

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики  
Крым «Крымский республиканский клинический центр фтизиатрии и  
пульмонологии»

П Р И К А З

«24» сентября 2019 г.

№ 162

*«О внесении изменений  
в приказ ГБУЗ РК «КРКЦ ФиП»  
от 08.11.2018 № 332  
«О внесении изменений  
в приказ ГБУЗ РК «КРКЦ ФиП»  
от 22.05.2015 № 148  
«Об утверждении Положений  
и Договора на оказание платных  
медицинских услуг»*

С целью приведения локальных документов в соответствии с действующими нормативными актами,

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Внести изменения в приказ ГБУЗ РК «КРКЦ ФиП» от 08.11.2018 № 332 «О внесении изменений в приказ ГБУЗ РК «КРКЦ ФиП» от 22.05.2015 № 148 «Об утверждении Положений и Договора на оказание платных медицинских услуг».
- 1.1. Утвердить форму договора на оказание платных медицинских услуг согласно Приложений к данному приказу.
- 1.2. Содержание приложений №7, №11 Приказа №332 от 08.11.2018 года прежней редакции считать утратившими силу, изложив их в следующей редакции (Приложение №1, №2).
2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя директора по экономическим вопросам Дмитриеву Ю.В.

Директор



И.Ю. Ткаченко

**ДОГОВОР**  
**на оказание платных медицинских услуг**  
**ИНОСТРАННЫМ ГРАЖДАНАМ**

г. Симферополь

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Исполнитель принимает на себя обязательства по оказанию медицинских услуг по своему профилю деятельности в соответствии: с Лицензией Министерства здравоохранения Республики Крым № ЛО-82-01-000381 от 19.07.2017г. на осуществление медицинской деятельности; с Уведомлением об осуществлении видов деятельности из числа указанных в части 1 статьи 12 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности» осуществление которых на территории Республики Крым и Севастополя допускается с 1 июня 2015 года без получения лицензии № 296 от 20.05.2015 года, а Заказчик обязуется принять и оплатить эти услуги.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым «Крымский республиканский клинический центр фтизиатрии и пульмонологии», именуемое в дальнейшем «Исполнитель» в лице Директора Ткаченко И.Ю., действующей на основании Устава, с одной стороны и \_\_\_\_\_

Ф.И.О

именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, руководствуясь, Постановлением Правительства РФ от 6 марта 2013 г. N 186 «Об утверждении правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации», на основании добровольного волеизъявления «Заказчика» заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА**

1.1. Сведения об Исполнителе.

1.1.1. Наименование организации: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым «Крымский республиканский клинический центр фтизиатрии и пульмонологии».

1.1.2. Адрес местонахождения: 295034, Республика Крым, г.Симферополь, бул. И. Франко, дом 34.

1.1.3. Адрес(а) мест(а) оказания медицинских услуг: \_\_\_\_\_.

1.1.4. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ, с указанием органа, осуществляющего госрегистрацию: ОГРН 1149102182371, дата регистрации – 31.12.2014, данные о регистрирующем органе: Инспекция Федеральной налоговой службы по г.Симферополю.

1.1.5. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации, наименование, адрес местонахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа: лицензия от 19.07.2017 г. № ЛО-82-01-000381 выдана Министерством здравоохранения Республики Крым, находящимся по адресу: 295005, Республика Крым, г. Симферополь, пр.Кирова, 13 Телефон: с мобильного телефона 8 800 733 33 34 (с 08.00 до 20.00 в рабочие дни); со стационарного телефона 0 800 733 33 34 (с 08.00 до 20.00 в рабочие дни).

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, содержится в соответствующей лицензии Исполнителя, которая

находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на официальном сайте Исполнителя.

1.2. Сведения о Заказчике.

1.3.1. Фамилия, имя и отчество (если имеется), адрес местожительства и телефон Заказчика:

---

## 2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Согласно Договора «Заказчик» поручает, а «Исполнитель» обязуется *оказать платную медицинскую услугу (или услуги)* в порядке и на условиях, определённых данным Договором.

2.2. Порядок оплаты (возмещения) стоимости оказанных медицинских услуг устанавливается условиями данного Договора. В стоимость услуг входит стоимость прямых фактической (действительных) затрат понесённых Исполнителем при оказании «Заказчику» медицинских услуг, если иное не предусмотрено условиями Договора.

2.3. Подписанием настоящего договора «Заказчик» подтверждает, что он ознакомлен с условиями оказания медицинских услуг, утвержденных в установленном законодательством порядке, а также порядком оказания соответствующих услуг в ГБУЗ РК «Крымский республиканский клинический центр фтизиатрии и пульмонологии».

