

## Уведомление об информировании до заключения договора

Договор составлен в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023г. № 736 и Законом об охране здоровья граждан № 323-ФЗ<sup>1</sup>.

До заключения договора Исполнитель уведомляет Пациента (Заказчика) о том, что в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», обязан соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в медицинском учреждении. 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 здоровья Пациента. До заключения договора Пациент (Заказчик) ознакомлен с Прейскурантом цен на платные услуги, утвержденный приказом Федерального государственного бюджетного учреждения «Научно-клинический центр токсикологии имени академика С.Н. Голикова Федерального медико-биологического агентства» от 24.11.2023 № 347-А, порядком оказания платных медицинских услуг, расположенных на сайте учреждения, информационном стенде, расположенном на кассе учреждения.

Потребитель проинформирован, что Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-клинический центр токсикологии имени академика С.Н. Голикова Федерального медико-биологического агентства» участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

### ДОГОВОР № \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ на оказание платных медицинских услуг

г. Санкт-Петербург

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-клинический центр токсикологии имени академика С.Н. Голикова Федерального медико-биологического агентства» (ФГБУ НКЦТ им. С.Н. Голикова ФМБА России), (лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-00110-77/00382328, дата предоставления: 04.03.2013, выдана Территориальным органом Росздравнадзора по Санкт-Петербургу и Ленинградской области), ОГРН 1037825009090, ИНН 7811057064, именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, в лице временно исполняющего обязанности директора Рейнюка Владимира Леонидовича, действующего на основании Устава и Приказа ФМБА России от 10.02.2021 № 46л, с одной стороны, и гражданин(-ка) Российской Федерации \_\_\_\_\_, именуемый(-ая) в дальнейшем **Пациент** в случае непосредственного получения медицинских услуг по настоящему Договору, или **Заказчик** в случае заключения договора в интересах третьего лица (Пациента), при несовпадении Заказчика и Пациента в одном лице, с другой стороны, в дальнейшем совместно именуемые **Стороны**, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

### І. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

**1.1.** По настоящему Договору Исполнитель оказывает Пациенту медицинские услуги по адресу: 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 1, строение 4 в соответствии с Прейскурантом платных

<sup>1</sup> Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

медицинских услуг (далее – Прейскурант), утвержденным в установленном порядке, а Пациент (Заказчик) получает и оплачивает услуги.

**1.2.** Пациент (Заказчик), подписывая настоящий Договор, подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора он в доступной форме информирован 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. Подписывая настоящий Договор, Пациент (Заказчик) добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

**1.3.** Пациент (Заказчик), подписывая настоящий Договор подтверждает, что он ознакомился с информацией, размещенной на официальном сайте Исполнителя, и предоставление которой является обязательным в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**1.4.** Перечень и стоимость платных медицинских услуг, предоставляемых Пациенту, указаны в прейскуранте Исполнителя, действующем на дату составления настоящего Договора. Прейскурант размещен на сайте организации по постоянной ссылке - [https://www.file.toxicology.ru/newsite/zdravooohranenie/price\\_platnih\\_meduslug.pdf](https://www.file.toxicology.ru/newsite/zdravooohranenie/price_platnih_meduslug.pdf).

**1.5.** Медицинские услуги в рамках настоящего Договора оказываются после подписания Пациентом (Заказчиком) информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

**1.6.** Продолжительность срока оказания медицинских услуг определяется исходя из медицинских показаний.

**1.7.** При исполнении настоящего Договора стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации, регулирующим предоставление физическим лицам платных медицинских услуг.

## **II. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

### **2.1. Исполнитель обязуется:**

**2.1.1.** Проинформировать Пациента (Заказчика) о предстоящей стоимости лечения, а также о возможности доплаты, связанной с увеличением объёма обследования, лечения и использования расходных материалов.

**2.1.2.** Оказывать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором после внесения Пациентом (Заказчиком) денежных средств в порядке, определенном разделом III настоящего Договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату.

**2.1.3.** Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг лицензии Исполнителя и требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

**2.1.4.** Обеспечить предоставление медицинских услуг на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

**2.1.5.** Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.

**2.1.6.** Вести всю необходимую медицинскую документацию в установленном действующим законодательством порядке.

**2.1.7.** Немедленно извещать Пациента (Заказчика) о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к увеличению или сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется дополнительным соглашением или новым договором.

