**УВЕДОМЛЕНИЕ**

**(в соответствии сп.15. «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных постановлением Правительства РФ от 04.10.2012г. №1006)**

Я, граждан(ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_настоящим уведомлен(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) «Исполнителя» (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья .

Подтверждаю, что уведомлен(а) до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

 «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г. Подпись «Потребителя»\_\_**V\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Договор**

**на предоставление платных медицинских услуг №\_\_\_\_\_\_\_\_**

г. Уфа «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Поликлиника №50 города Уфа, расположенное по адресу: РБ, г. Уфа, проспект Октября, д. 26, зарегистрированное в качестве юридического лица в соответствии с Единым государственным реестром серия 02 № 006202123 от 23.06.2010г., выданным Межрайонная инспекция ФНС № 39 по РБ, в лице главного врача Ш.М. Галиуллина, действующее на основании Устава, Лицензии №ЛО-02-01-005780 от 07.08.2017г. на осуществление медицинской деятельности, выданной Министерством здравоохранения Республики Башкортостан, (адрес: Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Тукаева, д.23; тел.: (347)218-00-81), именуемый в дальнейшем **«Исполнитель»**, с одной стороны и гражданин \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.)

проживающий по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

именуемый (ая) в дальнейшем **«Потребитель»**, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. Исполнитель обязуется оказывать Потребителю, медицинские услуги, указанные в маршрутных листах, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора, а также в соответствии с лицензией, а Потребитель обязуется оплатить медицинские услуги по цене, в сроки и на условиях, установленных настоящим договором.

**2. Стоимость услуг и порядок оплаты.**

2.1. Потребитель оплачивает медицинские услуги в кассу или через многофункциональное терминальное устройство (банкомат) Исполнителя согласно Прейскуранта, действующим у исполнителя на дату оплаты услуги и Спецификации к данному договору на предоставление платных медицинских услуг.

2.2. Оплата медицинских(ой) услуг(и) производится наличными денежными средствами в кассу Исполнителя, либо при помощи банковской карты, либо через многофункциональное терминальное устройство (банкомат) на условиях предоплаты в размере 100% стоимости услуг, согласно Спецификации к данному договору на предоставление платных медицинских услуг.

2.3. Датой оплаты считается дата поступления денежных средств в кассу Исполнителя.

2.4. Кассовый(е) чек(и) или чек(и) банкомата, выданные Исполнителем Потребителю является неотъемлемой частью настоящего договора. Стоимость конкретной услуги, оказываемой Потребителю, указана в кассовом чеке. Сумма кассового(ых) чека(ов) или чека(ов) банкомата составляет сумму настоящего договора.

**3. Обязательства сторон.**

**3.1. Права и обязанности Исполнителя:**

3.1.1. Выдавать Потребителю Спецификацию к данному договору на предоставление платных медицинских услуг для прохождения услуг(и) с указанием сроков оказания услуг, места их оказания (кабинет) и необходимыми рекомендациями по подготовке Потребителя к исследованию.

3.1.2. Выдать Потребителю документ строгой отчетности (кассовый чек), подтверждающий прием денежных средств от Потребителя.

3.1.3. Предоставить Потребителю бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемых услугах, информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (Приложение №1).

3.1.4. Предоставить квалифицированную, качественную медицинскую услугу Потребителю, в соответствие с утвержденными требованиями медицинского технологического стандарта.

3.1.5. Выдать по окончании оказания медицинской услуги Потребителю документы, содержащие информацию о результатах оказанных услуг.

3.1.6. В случае возникновения неотложных состояний у Потребителя, Исполнитель вправе осуществлять действия в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе принимать решения о медицинском вмешательстве в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.

**3.2. Права и обязанности Потребителя:**

3.2.1. Предварительно оплатить стоимость медицинских услуг в кассу Исполнителя.

3.2.2. Выполнить требования, от которых зависит качественное предоставление медицинской помощи (рекомендации по подготовке Потребителя к исследованию, указанными в маршрутном листе). В случае выявления Исполнителем ненадлежащей подготовки к оказанию услуг или ее отсутствия, Исполнитель вправе отказаться от оказания услуг в одностороннем порядке.