## 3. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

3.1. Стоимость услуг определяется исходя из фактического объема предоставленных медицинских услуг. При определении стоимости медицинских услуг могут быть использованы цены на дополнительные виды работ согласно утвержденного прейскуранта.

3.2. Счета на оплату оказанных медицинских услуг могут выставляться «Исполнителем» по окончании каждого этапа лечения (вида работ).

3.3. В случаях прямо предусмотренных Договором, счёт может быть выставлен исходя из стоимости предполагаемого объема предоставления услуг.

3.4. Вместе со счётом «Исполнитель» предоставляет расчёт стоимости оказанных медицинских услуг исходя из стоимости прямых фактических (действительных) затрат понесённых им при оказании услуг являющихся предметом данного Договора (за исключением случаев предусмотренных п. 2.3. Договора).

3.5. «Заказчик» обязан в течении пяти банковских дней с момента получения счёта произвести оплату медицинских услуг в кассу «Исполнителя» или перечислением на расчетный счет. Оплата может быть произведена самим «Заказчиком», его страховой компанией либо третьим заинтересованным физическим или юридическим лицом на основании счета, выписанного «Исполнителем».

3.6. После оказания медицинских услуг Стороны подписывают двусторонний акт, подтверждающий факт оказания услуг.

В случае не предоставления Исполнителю подписанного акта об оказанных услугах либо мотивированного отказа в установленный Договором срок, принято считать, что приемка оказанных услуг Заказчиком осуществлена, претензии отсутствуют.

3.6. В случае необходимости использования дополнительных медицинских расходных материалов отсутствующих у «Исполнителя» обязанность по их приобретению может быть возложена на «Заказчика».

## 4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. «Исполнитель» обязан:

- оказать «Заказчику» квалифицированную, качественную медицинскую помощь;
- предоставить «Заказчику» бесплатную, доступную, полную, достоверную информацию о заболевании, предоставляемой услуге и возможных осложнениях;
- вести строгий учёт объема оказанных услуг (фактических (действительных) затрат).
- в случаях предусмотренных п. 2.3. Договора по требованию «Заказчика» предоставить расчёт стоимости предполагаемого объема предоставления услуг.

4.2. «Исполнитель» имеет право:

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

- прекратить оказание медицинской помощи в случае нарушения Заказчиком обязательств по оплате, а также других обязательств, предусмотренных Договором.

4.3. «Заказчик» обязан:

- своевременно оплатить стоимость услуг;

- сообщить врачу до начала медицинского вмешательства полные сведения о состоянии своего здоровья, перенесенных и наследственных заболеваниях, противопоказаниях, профессиональных вредностях, вредных привычках (курение, употребление алкоголя, наркотиков, токсических веществ), переносимости лекарственных средств, аллергических проявлениях, эпидемиологических данных;

- соблюдать назначения лечащего врача и медицинского персонала;

- соблюдать установленные предписания и правила при пребывании в медицинской организации;

- не применять не назначенные препараты и иные методы диагностики и лечения;

- консультироваться со специалистами других медицинской организации только по согласованию со специалистами «Исполнителя» и сообщать об их результатах.

4.4. «Заказчик» имеет право:

- получение информации о состоянии его здоровья (включая сведения о результатах обследования и установленном диагнозе; методах лечения и связанном с каждым из них риске; возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства; об альтернативах медицинскому вмешательству; ожидаемых результатах лечения; используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в т. ч. о сроках их годности (гарантийных сроках), о показаниях (противопоказаниях) к их применению);

- на предоставление информации о медицинской услуге;

- знакомиться со своей медицинской документацией, документами, подтверждающими специальную правоспособность учреждения и его специалистов;

- получить заключение с указанием результатов проведенных исследований, лечебных мероприятий и необходимых рекомендаций;

- на возмещение вреда, в случае неадекватного оказания медицинской услуги;

- отказаться от получения медицинской услуги в случаях предусмотренных п. 2.3. Договора и получить обратно оплаченную сумму за вычетом затрат «Исполнителя», связанных с подготовкой оказания услуги.

## 5. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГЕ

5.1. Информацию об оказываемой медицинской услуге «Заказчик» получает в устной форме от специалиста, который ее оказывает, до ее начала.

5.2. Перед оказанием медицинской услуги врач устанавливает отсутствие противопоказаний. При их наличии медицинская услуга не оказывается.

5.3. С учетом самой технологии выполнения медицинской услуги «Заказчик» должен осознавать вероятность (но не обязательность) вредных (побочных) эффектов медицинского вмешательства и осложнений, что может причинить вред здоровью, о чем «Заказчик» в устной форме информируется специалистом, оказывающим медицинские услуги до момента подписания договора.