**2.1.8.** В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических

заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

## **2.2. Исполнитель имеет право:**

**2.2.1.** Определять длительность лечения, объем лечебно-диагностических услуг.

**2.2.2.** Прервать лечение и/или обследование, немедленно уведомив об этом Пациента (Заказчика):

- при наличии медицинских противопоказаний, либо при заведомой невозможности достичь результата лечения, обнаруженной в ходе лечения;

- при предоставлении Пациентом (Заказчиком) неполных и/или недостоверных сведений, связанных со здоровьем;

- при нарушении Пациентом (Заказчиком) Правил внутреннего распорядка Исполнителя, невыполнении Пациентом медицинских предписаний.

**2.2.3.** В случае неисполнения или частичного исполнения услуг по настоящему Договору Исполнитель обязуется вернуть Пациенту (Заказчику) ранее внесенную сумму предоплаты за вычетом стоимости уже выполненных услуг.

**2.2.3.** Привлекать по согласованию с Пациентом (Заказчиком) к исполнению настоящего Договора специалистов иных медицинских учреждений.

## **2.3. Пациент (Заказчик) обязуется:**

**2.3.1.** Оплатить Услуги Исполнителя по Договору в порядке, установленном Договором.

**2.3.2.** Предоставить врачу данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных в других организациях (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

**2.3.3.** Ознакомиться и подписать 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, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора).

**2.3.4.** Ознакомиться и подписать Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с Договором (Приложение № 3, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора).

**2.3.5.** Ознакомиться с Актом об оказании медицинских услуг и подписать его после их оказания (Приложение № 4, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора).

**2.3.6.** Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги, соблюдать Правила внутреннего распорядка, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности, правила поведения на территории Исполнителя.

**2.3.7.** Соблюдать режим лечения, в том числе определённый на период временной нетрудоспособности, и правила поведения пациентов в медицинских организациях.

**2.3.8.** После каждого посещения врача возвращать медицинскую карту в регистратуру.

**2.3.9.** Явиться в медицинское учреждение за 15 минут до назначенного времени приема к врачу и уведомить Исполнителя за 24 часа об отмене предварительной записи визита к врачу.

## **2.4. Пациент (Заказчик) имеет право:**

**2.4.1.** На охрану здоровья и медицинскую помощь.

**2.4.2.** На уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала.

**2.4.3.** Требовать предоставления услуг надлежащего качества, получать информацию о состоянии своего здоровья, о результатах оказания услуг, исчерпывающую информацию о предоставляемых услугах, не вмешиваясь в деятельность Исполнителя.

**2.4.4.** Выбирать лечащего врача с учетом специализации врача и его согласия.

**2.4.5.** Выбирать время приема у врача из имеющегося свободного.

**2.4.6.** На добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии с законодательством.

- 2.4.7.** Получить документы для социального вычета.
- 2.4.8.** На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.
- 2.4.9.** Получить в доступной форме информацию о платных услугах, содержащую информацию о порядке оказания медицинских услуг и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; информацию о профессиональном образовании, квалификации медицинских работников медицинского учреждения; информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видов медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; другие сведения относящиеся к предмету Договора.
- 2.4.10.** На сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, за исключением случаев предусмотренных законодательными актами.
- 2.4.11.** Получить денежные средства, внесенные за оказание платных медицинских услуг, но не получившим данную медицинскую услугу.
- 2.4.12.** Получить медицинскую документацию (результаты анализов и т.д.) на электронную почту (только при заполнении согласия).
- 2.4.13.** Получать услуги, предусмотренные прейскурантом и лицензией Исполнителя.
- 2.4.14.** Получать информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации).
- 2.4.15.** Получать информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.
- 2.4.16.** Получить медицинскую документацию (результаты анализов и т.д.) на электронную почту (только при заполнении согласия).
- 2.4.17.** Потребитель имеет и другие права, предусмотренные действующим законодательством.

