 152-ФЗ от 27 июля 2006 года «О персональных данных», Указом Президента Российской Федерации от 06.03.1997 года № 188 «Об утверждении Перечня сведений конфиденциального характера», ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Стороны подтверждают, что при обработке персональных данных принимают все необходимые организационные и технические меры для защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий.

10. Прочие условия

10.1. Стороны соглашаются при наличии технической возможности обмениваться первичными и прочими документами в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи посредством электронного документооборота, организованного оператором электронного документооборота. Стороны соглашаются применять при осуществлении юридически значимого электронного документооборота квалифицированные электронные подписи, формы, форматы и порядок, установленные действующим законодательством.

Настоящий Договор, изменения к нему, соглашение о расторжении, Уведомления, а также счета, акты сверки, акты выполненных работ и иные документы могут быть подписаны усиленной квалифицированной подписью уполномоченных лиц Сторон или собственноручной физической подписью уполномоченных лиц Сторон. Подписание Договора одним из указанных способов в настоящем пункте Договора не обязывает Стороны к подписанию аналогичным способом иных документов согласно Договору.

10.2. Стороны пришли к соглашению о возможности использования факсимильного воспроизведения подписей своих уполномоченных представителей при подписании актов, счетов, дополнительных соглашений и приложений к Договору, а также иных оформляемых в рамках исполнения Договора документов, требующих наличия подписи уполномоченных представителей Сторон. Факсимильное воспроизведение подписей своих уполномоченных представителей на вышеперечисленных документах Стороны признают аналогом собственноручных подписей таких лиц. По требованию любой Стороны документ, подписанный с использованием факсимильного воспроизведения подписи, подлежит замене на документ, подписанный собственноручной подписью, в течение 10 рабочих дней с момента предъявления соответствующего письменного требования Стороны.

10.3. Условия Договора могут быть изменены только по взаимному согласию Сторон, дополнения и изменения в договоре действительны только при условии, если они составлены в письменной форме и подписаны уполномоченными представителями Сторон, за исключением изменения Прейскурантов. Прейскурант, отправленный посредством электронной почты или электронного документооборота, считается принятым не позднее 7 рабочих дней с даты отправки.

10.4. Все уведомления и сообщения, направляемые Сторонами в связи с исполнением настоящего Договора, должны быть оформлены в письменной форме и заверены уполномоченными представителями Сторон или направлены с электронных адресов ответственных лиц Сторон согласно Приложению № 6.

10.5. Стороны обязуются незамедлительно извещать друг друга обо всех изменениях своих адресов и реквизитов, указанных в Приложении № 6.

10.6. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах для каждой из Сторон, имеющих одинаковую юридическую силу.

11. Приложения:

11.1. К Договору прилагаются и являются его неотъемлемой частью:

Приложение № 1 Форма Гарантийного письма

Приложение № 2 Прейскурант

Приложение № 3 Акт сдачи-приемки услуг и реестр оказанных медицинских услуг (без НДС)

Приложение № 4 Акт сдачи-приемки услуг и реестр оказанных медицинских услуг (с НДС)

Приложение № 5 Выписка из реестра лицензий Исполнителя

Приложение № 6 Учетная карта Исполнителя и контактные данные Сторон

12. Адреса и реквизиты сторон

Заказчик:

Исполнитель: ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова» Минздрава России

Юридический адрес: 127299, г. Москва, ул. Приорова, д. 10

Почтовый адрес: 127299, г. Москва, ул. Приорова, д. 10

ИНН 7713003222

КПП 771301001

ОГРН 1037739007998

Р\с 032146430000000017300

Банк: ГУ Банка России по ЦФО//УФК по г. Москве, г. Москва

К\с 40102810545370000003

БИК 004525988

Тел.: 8-495-744-40-10

e-mail: cito@cito-priorov.ru

От Заказчика:

/Должность/

От Исполнителя:

Главный врач

М.П. (подпись)

ФИО

М.П. (подпись)

Соколов О.Г.