5.4. В связи с тем, что вышеперечисленные побочные эффекты и осложнения возникают вследствие биологических особенностей организма и используемая технология оказания медицинской помощи не может полностью исключить их вероятность, «Исполнитель» не несет ответственность за наступление осложнений, если медицинская услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований. В случае если осложнения потребовали оказания срочной

медицинской помощи, «Исполнитель» устраняет подобные вредные последствия без дополнительной оплаты.

5.5. «Заказчик» подтверждает, что ознакомлен с «Правилами оказания медицинских услуг», а также с дополнительной информацией, касающейся особенностей данной медицинской услуги и условий ее предоставления, до начала оказания медицинской услуги.

## **6. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

6.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Заказчика приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Заказчика.

6.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензиями на медицинскую деятельность, порядками, стандартами, другими документами в соответствии с действующим законодательством России.

6.3. Заказчик предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

6.4. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством России.

6.5. Заказчик незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

6.6. Исполнителем после исполнения договора выдаются Заказчику медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

6.7. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия Заказчика (законного представителя Заказчика).

6.8. Заказчик дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных в объеме и способами, указанными в Законе от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору.

6.9. Срок предоставления платных медицинских услуг распространяется на весь период оказания медицинской услуги Заказчику.

## **7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

7.1. В случае ненадлежащего оказания медицинской услуги «Заказчик» вправе потребовать безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги.

7.2. «Исполнитель» освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения «Заказчиком» своих обязанностей или по Другим основаниям, предусмотренным законодательством.

7.3. «Заказчик» обязан возместить медицинскому учреждению фактически произведенные расходы по оказанию услуги, если «Исполнитель» не смог или был вынужден прекратить ее оказание по вине «Заказчика».

7.4. Каждая из Сторон самостоятельно несет ответственность за соблюдением требований законодательства Российской Федерации относительно защиты персональных данных в соответствии с Конституцией Российской Федерации и Законом Российской Федерации «О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ.

## **8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

8.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

- 8.2. Споры и разногласия решаются путем переговоров и в судебном порядке.
- 8.3. Договор может быть изменен и дополнен по соглашению Сторон.
- 8.4. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон.
- 8.5. «Заказчик» вправе расторгнуть договор об оказании услуги и потребовать полного возмещения убытков, если выявленные недостатки оказанной услуги не устранены «Исполнителем». «Заказчик» вправе расторгнуть договор также в тех случаях, если им обнаружены существенные недостатки оказанной услуги или иные существенные отклонения от условий договора.
- 8.6. В случае отказа «Заказчика» после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. При этом «Заказчик» обязан в соответствии с ГК РФ оплатить исполнителю фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.
- 8.7. Договор может быть расторгнут и по другим основаниям, предусмотренным законодательством РФ.
- 8.8. Сторона, считая, что ее права по настоящему договору нарушены, обязана направить другой стороне претензию, которая рассматривается в течение 10 рабочих дней. В случае неполучения ответа, посланная претензия сторона вправе обратиться в суд.

## 9. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

### Исполнитель:

**ГБУЗ РК «Крымский республиканский  
клинический центр фтизиатрии и  
пульмонологии»**

Адрес: 295034 Республика Крым,  
г.Симферополь,  
Бульвар Франко, д.34  
ОГРН 1149102182371  
ИНН 9102066857  
КПП 910201001  
ОКПО 00798819

### Банковские реквизиты:

БИК 043510001 Отделение Республика Крым  
р/с 40601810035101000001 УФК по Республике  
Крым (ГБУЗ РК «Крымский республиканский  
клинический центр фтизиатрии и  
пульмонологии», л/с 20756Ц(94970)  
КБК 006000000000000000130

Директор

/И.Ю. Ткаченко/

М.П.

### Заказчик:

Законный  
представитель \_\_\_\_\_

паспорт,серия \_\_\_\_\_

адрес  
регистрации \_\_\_\_\_

адрес нахождения в  
РК \_\_\_\_\_

телефон \_\_\_\_\_

подпись

расшифровка

**Информированное добровольное согласие  
на медицинское вмешательство**

Я, _____ (Ф.И.О. лица)	_____ г. рождения
зарегистрированный по адресу: _____ (адрес места жительства лица либо законного представителя)	
<p>даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство для получения медицинской помощи в ГБУЗ РК «Крымский республиканский клинический центр фтизиатрии и пульмонологии».</p> <p>Мне в доступной форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных законодательством.</p> <p>Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья.</p>	

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. лица, контактный телефон)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись)

**СОГЛАСИЕ  
на обработку персональных данных**

Я, _____ (Ф.И.О. лица)	_____ г. рождения
---------------------------	-------------------

паспорт № \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_ название выдавшего органа

\_\_\_\_\_ в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона «О персональных данных», подтверждаю своё согласие на обработку ГБУЗ РК «Крымский республиканский клинический центр фтизиатрии и пульмонологии» моих персональных данных включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счёта в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Организация 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 (документов) по ОМС (договором ДМС). Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие. В этом случае, Организация обязана прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. лица, контактный телефон)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись)

Директору ГБУЗ РК  
«Крымский республиканский  
клинический центр фтизиатрии  
и пульмонологии».  
Ткаченко И.Ю.