### **III. СТОИМОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

- 3.1.** Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Пациенту, определяется в соответствии с действующим в учреждении Прейскурантом платных медицинских услуг и составляет \_\_\_\_\_.
- 3.2.** Оплата медицинских услуг производится Пациентом (Заказчиком) согласно Прейскуранту Исполнителя, действующему на момент оказания медицинских услуг, до их оказания в форме 100 % (ста) процентной предоплаты в кассу Исполнителя. Срок оплаты: в любые сроки до непосредственного оказания медицинской услуги.
- 3.3.** Датой оплаты считается дата поступления денежных средств в кассу Исполнителя.
- 3.4.** Кассовый чек, выданный Исполнителем Пациенту (Заказчику) является неотъемлемой частью настоящего Договора.
- 3.5.** Расчеты между сторонами осуществляются наличным/безналичным способом через кассу Исполнителя до оказания платных медицинских услуг.
- 3.6.** При прекращении оказания медицинских услуг по инициативе Пациента (Заказчика), Пациент (Заказчик) обязуется оплатить Исполнителю фактически понесенные расходы (за оказанные услуги сумма не возвращается).
- 3.7.** В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору, возникшей по вине Пациента (Заказчика), в том числе при нарушении им медицинских предписаний, установленного лечебно-охранительного режима и др., стоимость оказанных медицинских услуг подлежит оплате в полном объеме.
- 3.8.** Подписывая настоящий Договор Пациент (Заказчик) подтверждает свое понимание невозможности определения полной стоимости медицинских и иных немедицинских услуг на этапе заключения договора.

**3.9.** Полный комплекс лечебных, диагностических и прочих услуг определяется в процессе лечения (обследования) с учетом состояния здоровья Пациента, индивидуальных особенностей организма, а также с учетом услуг, оказанных по желанию Пациента (Заказчика).

**3.10.** Перечень услуг и их стоимость могут быть пересмотрены, о чем Пациент (Заказчик) извещается в письменном виде, и, в случае необходимости, дополнительные денежные средства вносятся Пациентом (Заказчиком) в кассу Исполнителя.

**3.11.** В случае неявки или опоздания Пациента на процедуру без уважительной причины и без предварительного уведомления персонала не менее чем за один час до назначенного времени, Пациент (Заказчик) обязан возместить Исполнителю расходы, понесенные в связи с исполнением данного обязательства.

**3.12.** В случае увеличения итоговой стоимости услуг по отношению к сумме, указанной в п. 3.1. Договора, Пациент (Заказчик) осуществляет оплату в полном объеме и получает документы, подтверждающие осуществление доплаты. В случае уменьшения итоговой стоимости услуг по отношению к сумме, указанной в п. 3.1. Договора, Пациенту (Заказчику) оформляется возврат денежных средств.

#### **IV. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

**4.1.** За неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

**4.2.** Исполнитель и Пациент (Заказчик) освобождаются от ответственности за неисполнение, либо за ненадлежащее исполнение условий договора, если докажут, что неисполнение либо ненадлежащее исполнение принятых на себя обязательств произошло вследствие непреодолимой силы, по вине другой стороны, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

**4.3.** Исполнитель не несет ответственности перед Пациентом:

- за денежные средства, ценности, документы, имущество Пациента (Заказчика), не сданные на хранение/оставленные без присмотра;
- в случае нарушения Пациентом режима осуществляемых процедур и невыполнения обязательных мероприятий, назначений и рекомендаций;
- в случае возникновения у Пациента аллергических реакций и индивидуальной непереносимости препаратов и материалов, разрешенных к применению, о реакции на которые Пациентом (Заказчиком) не было заявлено, и на которые не могло быть выявлено реакций в результате лечебных и диагностических мероприятий.

**4.4.** Исполнитель освобождается от ответственности за наступление осложнений, возникших вследствие индивидуальных особенностей организма Пациента, если медицинская услуга оказана надлежащим образом.

#### **V. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

**5.1.** Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего Договора.

#### **VI. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

**6.1.** Настоящий Договор вступает в действие со дня его подписания Сторонами и действует до исполнения Сторонами обязанностей в полном объеме.

