

**Уведомление о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) медицинского работника,  
предоставляющего платную медицинскую услугу**

Я, \_\_\_\_\_,

(фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента)

уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

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

Подпись «Пациент» \_\_\_\_\_

**ДОГОВОР  
ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

г. Симферополь

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2026 г.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым «Симферопольская центральная районная клиническая больница»** (Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-01177-91/00367590 от 26.08.2020 г., выданная Министерством здравоохранения Республики Крым бессрочно), именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице и.о.главного врача Боброва Кирилла Сергеевича с одной стороны и \_\_\_\_\_ (далее – **Заказчик, Потребитель**), с другой стороны, а вместе именуемые **«Стороны»**, заключили настоящий договор о нижеследующем.

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. По настоящему Договору «Исполнитель» предоставляет «Потребителю» медицинские услуги согласно Прейскуранту цен (тарифов) (далее — Прейскурант), утвержденному в установленном порядке, а «Потребитель, Заказчик» обязуется оплатить оказанные услуги, а именно:

в сумме \_\_\_\_\_ руб, в соответствии с условиями настоящего договора.

1.1.1. Сведения о Потребителе: \_\_\_\_\_

(заполняется если Заказчиком (плательщиком) услуги является работодатель, близкий родственник, законный представитель, иное третье лицо, которое на добровольной основе принимает на себя обязательства по оплате предоставленной Потребителю услуги.)

1.2. «Потребитель» подтверждает, что до заключения договора «Исполнитель» предоставил ему в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

- порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

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

- информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736);

- ознакомил его с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;
- уведомил его о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- уведомил его (Заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) «Исполнителя» (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья «Потребителя».

1.3. Сроки ожидания предоставления медицинских услуг, предусмотренных п. 1.1 настоящего Договора с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_.

1.4. Место оказания услуги: г. Симферополь, ул. Луговая, 73.

## **2. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ**

2.1. Стоимость услуг по настоящему договору определяется исходя из действующего у Исполнителя прейскуранта в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг.

2.2. Оплата Заказчиком, Потребителем стоимости услуг осуществляется путем перечисления денежных средств на лицевой счет Исполнителя, указанный в настоящем договоре течение 3 рабочих дней с момента заключения договора.

2.3. Оплата Заказчиком, Потребителем осуществляется в размере 100% стоимости услуги. Услуга предоставляется на основании предъявленных документов, подтверждающих оплату (кассовый чек, платежное поручение и т.д.).

2.4. При производстве Заказчиком, Потребителем оплаты за оказание медицинской услуги, стоимость услуги остается неизменной до конца срока окончания договора.

2.5. Заказчик при оплате оказанной услуги Потребителю, указывает в назначении платежа: ФИО Потребителя, медицинскую организацию, номер и дату договора.

## **3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

### **3.1. Исполнитель обязуется:**

3.1.1. Организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Минздравом России, клиническими рекомендациями; стандартами медицинской помощи.

3.1.2. Обеспечить Потребителя бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской помощи.

3.1.3. Уведомить Потребителя о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

3.1.4. После исполнения Договора в течение 5 рабочих дней выдать Потребителю (законному представителю Потребителя) копии медицинских документов (выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, которые имплантировались в организм человека (если проводилось такое вмешательство).

3.1.5. Обеспечивать размещение актуальной информации на официальном сайте и информационных стендах Исполнителя, а именно:

- сроки ожидания платной медицинской помощи;

- график работы врачей, оказывающих платные медицинские услуги;
- перечень льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг, а также перечень лиц, которые могут претендовать на льготы;
- форма и способы направления обращений (жалоб) и т. д.

3.1.6. По письменному требованию Потребителя в течение 5 рабочих дней с момента получения выдать следующие документы:

- копия договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему;
- справка об оплате медицинских услуг по установленной форме;
- рецептурный бланк с проставленным штампом "Для налоговых органов Российской Федерации, идентификационный номер налогоплательщика", заверенный подписью и личной печатью врача, печатью медицинской организации;
- документы установленного образца, подтверждающие оплату лекарств.

### **3.2. Потребитель обязуется:**

3.2.1. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

3.2.2. Информировать Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

3.2.3. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

3.2.4. Предоставить Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

3.2.5. Предоставить Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Потребителя в объеме и способами, указанными в Федеральном законе от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору.

### **3.3. Исполнитель имеет право:**

3.3.1. Получать от Потребителя информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

3.3.2. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

3.3.3. Заключать договор на оказание платных медицинских услуг дистанционно

### **3.4. Потребитель имеет право:**

3.4.1. Получать от Исполнителя услуги, предусмотренные настоящим Договором.

3.4.2. Получать информацию о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья.

3.4.4. Заключать договор на оказание платных медицинских услуг дистанционно.

## **4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА**

4.1. Исполнитель несет перед Потребителем ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации, за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя.

4.2. Потребитель несет ответственность за нарушение условий договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

## **5. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

5.1. Настоящий Договор может быть изменен и дополнен по соглашению Сторон, путём подписания дополнительного соглашения.

5.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

5.3. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

## **6. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

- 6.1. Стороны обязуются все возникающие разногласия решать путем переговоров.  
6.2. При не урегулировании Сторонами возникших разногласий спор разрешается в судебном порядке.  
6.3. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством.

## 7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания Сторонами, и действует до 31 декабря текущего года.

## 8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

- 8.1. В случае изменения срока оказания медицинских услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.  
8.2. Дополнительные платные медицинские услуги, не поименованные в договоре, оказываются по согласованию Сторон путём подписания дополнительного соглашения или нового договора с указанием перечня дополнительных услуг и их стоимости.  
8.3. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия «Потребителя, Заказчика» (законного представителя Потребителя).  
8.4. Подписав настоящий Договор, «Потребитель, Заказчик» подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.  
8.5. Договор, заключённый с юридическим лицом составляется в трех экземплярах, по одному для каждой из Сторон.  
8.6. Договор, заключённый с физическим лицом составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

## 9. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

### *Исполнитель:*

**Государственное бюджетное учреждение  
здравоохранения Республики Крым  
«Симферопольская центральная районная  
клиническая больница»**  
Юридический адрес: Республика Крым,  
Симферопольский р-н, с. Перово, ул. Школьная, д.7  
Фактический адрес: Республика Крым, г.  
Симферополь, ул. Луговая, 73  
Тел. 69-34-18  
ИНН/КПП 9109008212/910901001  
ОКПО 00789861  
ОКТМО 35000000  
Наименование получателя:  
Минфин Крыма (ГБУЗ РК «Симферопольская  
ЦРКБ», (л/сч 802Щ9368000)  
Расчетный счет (казначейский счет)  
№ 03224643350000003200  
Корреспондентский счет(ЕКО)  
№40102810745370000024  
Банк ОКЦ № 1 ВВГУ Банка России// УФК по  
Нижегородской области,  
г.Нижний Новгород  
Управление Федерального казначейства по  
Республике Крым  
БИК ТОФК 012202102

### *Заказчик/Потребитель:*

---

---

---

---

---

---

---

---

Номер мобильного или иного телефона:

---

---

---

И.о.главного врача  
ГБУЗ РК «Симферопольская ЦРКБ»

\_\_\_\_\_ **К.С. Бобров**