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

адрес: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (проживания)

паспорт выдан \_\_\_\_\_

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

дата выдачи «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Заявление**

Я, \_\_\_\_\_  
(физическое лицо/законный представитель)

прошу оказать медицинские услуги на платной основе:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

О возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Крым на 201\_\_ год, ознакомлен (на).

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(дата подачи заявления)

\_\_\_\_\_  
(подпись/расшифровка)



# ГБУЗ РК «Крымский республиканский клинический центр фтизиатрии и пульмонологии»

## ГАРАНТИЯ

исполнения обязательств по оплате фактической стоимости медицинских услуг

Я, \_\_\_\_\_,  
реквизиты документа. удостоверяющего личность (серия,  
номер): \_\_\_\_\_,  
адрес места регистрации  
(проживания): \_\_\_\_\_

имеуемый в дальнейшем «Гарант», руководствуясь Правилами оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации, утвержденными Постановлением Правительства Российской Федерации от 06 марта 2013г. №186, гарантирую оплату фактической стоимости медицинских услуг в случае их предоставления специалистами ГБУЗ РК «Крымский республиканский клинический центр фтизиатрии и пульмонологии» (далее ГБУЗ РК «КРКЦФиП») в рамках оказания медицинской помощи.

Своей подписью я подтверждаю то, что мне доведена следующая информация:

- о Правилах предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012г. №1006;
- о Положении о порядке организации предоставления платных медицинских услуг в ГБУЗ РК «КРКЦФиП»;
- о Правилах нахождения пациентов и посетителей в ГБУЗ РК «КРКЦФиП»;
- о правах и обязанностях пациента при оказании платных медицинских услуг.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_

(подпись)

(расшифровка подписи)

**ДОГОВОР**  
**на оказание платных медицинских услуг**

г. Симферополь

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Исполнитель принимает на себя обязательства по оказанию медицинских услуг по своему профилю деятельности в соответствии: с Лицензией Министерства здравоохранения Республики Крым № ЛО-82-01-000381 от 19.07.2017г. на осуществление медицинской деятельности; с Уведомлением об осуществлении видов деятельности из числа указанных в части 1 статьи 12 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности» осуществление которых на территории Республики Крым и Севастополя допускается с 1 июня 2015 года без получения лицензии № 296 от 20.05.2015 года, а Заказчик обязуется принять и оплатить эти услуги, согласно Прейскуранту действующему в учреждении Исполнителя.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым «Крымский республиканский клинический центр фтизиатрии и пульмонологии», именуемое в дальнейшем «Исполнитель» в лице Директора Ткаченко И.Ю., действующего на основании Устава, с одной стороны и гражданин \_\_\_\_\_

Ф.И.О

именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, руководствуясь тем, что «Исполнитель» имеет возможность оказать платную медицинскую услугу, указанную в п.п.1.1 Настоящего договора, а «Заказчик» изъявляет желание добровольно заказать платную медицинскую услугу у «Исполнителя», стороны заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА**

1.1. Сведения об Исполнителе.

1.1.1. Наименование организации: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым «Крымский республиканский клинический центр фтизиатрии и пульмонологии».

1.1.2. Адрес местонахождения: 295034, Республика Крым, г.Симферополь, бул. И. Франко, дом 34.

1.1.3. Адрес(а) мест(а) оказания медицинских услуг: \_\_\_\_\_.

1.1.4. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ, с указанием органа, осуществляющего госрегистрацию: ОГРН 1149102182371, дата регистрации – 31.12.2014, данные о регистрирующем органе – Инспекция Федеральной налоговой службы по г.Симферополю.

1.1.5. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации, наименование, адрес местонахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа: лицензия от 19.07.2017 г. № ЛО-82-01-000381 выдана Министерством здравоохранения Республики Крым, находящимся по адресу: 295005, Республика Крым, г. Симферополь, пр.Кирова, 13 Телефон: с мобильного телефона 8 800 733 33 34 (с 08.00 до 20.00 в рабочие дни); со стационарного телефона 0 800 733 33 34 (с 08.00 до 20.00 в рабочие дни).

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, содержится в соответствующей лицензии Исполнителя которая

находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на официальном сайте Исполнителя.

1.2. Сведения о Заказчике.