**6.2.** В случае отказа Пациента (Заказчика) после заключения договора от получения медицинских услуг, договор подлежит расторжению. Исполнитель информирует Пациента (Заказчика) о расторжении договора по инициативе Пациента (Заказчика), при этом Пациент (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

**6.3.** Договор может быть расторгнут по инициативе Исполнителя в следующих случаях:

- при невыполнении Пациентом (Заказчиком) обязательств по оплате услуг, в том числе нарушении сроков оплаты. Договор не может быть расторгнут по данному основанию при наличии у Пациента состояния, создающего угрозу его жизни и требующего оказания ему скорой или неотложной медицинской помощи. При расторжении настоящего Договора по данному основанию стоимость уже оплаченных и оказанных услуг не возвращается в том случае, когда она соответствует фактически оказанным услугам; при оказании услуг на сумму, большую оплаченной Пациентом (Заказчиком), Пациент (Заказчик) обязан оплатить недостающую сумму за фактически оказанные услуги;
- при нарушении Пациентом (Заказчиком) условий настоящего Договора, связанных с получением услуг, а именно: при нарушении Пациентом плана диагностики и лечения, режима осуществляемых процедур, нарушении диеты, несоблюдении врачебных рекомендаций и назначений, при отказе Пациента (Заказчика) от необходимых обследований, непрохождение которых препятствует дальнейшему оказанию услуг.
- в случае злоупотребления Пациентом алкогольными и наркотическими средствами (веществами); в этом случае одностороннее расторжение настоящего Договора по инициативе Исполнителя возможно при субъективной оценке соответствующего состояния Пациента специалистом Исполнителя;
- при невозможности осуществления (продолжения) лечения, выявленной в ходе осмотра, по причине возникновения и (или) обнаружения у Пациента медицинских противопоказаний.
- Договор может быть расторгнут по инициативе Исполнителя при выявлении в результате диагностических мероприятий, или в ходе лечения у Пациента патологии, достижение полного излечения, при наличии которой невозможно вследствие современного уровня медицинской науки и индивидуальных особенностей организма Пациента.

## **VII. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ**

**7.1.** В случае возникновения споров Стороны примут все меры для их разрешения путем переговоров.

**7.2.** При разрешении спора о качестве оказанных медицинских услуг по требованию любой из сторон может быть назначена экспертиза. Расходы на проведение экспертизы несет Сторона, по желанию которой она будет проводиться.

**7.3.** Все претензии оформляются в письменном виде. Срок рассмотрения претензии - 10 дней. При не достижении согласия Сторон в досудебном порядке или пропуская до судебное решение споров, споры разрешаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**7.4.** Пациент (Заказчик) может направить обращение (жалобу) в письменном виде на бумажном носителе по почте, электронном виде с использованием информационно телекоммуникационной сети «Интернет», в том числе официального сайта органа государственного надзора, иных уполномоченных федеральных органов исполнительной власти, а также может быть принято при личном приеме заявителя.

Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Санкт-Петербургу

Адрес: 191025, г. Санкт-Петербург, ул. Стремянная, д. 19

Тел./факс: +7 (812) 764-42-38

Факс: +7 (812) 764-55-83

Эл. почта: [uprav@78rospotrebnadzor.ru](mailto:uprav@78rospotrebnadzor.ru)

Роспотребнадзор по Санкт-Петербургу Филиал № 3 (Восточный)

Адрес: 195273, Санкт-Петербург, ул. Карпинского, д. 27.

Телефон единого консультационного центра роспотребнадзора: 8 (800) 555-49-43;

Телефон информационно-справочной телефонной линии управления: +7 812 764-02-44

Телефон по вопросам защиты прав потребителей: +7 812 764-02-34;

Телефон консультационного центра по защите прав потребителей: +7 812 679-67-07.

Сайт: <http://78.rospotrebnadzor.ru>

## **VIII. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫДАЧИ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ**

**8.1** Медицинская документация (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающая состояние здоровья Пациента 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 выдается Пациенту (Заказчику) после исполнения Договора Исполнителем, без взимания дополнительной платы.

**8.2** Для получения копии медицинских документов или выписок из них после исполнения Договора Исполнителем, Пациент (Заказчик) представляет запрос о предоставлении копий и выписок на бумажном носителе (при личном обращении или по почте), который составляется в свободной форме и содержит данные в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 31.07.2020г. № 789н.