3.2.3. В ходе оказания услуг выполнять все медицинские указания, рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения, своевременно информировать лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья (самочувствии).

3.2.4. Информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания услуг.

3.2.5. Подписать протокол добровольного информированного согласия на оказание услуг (Приложение №1). Протокол является неотъемлемой частью данного договора. В случае отказа Потребителя от подписания протокола добровольного информированного согласия на оказание услуги, Исполнитель вправе отказаться от оказания услуг в одностороннем порядке.

3.2.6. Потребитель имеет право отказаться от оказания услуг до момента начала их оказания и потребовать возврата уплаченных денежных средств в соответствии с действующим законодательством.

3.2.7. Соблюдать правила внутреннего распорядка и правила поведения Потребителя в ГБУЗ РБ Поликлиника № 50 г. Уфа.

3.2.8. В случае отказа от соблюдения технологических стандартов предоставления медицинских услуг, подписать протокол отказа. **4. Ответственность сторон.**

4.1. За нарушение прав Потребителя Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством, в том числе законодательством о защите прав потребителей.

4.2. В случае оказания Потребителю медицинской услуги ненадлежащего качества, подтвержденного результатами врачебной экспертизы Потребитель имеет право:

- по личному заявлению оформить возврат денежных средств в кассе Исполнителя - в случае оплаты через кассу, либо путем перечисления на счет – в случае оплаты при помощи банковской карты или через многофункциональное терминальное устройство (банкомат);

- безвозмездно (за счет Исполнителя) устранить недостатки оказанной услуги (повторно осуществить повторное оказание услуги);

- привлечь Исполнителя к иным мерам ответственности в соответствии с действующим законодательством.

 4.3. Потребитель несет имущественную ответственность за причинение ущерба ГБУЗ РБ Поликлиника № 50 г. Уфа в размере действительной стоимости поврежденного (утраченного) имущества, если такое повреждение (утрата) явилось следствием действий Потребителя. В этом случае Потребитель также обязан возместить ГБУЗ РБ Поликлиника № 50 г. Уфа возникшие вследствие этого убытки.

4.4. За нарушение санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя, повлекшее за собой причинение ущерба Исполнителю, Потребитель обязан возместить причиненные убытки.

**5. Сроки и режим оказания медицинских услуг.**

5.1. Учреждение оказывает медицинские услуги в соответствии с утвержденным главным врачом режимом работы.

5.2. Дата, время, номер кабинета, ФИО специалиста, оказывающего услугу, а также необходимая подготовка к исследованию указываются в маршрутном листе.

5.3. В случае возникновения форс-мажорных обстоятельств (внезапная поломка оборудования, болезнь специалиста, оказывающего услугу и т.п.) срок оказания услуг может быть перенесен Исполнителем по согласованию с Потребителем посредством телефонной связи. **6. Прочие условия.**

6.1. Подписывая настоящий договор, Потребитель подтверждает, что ему было разъяснено право на получение медицинских услуг Исполнителя, входящих в Территориальную программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Республике Башкортостан на безвозмездной основе. Также был разъяснен порядок и условия оказания таких услуг.

6.2. Потребитель дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных (Приложение № 2), согласие на предоставление сведений, составляющих врачебную тайну (Приложение №3), в объеме и способами, указанными в Федеральным законе №152-ФЗ «О персональных данных», на предоставление медицинских услуг на платной основе (Приложение №4) для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

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

6.4. Споры и разногласия решаются в претензионном порядке, а в случае невозможности разрешения в судебном порядке в суде общей юрисдикции в соответствии с действующим законодательством.

6.5. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу: по одному для каждой из сторон.

6.6. Стороны пришли к соглашению, что Приложение №1, Приложение №2, Приложение №3, Приложение №4, Маршрутный лист являются неотъемлемой частью данного договора и будут распространять свое действие до полного исполнения обязательств сторонами.