1.3.1. Фамилия, имя и отчество (если имеется), адрес местожительства и телефон Заказчика:

---

## 2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Настоящий договор определяет условия оказания платных медицинских услуг. «Заказчик» поручает, а «Исполнитель» обязуется оказать «Заказчику» платную медицинскую услугу (или услуги) согласно перечня указанному в Приложении 1, а именно:

---

2.2. Условия относительно стоимости оказания услуги указаны в Прейскуранте, утвержденном в соответствующем порядке.

2.3. Подписанием настоящего договора «Заказчик» подтверждает, что он ознакомлен с Прейскурантом цен на платные медицинские услуги, утвержденном в установленном законодательством порядке, а также порядком оказания соответствующих услуг в ГБУЗ РК «Крымский республиканский клинический центр фтизиатрии и пульмонологии».

## 3. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

3.1. Цена услуги, при отсутствии необходимости выполнения других работ, не предусмотренных в договоре, составляет: \_\_\_\_\_ руб.

При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ, не предусмотренных договором, они выполняются с согласия «Заказчика» с оплатой по утвержденному прейскуранту.

При необходимости, дополнительный объем услуг и работ оказывается на основании надлежаще оформленного дополнительного соглашения между сторонами.

3.2. «Заказчик» обязан в течение 3-х банковских дней с момента заключения договора произвести оплату медицинской услуги.

3.3. Оплата производится до оказания медицинской услуги в кассу «Исполнителя» или перечислением на расчетный счет. Оплата может быть произведена самим «Заказчиком», его страховой компанией либо третьим заинтересованным физическим или юридическим лицом на основании счета, выписанного «Исполнителем». Оплата производится в полном объеме на следующие реквизиты:

**БИК 043510001 Отделение Республика Крым**

**р/с 40601810035101000001 УФК по Республике Крым (ГБУЗ РК «Крымский республиканский клинический центр фтизиатрии и пульмонологии», л/с 20756Ц94970)**

**КБК 000000000000000000130.**

3.4. В случае возникновения необходимости приобретения «Заказчиком» дополнительных медицинских расходных материалов для оказания медицинской услуги, указанной в п.п. 1.1. настоящего договора, и их отсутствия у «Исполнителя». «Заказчик» должен приобрести следующие расходные материалы: \_\_\_\_\_

---

## 4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. «Исполнитель» обязан:

- оказать «Заказчику» квалифицированную, качественную медицинскую помощь в установленный договором срок;
- предоставить «Заказчику» бесплатную, доступную, полную, достоверную информацию о заболевании, предоставляемой услуге и возможных осложнениях.

4.2. «Исполнитель» имеет право:

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

4.3. «Заказчик» обязан:

- своевременно оплатить стоимость услуг;

- сообщить врачу до начала медицинского вмешательства полные сведения о состоянии своего здоровья, перенесенных и наследственных заболеваниях, противопоказаниях, профессиональных вредностях, вредных привычках (курение, употребление алкоголя, наркотиков, токсических веществ), переносимости лекарственных средств, аллергических проявлениях, эпидемиологических данных;

- соблюдать назначения лечащего врача и медицинского персонала;

- соблюдать установленные предписания и правила при пребывании в лечебном учреждении;

- не применять не назначенные препараты и иные методы диагностики и лечения;

- консультироваться со специалистами других медицинских учреждений только по согласованию с исполнителями медицинских услуг и сообщать об их результатах.

4.4. «Заказчик» имеет право:

- на предоставление информации о медицинской услуге;

- знакомиться со своей медицинской документацией, документами, подтверждающими специальную правоспособность учреждения и его врачей;

- получить заключение с указанием результатов проведенных исследований, лечебных мероприятий и необходимых рекомендаций;

- на возмещение вреда, в случае ненадлежащего оказания медицинской услуги;

- отказаться от получения медицинской услуги и получить обратно оплаченную сумму с возмещением «Исполнителю» затрат, связанных с подготовкой оказания услуги.

## **5. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГЕ**

5.1. Информацию об оказываемой медицинской услуге «Заказчик» получает в устной форме от специалиста, который ее оказывает, до ее начала.

5.2. Перед оказанием медицинской услуги врач устанавливает отсутствие противопоказаний. При их наличии медицинская услуга не оказывается.

5.3. С учетом самой технологии выполнения медицинской услуги «Заказчик» должен осознавать вероятность (но не обязательность) вредных (побочных) эффектов медицинского вмешательства и осложнений, что может причинить вред здоровью, о чем «Заказчик» в устной форме информируется специалистом, оказывающим медицинские услуги до момента подписания договора.