**8.3.** При предъявлении запроса лично, а также при личном получении копии медицинских документов и выписок из них Пациент (Заказчик) предъявляет документ, удостоверяющий личность. Заказчик, являющийся законным представителем Пациента дополнительно предъявляет документ, подтверждающий его статус. В случае выбора способа получения Пациентом (Заказчиком) запрашиваемых копий медицинских документов или выписок из них по почте соответствующие копии или выписки из них направляются заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

**8.4.** В случае отсутствия в запросе сведений, указанных в Приказе Минздрава РФ от 31.07.2020г. № 789н., и (или) документа, подтверждающего статус Заказчика, Исполнитель в письменной или электронной форме информирует об этом Пациента (Заказчика), не превышающий четырнадцати календарных дней со дня регистрации Исполнителем запроса.

**8.5.** Предоставление Пациенту (Заказчику) копий медицинских документов и выписок из них на бумажном носителе осуществляется в количестве одного экземпляра в срок 30 рабочих дней с момента предъявления заявления Пациентом (Заказчиком).

## **IX. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

**9.1.** Настоящий Договор составлен на русском языке в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Пациента при совпадении Заказчика и Пациента в одном лице, а также при несовпадении Заказчика и Пациента в одном лице, если такое несовпадение вызвано недееспособностью Пациента в силу несовершеннолетнего возраста, ограничения или лишения дееспособности в установленном законом порядке, и выполнения Заказчиком функций законного представителя Пациента. При несовпадении в одном лице Пациента и Заказчика как плательщика по договору и отсутствия у Заказчика статуса законного представителя Пациента, Договор составляется в трёх экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Пациента, третий – у Заказчика.

**9.2.** В случае изменения каких-либо реквизитов Сторон, Стороны обязаны письменно немедленно уведомить об этом друг друга.

**9.3.** Пациент дает согласие на обработку своих персональных данных, необходимую для оказания медицинских и иных немедицинских услуг.

**9.4.** Все изменения и дополнения к настоящему Договору вносятся в той же форме, что и сам договор, и вступают в силу с момента подписания их уполномоченными представителями обеих сторон.





**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Я, \_\_\_\_\_,  
контактный телефон: \_\_\_\_\_

дата рождения: \_\_\_\_\_, зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
обратившись Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-клинический центр токсикологии имени академика С.Н. Голикова Федерального медико-биологического агентства» (адрес: 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 1) за медицинской помощью на платной основе даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации (поставить галочку):

○ для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее - Перечень);

○ для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь.

Работник \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. работника)

в доступной для меня форме разъяснил 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, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Я проинформирован(а) о возможности получения аналогичной медицинской помощи (соответствующих видов и объемов медицинской помощи) в других лечебных учреждениях бесплатно в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками и условиями предоставления платных медицинских услуг, а также с порядком оплаты медицинских услуг в соответствии с договором.

Я не имею и не буду иметь претензий по компенсации затраченных мною финансовых средств на оплату медицинских услуг в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Научно-клинический центр токсикологии имени академика С.Н. Голикова Федерального медико-биологического агентства».

Я проинформирован(а) о том, что несоблюдение назначений или рекомендаций исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платные медицинские услуги), в том числе несоблюдение назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемых медицинских услуг, повлечь за собой невозможность их завершения в срок, привести к увеличению продолжительности лечения и невозможности достижения желаемого результата, а также может привести к негативным последствиям и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (на состоянии здоровья лица, интересы которого я представляю).

Я согласен(на) со всеми условиями и порядками предоставления платных медицинских услуг.

Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами данного информированного добровольного согласия, положения которого мне разъяснены, мною прочитаны и мне абсолютно понятны.

Я изъявляю желание заключить с Федеральным государственным бюджетным учреждением «Научно-клинический центр токсикологии имени академика С.Н. Голикова Федерального медико-биологического агентства» Договор на оказание платных медицинских услуг и прошу оказывать мне (лицу, интересы которого я представляю) медицинскую помощь (медицинские услуги) на платной основе.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ Г.