**Приложение №1 к Договору на предоставление платных медицинских услуг**

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских услуг, медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи.**

**Я**, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.)

**даю информированное добровольное согласие** на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения **первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н** (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082): опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование, антропометрические исследования, термометрия, тонометрия, неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций, неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций, исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы), лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, функциональные методы обследования, в том числе электрокардиогафия, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных), рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования, введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, медицинский массаж, лечебная физкультура,

**а так же** фиброэзофагогастродуоденоскопия, PH-метрия, анализ на НBpylori, биопсия желудочно-кишечного тракта, эндоскопическая полипэктомияжелудочно-кишечного тракта (возможные осложнения: повреждение зубов, повреждение органа (перфорация пищевода), кровотечение, затруднение дыхания, пневмония, сердечно-сосудистое расстройство, местные и аллергические реакции (анафилактический шок), обострение хронического заболевания); удаление доброкачественных опухолей кожи, подкожной клетчатки, мышц, сухожилий (в т.ч. электроэкцизией, радоволновой деструкции), биопсия кожи и мягких тканей, оперативное лечение вросшего ногтя, первичная хирургическая обработка раны, удаление инородных тел, пункция мягких тканей, пункция суставов (возможные осложнения: нагноение раны, расхождение швов, воспалительный процесс, косметические дефекты); плевральные пункции и торакоцентез (возможные осложнения: повреждение легкого, пневмоторакс, кровотечение); лапароцентез (возможные осложнения: кровотечение, повреждение органов брюшной полости, перитонит); вскрытие и дренирование абсцессов мягких тканей различной этиологии, пункционно-дренажное и оперативное лечение гнойного бурсита, некрэктомия гнойных ран, налжение вторичных швов с частичнымиссеченем краев раны (возможные осложнения: кровотечение, воспалительный процесс); медикаментозная терапия гнойных ран и ожогов (возможные осложнения: аллергическая реакция на медикаменты), пункции суставов с введением лекарственных препаратов, параартикулярные лечебно-медикаментозные блокады с введением лекарственных средств, паравертебральные лечебно-медикаментозные блокады с введением лекарственных средств, артроскопия диагностическая, артроскопиясанационная (возможные осложнения: воспалительный процесс, кровотечение);циркумцизия, иссечение атером, липом мошонки, пункция, вскрытие и дренирование травматических неосложненных гематом мошонки, электрокоагуляция кандилом и папиллом полового члена и крайней плоти, меатотомия (возможные осложнения: кровотечение, нагноение раны, повреждение органов мошонки, уретры, повреждение тел полового члена, косметические дефекты);иссечение подкожно-подслизистого свища прямой кишки, удаление анальных полипов, удаление полипов прямой кишки с гистологическим исследованием, геморройдэктомия, тромбэктомия наружных одиночных геморроидальных узлов, комперссионно-латексное лигирование геморроидальных узлов, удаление перианальных кондилом небольших размеров, иссечение анальной трещины, удаление наружных геморроидальных узлов (возможные осложнения: нагноение раны, недостаточность анального сфинктера, гнойно-воспалительные заболевания перианальной области, перфорация толстой кишки, кровотечение, сердечно-сосудистое расстройства, местные и аллергические реакции (анафилактический шок), обострение хронического заболевания);

неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций (возможные осложнения: травмы глазного яблока и его придаточного аппарата, попадание инородных тел, возникновение воспалительных заболеваний органа зрения и его придаточного аппарата (конъюнктивит, кератит, блефарит, иридоциклит, увеит, хориоретинит, эндофтальмит), эрозия роговицы с переходом в язвы роговицы, ведущие к снижению зрения до слепоты);

- для женщин: взятие мазков на микроскопию вагинального отделяемого; взятие мазков на цитологическое исследование вагинального отделяемого;введение лекарственных препаратов по назначению врача – вагинально;введение и удаление внутриматочной спирали (возможные осложнения: перфорация матки, эндометрит, сальпингоофарит, экспульсия); введение и удаление контрацептива «Импланон» (возможные осложнения: абсцесс, тромбофлебит, гематома в месте введения «Импланон»);

простая и расширенная кольпоскопия; видеокольпоскопия;диатермобиопсия, диатермоэксцизия, диатермокоагуляция, диатермоконизация, диатермоаккупунктура шейки матки (возможные осложнения: атрезия цервикального канала, нарушение менструального цикла, кровотечение); взятие аспирата из полости матки (возможные осложнения: эндометрит, перфорация матки); медикаментозное прерывание беременности (возможные осложнения: остатки плодного яйца); взятие анализов на заболевания, передающиеся половым путем; подбор вагинальных пессариев.