5.4. В связи с тем, что вышеперечисленные побочные эффекты и осложнения возникают вследствие биологических особенностей организма и используемая технология оказания медицинской помощи не может полностью исключить их вероятность, «Исполнитель» не несет ответственность за наступление осложнений, если медицинская услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований. В случае если осложнения потребовали оказания срочной медицинской помощи, «Исполнитель» устраняет подобные вредные последствия без дополнительной оплаты.

5.5. В связи с оказанием медицинской услуги в предусмотренных нормативными актами случаях «Заказчику» по его требованию выдается листок нетрудоспособности.

5.6. «Заказчик» подтверждает, что ознакомлен с «Правилами оказания медицинских услуг», а также с дополнительной информацией, касающейся особенностей данной медицинской услуги и условий ее предоставления, до начала оказания медицинской услуги.

## **6. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

6.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Заказчика приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Заказчика.

6.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензиями на медицинскую деятельность, порядками, стандартами, другими документами в соответствии с действующим законодательством России.

6.3. Заказчик предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

6.4. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством России.

6.5. Заказчик незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

6.6. Исполнителем после исполнения договора выдаются Заказчику медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

6.7. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия Заказчика (законного представителя Заказчика).

6.8. Заказчик дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных в объеме и способами, указанными в Законе от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору.

6.9. Срок предоставления платных медицинских услуг распространяется на весь период лечения Заказчика.

## 7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

7.1. В случае ненадлежащего оказания медицинской услуги «Заказчик» вправе потребовать безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги.

7.2. «Исполнитель» освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения «Заказчиком» своих обязанностей или по Другим основаниям, предусмотренным законодательством.

7.3. «Заказчик» обязан возместить медицинскому учреждению фактически произведенные расходы по оказанию услуги, если «Исполнитель» не смог или был вынужден прекратить ее оказание по вине «Заказчика».

## 8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

8.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

8.2. Споры и разногласия решаются путем переговоров и в судебном порядке.

8.3. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон.

8.4. «Заказчик» вправе расторгнуть договор об оказании услуги и потребовать полного возмещения убытков, если выявленные недостатки оказанной услуги не устранены «Исполнителем». «Заказчик» вправе расторгнуть договор также в тех случаях, если им обнаружены существенные недостатки оказанной услуги или иные существенные отклонения от условий договора.

8.5. Договор может быть расторгнут и по другим основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

8.6. Сторона, считая, что ее права по настоящему договору нарушены, обязана направить другой стороне претензию, которая рассматривается в течение 10 рабочих дней. В случае неполучения ответа, посланная претензия сторона вправе обратиться в суд.

## 9. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

### Исполнитель:

ГБУЗ РК «Крымский республиканский  
клинический центр фтизиатрии и  
пульмонологии»

Адрес: 295034 Республика Крым,

г.Симферополь,

Бульвар Франко, д.34

ОГРН 1149102182371

ИНН 9102066857

КПП 910201001

ОКПО 00798819

Банковские реквизиты:

БИК 043510001 Отделение Республика Крым

р/с 40601810035101000001 УФК по Республике

### Заказчик:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Законный  
представитель \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
паспорт,серия \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
адрес

регистрации \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
адрес

нахождения

РК \_\_\_\_\_

в

Крым (ГБУЗ РК «Крымский республиканский  
клинический центр фтизиатрии и  
пульмонологии», л/с 20756Ц94970)  
КБК 000000000000000000130  
Директор

\_\_\_\_\_  
телефон \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
/И. Ю. Ткаченко/

М.П.

Приложение 1  
к договору на оказание  
платных медицинских услуг  
от \_\_. \_\_. 20\_\_ г.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым  
Крымский республиканский клинический центр фтизиатрии и пульмонологии  
Прейскурант платных медицинских услуг, заявленных для оказания за плату в 2019 году  
(действует с 01.04.2019)**

№ п/п	Код	Наименование услуги	Стоимость услуги, руб
1	2	3	3
1		Бодиплетизмография	2430,00
2		Бодиплетизмография с бронхопровокацией	3879,00
3	A 26 09 001	Исследование мокроты методом бактериоскопии	875,00
4	A 26 09 002	Исследование мокроты методом посева	684,00
5	A 26 09 002 002	Исследование мокроты методом посева на жидкую питательную среду автоматизированной системы ВАСТЕС-960	8489,00
6		Исследование на анализаторе джинэксперт	8590,00
7	B 01 001 001	Консультация врача-акушер-гинеколога	1070,00
8	B 01 028 001	Консультация врача-оториноларинголога	952,00
9	B 01 037 001	Консультация врача-пульмонолога	893,00
10	B 01 050 001	Консультация врача-травматолога-ортопеда	733,00
11	B 01 052 001	Консультация врача-ультразвуковой диагностики	733,00
12	B 01 053 001	Консультация врача-уролога	774,00
13	B 01 055 001	Консультация врача-фтизиатра	902,00