(дата оформления)

**Отказ от медицинского вмешательства**

Я, \_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_ г. рождения,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя)  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в отношении \_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_ г. рождения,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения при подписании отказа законным представителем)  
при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в

\_\_\_\_\_ (полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных 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. № 390н:

\_\_\_\_\_ (наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния)

\_\_\_\_\_ (указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных) вида (видов) медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния))

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_ г.  
(подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) \_\_\_\_\_ (дата оформления)



### Акт об оказании платных медицинских услуг

г. Санкт-Петербург  
«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-клинический центр токсикологии имени академика С.Н. Голикова Федерального медико-биологического агентства» (ФГБУ НКЦТ им. С.Н. Голикова ФМБА России), именуемый в дальнейшем **Исполнитель**, в лице временно исполняющего обязанности директора Рейнюка Владимира Леонидовича, действующего на основании Устава и Приказа ФМБА России от 10.02.2021 № 46л, с одной стороны, и \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем **Пациент**, в случае непосредственного получения медицинских услуг по настоящему договору, или **Заказчик** в случае заключения договора в интересах третьего лица (Пациента), при несовпадении Заказчика и Пациента в одном лице, с другой стороны, в дальнейшем совместно именуемые **Стороны**, составили настоящий отчет (акт) о нижеследующем:

1. Исполнитель оказал Заказчику Медицинские услуги по договору об оказании платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ г. (далее - Договор):

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Кол-во	Цена за единицу, руб.	Стоимость, руб.
ИТОГО:				

Стоимость оказанных услуг согласно Договору составила

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) рублей.  
сумма прописью

2. Указанные в п.1 настоящего Акта услуги согласно Договору оказаны в полном объеме «\_\_\_» \_\_\_\_\_ г. (с «\_\_\_» \_\_\_\_\_ г. по «\_\_\_» \_\_\_\_\_ г.).

3. Заказчик замечаний, претензий по количеству и качеству Медицинских услуг, оказанных Исполнителем, в том числе к лекарственным препаратам, не имеет.

4. Настоящий акт составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон. Подписи сторон:

Пациент (Заказчик) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись Ф.И.О.

ФГБУ НКЦТ им. С.Н. Голикова ФМБА России:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
должность специалиста подпись Ф.И.О.

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_ проживающий по адресу (по месту регистрации)  
(Ф.И.О. полностью)

паспорт \_\_\_\_\_

(серия, номер, дата выдачи, кем выдан)

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»<sup>1</sup>, подтверждаю свое согласие на обработку в ФГБУ НКЦТ им. С.Н. Голикова ФМБА России (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета 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 Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, а также лабораториям в исследовательских целях, с которыми Оператор заключил договор о платных медицинских услугах в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) 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, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС), в том числе в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией (и территориальным фондом ОМС) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара, пять лет – для поликлиники). Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

**Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ и действует бессрочно.**

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

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

В соответствии с пунктом 1 статьи 18 Федерального закона от 13.03.2006 № 38-ФЗ «О рекламе» я разрешаю ФГБУ НКЦТ им. С.Н. Голикова ФМБА России информирование об оказываемых услугах, оповещения о проводимых акциях, мероприятиях, скидках осуществлять отправку СМС-сообщений на указанный мной номер телефона, а также на электронную почту.

Контактный телефон \_\_\_\_\_ и почтовый адрес \_\_\_\_\_

Пациент (Заказчика) \_\_\_\_\_

(Ф.И.О)

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 частью 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья /моего несовершеннолетнего ребенка: \_\_\_\_\_

(Ф.И.О гражданина, контактный телефон)

Данные прошу отправлять на мою электронную почту \_\_\_\_\_

Настоящим я уведомлен, что ФГБУ НКЦТ им. С.Н. Голикова ФМБА России не несет ответственности за неправомерные действия со стороны третьих лиц.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ /

<sup>1</sup> Федеральный закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2009, № 48, ст. 5716; № 52 (ч. I), ст. 6439; 2010, № 27, ст. 3407; № 31, ст. 4173; ст. 4196; № 49, ст. 6409; 2011, № 23, ст. 3263; № 31, ст. 4701; 2013, № 14, ст. 1651; № 30 (ч. I), ст. 4038; № 51, ст. 6683; 2014, № 23, ст. 2927; № 30 (ч. I), ст. 4217; ст. 4243; 2016, № 27 (ч. I), ст. 4164; 2017, № 9, ст. 1276)