Приложение № 1
к Договору на оказание платных
медицинских и немедицинских услуг
(с юридическим лицом по ДМС)
от «_____» _____ 20__ г. № _____

Форма гарантийного письма

_____ обращается к Вам с просьбой о предоставлении стационарной медицинской помощи и услуг/обследования в профильном отделении нижепоименованному лицу.

1	Пациент	
2	Домашний адрес	
3	Номер полиса ОМС	
4	Диагноз (основной) послуживший причиной госпитализации/обследования	
5	Дата госпитализации/ проведения обследования	
6	Оплачиваемый объем медицинских и немедицинских услуг	
7	Условия размещения	
8	Лабораторные анализы и доп. методы обследования, прилагаемые к направлению на госпитализацию	

1.1. Оплату медицинских и немедицинских услуг по заболеванию, послужившему причиной госпитализации/обследования гарантируем в соответствии с условиями Договора.

1.2. Гарантийное письмо действительно в течение 14 календарных дней, за исключением случаев, когда пациент открепляется от обслуживания до завершения срока действия гарантийного письма.

Наши реквизиты:

ООО

Юридический адрес: индекс, г. Москва, ул. xxx, д. xx, стр. x.

Р/с xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx В АКБ

к/с xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx ОГРН xxx ИНН xxx КПП xxx

БИК xxx ОКПО xxx

Тел. FAX.:

E-mail :

М.П.

(подпись)

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ЗАКАЗЧИК:

Главный врач

/Должность/

_____ / **Соколов О.Г.** /

М.П. (подпись)

_____ / **ФИО** /

М.П. (подпись)

Приложение № 2
к Договору на оказание платных
медицинских и немедицинских услуг
(с юридическим лицом по ДМС)
от «_____» _____ 20__ г. № _____

**Прейскурант на платные медицинские и немедицинские услуги, предоставляемые
ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова» Минздрава России**

(действует с «_____» _____ 20__ г.)

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

Главный врач

_____/ **Соколов О.Г.** /
М.П. (подпись)

ЗАКАЗЧИК:

/Должность/

_____/ **ФИО** /
М.П. (подпись)

Приложение № 3
к Договору на оказание платных
медицинских и немедицинских услуг
(с юридическим лицом по ДМС)
от « ____ » _____ 20 ____ г. № ____

Акт сдачи-приемки услуг № ____ /ПМУ
к Договору об оказании платных медицинских и немедицинских услуг (без НДС)
№ ____ от « ____ » _____ 20 ____ г.

г. Москва

« ____ » _____ 20 ____ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (сокращенное наименование: ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России), Свидетельство о регистрации № 1037739007998 от 21.11.1994 г., выдано МИ МНС России № 46 по г. Москве, запись в ЕГРЮЛ внесена 04.01.2003 г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-00110-77/00552198, выданная 30.10.2019 (бессрочно, с внесением изменений), выданная Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109074, Москва, Славянская пл., д. 4, стр. 1, тел.: +7 (495) 698-45-38, +7 (499) 578-02-30), с перечнем разрешенных видов медицинских работ (услуг) в Приложении № 4 к Договору, в лице главного врача Соколова Олега Глебовича, действующего на основании Доверенности № 83 от 22.12.2023, и _____ (сокращенное наименование _____), именуемый в дальнейшем Заказчик, в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», и каждый в отдельности «Сторона», составили настоящий акт о нижеследующем:

1. Во исполнение п. 1.1 Договора оказания платных медицинских и немедицинских услуг № ____ от « ____ » _____ г. Исполнитель в период с « ____ » _____ г. по « ____ » _____ г. оказал следующие услуги:

Код	Наименование	Ед.изм.	Кол-во	Ставка НДС	Сумма
	Наименование услуг в соответствии с Прейскурантом			Без НДС	
Итого:					

2. Стоимость услуг составляет _____ (_____) рублей. НДС не облагается на основании ст. 149 Налогового кодекса Российской Федерации от 05.08.2000 г. № 117-ФЗ

3. Оплачено Заказчиком _____ (_____) рублей.