14	В 01 055 001	Консультация врача-фтизиатра на внесение данных в медицинское заключение о наличии (об отсутствии) инфекционных заболеваний 60 мин	902,00
15	В 01 055 001	Консультация врача-фтизиатра на внесение данных в медицинское заключение о наличии (об отсутствии) инфекционных заболеваний 30 мин	451,00
16	В 01 055 001	Консультация врача-фтизиатра на внесение данных в медицинское заключение о наличии (об отсутствии) инфекционных заболеваний 15 мин	226,00
17	В 01 049 001	Консультация врача-хирурга торакального	970,00
18	В 01 059 001	Консультация врача-эндоскописта	893,00
19	А 06 09 008	Обзорная рентгенография легких - прямая проекция	658,00
20	А 06 09 008	Обзорная рентгенография легких - прямая проекция + боковая проекция	797,00
21	А 06 09 008	Обзорная рентгенография легких - прямая проекция цифровая	876,00
22	В 03 016 002	Общий анализ крови	900,00
23	В 03 016 006	Общий анализ мочи	603,00
24		Спирограмма	285,00
25	А 06 09 008	Томография корней легких 1 срез (услуга 1)	756,00
26	А 06 09 008	Томография корней легких 2 среза (услуга 1)	813,00
27	А 06 09 008	Томография корней легких 3 среза (услуга 1)	1124,00
28		Туберкулиновая проба (диаскинтест)	415,00
29	А 26 09 002 002	Установление резистентности к основным противотуберкулезным препаратам на жидких питательных средах	17557,00
30	А 26 09 002 001	Установление резистентности к основным противотуберкулезным препаратам на плотных питательных средах	800,00
31	А 06 09 006 001	Флюорография легких цифровая	200,00
32	А 06 09 006 001	Флюорография легких цифровая на передвижном флюорографе	278,00



33		Цитологическое исследование выпотных жидкостей серозных полостей	1074,00
34		Электрокардиограмма	218,00

**ОСП "Противотуберкулезный санаторий "Старый Крым"**

35	A 06.31.001	Обзорный снимок брюшной полости и органов малого таза (пленка)	708,00
36	A 06.03.030	Рентгенография всего таза (пленка)	708,00
37	A 06.03.006	Рентгенография всего черепа в 2-х стандартных проекциях (пленка)	720,00
38	A 06.04.017	Рентгенография голеностопного сустава в 2-х стандартных проекциях (пленка)	720,00
39	A 06.03.014	Рентгенография дорсального отдела позвоночника в 2-х стандартных проекциях (пленка)	805,00
40	A 06.03.011	Рентгенография другого шейного отдела позвоночника в 2-х стандартных проекциях (пленка)	677,00
41	A 06.03.038	Рентгенография кисти в 2-х стандартных проекциях (пленка)	677,00
42	A 06.03.022	Рентгенография ключицы (пленка)	648,00
43	A 06.04.006	Рентгенография коленного сустава в 2-х стандартных проекциях (пленка)	720,00
44	A 06.04.004	Рентгенография локтевого сустава в 2-х стандартных проекциях (пленка)	677,00
45	A 06.03.035	Рентгенография локтевой кости и лучевой кости в 2-х стандартных проекциях (пленка)	677,00
46	A 06.04.005	Рентгенография лучезапястного сустава в 2-х стандартных проекциях (пленка)	677,00
47	A 06.02.001	Рентгенография мягких тканей лица (пленка)	648,00
48	A 06.04.015	Рентгенография плечевого сустава (пленка)	648,00
49	A 06.03.016	Рентгенография поясничного отдела позвоночника в 2-х стандартных проекциях (пленка)	720,00
50	A 06.08.003	Рентгенография придаточных пазух носа (пленка)	648,00
51	A 06.03.023	Рентгенография ребер (пленка)	666,00
52	A 06.03.052	Рентгенография стопы в 2-х стандартных проекциях (пленка)	677,00

**Информированное добровольное согласие  
на медицинское вмешательство**

Я, _____ (Ф.И.О. гражданина)	" ____ " _____ г. рождения
зарегистрированный по адресу: _____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)	
<p>даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство для получения медицинской помощи в ГБУЗ РК «Крымский республиканский клинический центр фтизиатрии и пульмонологии».</p> <p>Мне в доступной форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных законодательством.</p> <p>Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья.</p>	

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись)

**СОГЛАСИЕ  
на обработку персональных данных**

Я, _____ (Ф.И.О. гражданина)	" ____ " _____ г. рождения
---------------------------------	----------------------------

паспорт \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_ название выдавшего органа

\_\_\_\_\_, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона «О персональных данных», подтверждаю своё согласие на обработку ГБУЗ РК «Крымский республиканский клинический центр фтизиатрии и пульмонологии» моих персональных данных включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счёта в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Организация 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 (документов) по ОМС (договором ДМС). Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие. В этом случае, Организация обязана прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись)

Директору ГБУЗ РК  
«Крымский республиканский  
клинический центр фтизиатрии  
и пульмонологии».  
Ткаченко И.Ю.