Для получения первичной медико-санитарной помощи в ГБУЗ РБ Поликлиника№ 50 г. Уфа медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне 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, перечисленных в данном Приложении №1 или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных п. 9 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г. Подпись «Потребителя»\_\_**V\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Приложение №2 к Договору на предоставление платных медицинских услуг**

**Согласие на обработку персональных данных**

**Я,** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.)

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, **даю ГБУЗ РБ Поликлиника № 50 г. Уфа, (далее - Оператор) согласие на обработку моих персональных данных в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.**

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

 Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных (автоматизированную) и не автоматизированную (без использования средств автоматизации, в том числе для ведения архива).

 Оператор имеет право, во исполнение своих обязательств, прием-передачу моих персональных данных страховой компании, где я застрахован.

 Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты).

Передача моих персональных данных иным лицам или иное разглашение может осуществляться только с моего письменного соглашения (кроме случаев предусмотренных законом РФ).

Настоящее соглашение дано мной бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который и может быть мной направлен в адрес Оператора по почте заказным письмом или лично вручен под расписку представителю Оператора.

 «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г. Подпись «Потребителя»\_\_**V\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Приложение №3 к Договору на предоставление платных медицинских услуг**

**Согласие на предоставление сведений, составляющих врачебную тайну**

**Я,** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.)

даю свое согласие на предоставление гражданину (Ф.И.О.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

паспорт, серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

имеющейся информации о состоянии моего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения. Указанному гражданину разрешаю знакомиться со всеми касающимися моего здоровья медицинскими документами, получать их копии по предъявлению документа, удостоверяющего его личность.

 «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г. Подпись «Потребителя»\_\_**V\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Приложение №4 к Договору на предоставление платных медицинских услуг**

**Информационное добровольное согласие Потребителя на предоставление медицинских услуг на платной основе**

На основании ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», от 21.11.2011г. № 323-ФЗ и в соответствии с требованиями «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012г. № 1006, я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.)

желаю получить медицинские услуги в ГБУЗ РБ Поликлиника № 50 г. Уфа по адресу:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_при этом мне разъяснено следующее:

- Я ознакомился(ась) с «Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи в РБ», об условиях и сроках получения бесплатной медицинской помощи информирован(а). Мне разъяснен порядок оказания бесплатной медицинской помощи. Я ознакомлен с тем, что могу получить аналогичную помощь также в других медицинских организациях на других условиях. Получив от сотрудников поликлиники полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в данной поликлинике, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.

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

- Я проинформирован(а), что платные медицинские услуги не гарантируют внеочередного получения услуги.

- Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Настоящее соглашение подписано Потребителем после проведения разъяснительной беседы и является приложением к Договору на предоставление платных медицинских услуг.

 «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г. Подпись «Потребителя»\_\_**V\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **«Исполнитель»** | **«Потребитель»** |
| **Государственное бюджетное учреждение****здравоохранения Республики Башкортостан****Поликлиника № 50 города Уфа**Юридический адрес: 450059, РБ, г. Уфа, пр. Октября, 26тел./факс:8(347)246-53-01, E-mail:UFA.P50@doctorrb.ruОГРН 1030204598764; ОКТМО 80701000ИНН/КПП 0278059720/027801001Отделение - НБ Республика Башкортостан г. УфаР/сч. 40601810400003000001Министерство финансов Республики Башкортостан(ГБУЗ РБ Поликлиника № 50 г. Уфа) БИК 048073001;КБК \3020102002\854\0000\130  | (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ш.М. ГалиуллинМ.П. | Потребитель\_\_**V**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) (расшифровка подписи) |

**Спецификация к Договору на предоставление платных медицинских услуг №\_\_\_\_\_\_\_от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_г.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Код услуги** | **Наименование услуги (осмотр врача)** | **ФИО врача** **или специалиста** | **№ кабинета** | **Стоимость услуги (цена по прейскуранту, руб.)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  **Итого (сумма к оплате, рую.):** |  |

Время оказания медицинской услуги: в соответствии с графиком работы специалистов, оказывающих платную медицинскую услугу.

Специалист, выдавший Спецификацию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

Подпись Потребителя \_**V**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)