4. Доплате/возврату подлежит сумма в размере _____ (_____) рублей.

5. Вышеперечисленные работы (услуги) выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг претензий не имеет.

6. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах – по одному для каждой Стороны, при этом оба экземпляра имеют равную юридическую силу.

Исполнитель:
Главный врач

Заказчик:
/Должность/

_____/ Соколов О.Г. /
М.П. (подпись)

_____/ ФИО /
М.П. (подпись)

Приложение № 4
к Договору на оказание платных
медицинских и немедицинских услуг (с
юридическим
лицом по ДМС)
от « ____ » _____ 20 ____ г. № ____

Акт сдачи-приемки услуг № ____ /ПМУ
к Договору об оказании платных медицинских и немедицинских услуг (с НДС)
№ ____ от « ____ » _____ 20 ____ г.

г. Москва

« ____ » _____ 20 ____ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н.Приорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (сокращенное наименование: ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России), Свидетельство о регистрации № 1037739007998 от 21.11.1994 г., выдано МИ ФНС России № 46 по г. Москве, запись в ЕГРЮЛ внесена 04.01.2003 г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-00110-77/00552198, выданная 30.10.2019 (бессрочно, с внесением изменений), выданная Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109074, Москва, Славянская пл., д. 4, стр. 1, тел.: +7 (495) 698-45-38, +7 (499) 578-02-30), с перечнем разрешенных видов медицинских работ (услуг) в Приложении № 4 к Договору, в лице главного врача Соколова Олега Глебовича, действующего на основании Доверенности № 83 от 22.12.2023, и _____ (сокращенное наименование _____), именуемый в дальнейшем Заказчик, в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», и каждый в отдельности «Сторона», составили настоящий акт о нижеследующем:

1. Во исполнение п. 1.1 Договора оказания платных медицинских и немедицинских услуг № ____ от " ____ " _____ г. Исполнитель в период с « ____ » _____ г. по « ____ " _____ г. оказал следующие услуги:

Код	Наименование	Ед.изм.	Кол-во	Ставка НДС	Сумма
	Наименование услуг в соответствии с Прейскурантом				
Итого:					

2. Стоимость услуг составляет _____ (_____) рублей, в том числе НДС ____ % в размере _____ (_____) руб.
3. Оплачено Заказчиком _____ (_____) рублей, в том числе НДС ____ % в размере _____ (_____) руб.
4. Доплате/возврату подлежит сумма в размере _____ (_____) рублей, в том числе НДС ____ % в размере _____ (_____) руб.
5. Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг претензий не имеет.
6. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах – по одному для каждой Стороны, при этом оба экземпляра имеют равную юридическую силу.

Исполнитель:

Заказчик:

Главный врач

/Должность/

_____/ **Соколов О.Г.** /
М.П. (подпись)

_____/ **ФИО** /
М.П. (подпись)

Реестр оказанных медицинских и немедицинских услуг

за период с дд.мм.гггг. по дд.мм.гггг
в рамках Договора № _____ от _____ г.

(см. приложенный файл в Excel'e)

Приложение № 5
к Договору на оказание платных
медицинских и немедицинских услуг (с
юридическим
лицом по ДМС)
от «_____» _____ 20__ г. № _____

**ВЫПИСКА ИЗ РЕЕСТРА ЛИЦЕНЗИЙ НА МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ
ФГБУ «НМИЦ ТО им.Н.Н.ПРИОРОВА» МИНЗДРАВА РОССИИ
С Перечнем разрешенных видов медицинских работ (услуг)**



Приложение № 6
к Договору на оказание платных
медицинских и немедицинских услуг (с
юридическим
лицом по ДМС)
от «_____» _____ 20__ г. № _____

Учетная карточка Исполнителя и контакты Сторон, ответственных за взаимодействие по Договору

Исполнитель:

Главный врач

_____/ **Соколов О.Г.** /
М.П. (подпись)

Заказчик:

/Должность/

_____/ **ФИО** /
М.П. (подпись)