от \_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

адрес: \_\_\_\_\_

(проживания)

паспорт выдан \_\_\_\_\_

серия № \_\_\_\_\_

дата выдачи «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

### Заявление

Я, \_\_\_\_\_

(физическое лицо/законный представитель)

прошу оказать медицинские услуги на платной основе:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

О возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Крым на 2019 год, ознакомлен (на).

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(дата подачи заявления)

\_\_\_\_\_  
(подпись/расшифровка)

Квитанция	<b>Получатель платежа:</b> ГБУЗ РК «Крымский республиканский клинический центр фтизиатрии и пульмонологии» КПП: 910201001 ИНН: 9102066857 ОГРН: 1149102182371 ОКПО 00798819 <b>Банковские реквизиты</b> УФК по Республике Крым (ГБУЗ РК «Крымский республиканский клинический центр фтизиатрии и пульмонологии» л/с 20756Ц94970) р/с 40601810035101000001 БИК: 043510001 в Отделение Республика Крым <b>Назначение платежа</b> Оплата медицинских услуг по договору № _____ <b>КБК 00000000000000000130</b> <b>ОКТМО 35701000</b>
Кассир	<b>Плательщик (ФИО)</b> _____ <b>Адрес плательщика</b> _____ _____ <b>Сумма</b> ____ руб. 00 коп. <b>Плательщик (подпись)</b> _____ <b>Дата</b> _____

Квитанция	<b>Получатель платежа:</b> ГБУЗ РК «Крымский республиканский клинический центр фтизиатрии и пульмонологии» КПП: 910201001 ИНН: 9102066857 ОГРН: 1149102182371 ОКПО 00798819 <b>Банковские реквизиты</b> УФК по Республике Крым (ГБУЗ РК «Крымский республиканский клинический центр фтизиатрии и пульмонологии» л/с 20756Ц94970) р/с 40601810035101000001 БИК: 043510001 в Отделение Республика Крым <b>Назначение платежа</b> Оплата медицинских услуг по договору № _____ <b>КБК 00000000000000000130</b> <b>ОКТМО 35701000</b>
Кассир	<b>Плательщик (ФИО)</b> _____ <b>Адрес плательщика</b> _____ _____ <b>Сумма</b> ____ руб. 00 коп. <b>Плательщик (подпись)</b> _____ <b>Дата</b> _____

Квитанция	<b>Получатель платежа:</b> ГБУЗ РК «Крымский республиканский клинический центр фтизиатрии и пульмонологии» КПП: 910201001 ИНН: 9102066857 ОГРН: 1149102182371 ОКПО 00798819 <b>Банковские реквизиты</b> УФК по Республике Крым (ГБУЗ РК «Крымский республиканский клинический центр фтизиатрии и пульмонологии» л/с 20756Ц94970) р/с 40601810035101000001 БИК: 043510001 в Отделение Республика Крым <b>Назначение платежа</b> Оплата медицинских услуг по договору № _____ <b>КБК 00000000000000000130</b> <b>ОКТМО 35701000</b>
Кассир	<b>Плательщик (ФИО)</b> _____ <b>Адрес плательщика</b> _____ _____ <b>Сумма</b> ____ руб. 00 коп. <b>Плательщик (подпись)</b> _____ <b>Дата</b> _____

Квитанция	<b>Получатель платежа:</b> ГБУЗ РК «Крымский республиканский клинический центр фтизиатрии и пульмонологии» КПП: 910201001 ИНН: 9102066857 ОГРН: 1149102182371 ОКПО 00798819 <b>Банковские реквизиты</b> УФК по Республике Крым (ГБУЗ РК «Крымский республиканский клинический центр фтизиатрии и пульмонологии» л/с 20756Ц94970) р/с 40601810035101000001 БИК: 043510001 в Отделение Республика Крым <b>Назначение платежа</b> Оплата медицинских услуг по договору № _____ <b>КБК 00000000000000000130</b> <b>ОКТМО 35701000</b>
Кассир	<b>Плательщик (ФИО)</b> _____ <b>Адрес плательщика</b> _____ _____ <b>Сумма</b> ____ руб. 00 коп. <b>Плательщик (подпись)</b> _____ <b>Дата</b> _____