

Министерство спорта Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Дальневосточная государственная академия физической культуры»
(ФГБОУ ВО «ДВГАФК»)

ПРИКАЗ

14 апреля 2025 г.

№ 27-6/52

г. Хабаровск

Об организации работы по предоставлению платных медицинских слуг, утверждении Перечня, прейскуранта стоимости медицинских услуг, типовых форм договоров на оказание медицинских услуг (в новой редакции)

В целях повышения эффективности использования материально-технической базы ФГБОУ ВО «ДВГАФК» и увеличения внебюджетных доходов, совершенствования процесса оказания платных медицинских услуг, оптимизации документооборота и усиления контроля за заключением договоров, **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить Перечень и прейскурант стоимости медицинских услуг, оказываемых физическим и (или) юридическим лицам медицинской частью ФГБОУ ВО «ДВГАФК» в новой редакции (далее – Перечень, прейскурант) (Приложение № 1 и Приложение № 2).

2. Утвердить и ввести в действие с момента издания настоящего приказа типовые формы договоров в новой редакции:

- договор об оказании платных медицинских услуг (Приложение № 3);
- договор об оказании платных медицинских услуг несовершеннолетнему

(Приложение № 4).

3. Поручить Мун Юлии Енгиевне, начальнику медицинской части, организовать работу по предоставлению медицинских услуг на основании действующей лицензии на осуществление медицинской деятельности № ФС-27-01-000781 от 25.04.2016 г. в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей», Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 N 736, положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

4. Мун Юлии Енгиевне, начальнику медицинской части:

- организовать оформление договоров об оказании платных медицинских услуг, актов сдачи-приемки оказанных услуг, а также их подписание (при наличии действующей доверенности) от имени Академии;

- обеспечить предоставление одного экземпляра оформленного и подписанного со стороны заказчика договора в планово-экономический отдел в срок не позднее 2-х рабочих дней со дня получения подписанного экземпляра договора от заказчика.

5. Обязанность по включению заключенных договоров об оказании платных медицинских услуг в Реестр договоров возложить на ведущего экономиста планово-экономического отдела Завойских Анну Александровну.

6. Руководителю коммуникационной политики Перепечай Петру Эдуардовичу в установленном порядке разместить Перечень, прейскурант и типовые формы договоров (в новой редакции) на сайте Академии.

7. Приказ ректора от 28.03.2025 №27-6/36 «Об утверждении Перечня, прейскуранта стоимости медицинских услуг, типовых форм договоров на оказание медицинских услуг» признать утратившим силу.

8. Установить, что договоры об оказании платных медицинских услуг, заключенные до издания настоящего приказа, продолжают действовать в установленном порядке до момента окончания срока их действия в части не противоречащей действующему законодательству.

9. Настоящий приказ вступает в силу с момента подписания.

10. Контроль за исполнением настоящего приказа возлагаю на проректора по социально-экономической деятельности Голькину Ирину Николаевну.

Ректор

С.В. Галицын

СОГЛАСОВАНО:

Проректор по социально-экономической деятельности

И.Н. Голькина

Начальник планово-экономического отдела

Е.В. Севостьянова

Ведущий юрисконсульт

А.С. Хромина

Главный бухгалтер

И.А. Мельничук

Заместитель начальника отдела кадров

О.А. Калягина

**Перечень медицинских услуг,
оказываемых физическим и (или) юридическим лицам медицинской
частью ФГБОУ ВО «Дальневосточная государственная академия
физической культуры»**

№ п/п	Виды оказываемых услуг
1.	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта
2.	Прием (осмотр, консультация) врача по лечебной физкультуре
3.	Инъекционные и инфузионные процедуры
3.1.	Внутримышечное и/или подкожное введение лекарственных препаратов
3.2.	Внутривенное введение лекарственного препарата
3.3.	Внутривенное введение двух и более лекарственных препаратов
3.4.	Непрерывное внутривенное введение лекарственных препаратов (до 30 минут)
3.5.	Непрерывное внутривенное введение лекарственных препаратов (более 30 минут)
3.6.	Введение дополнительных лекарственных препаратов (во время капельной инфузии)
4.	Физиотерапия
4.1.	Электрофорез лекарственный (1 поле)
4.1.1.	Электрофорез лекарственных препаратов при костной патологии
4.1.2.	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях суставов
4.1.3.	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях системы органов кроветворения и крови
4.1.4.	Электрофорез лекарственных препаратов при патологии полости рта и зубов
4.1.5.	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях верхних дыхательных путей
4.1.6.	Электрофорез лекарственных препаратов эндоназальный
4.1.7.	Электрофорез лекарственных препаратов при патологии легких
4.1.8.	Электрофорез при заболеваниях крупных кровеносных сосудов
4.1.9.	Электрофорез лекарственных препаратов при нарушениях микроциркуляции
4.1.10.	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях печени и желчевыводящих путей
4.1.11.	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях поджелудочной железы
4.1.12.	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки
4.1.13.	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях кишечника

4.1.14.	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях женских половых органов
4.1.15.	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях мужских половых органов
4.1.16.	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях желез внутренней секреции
4.1.17.	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга
4.1.18.	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях периферической нервной системы
4.1.19.	Внутриушной электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях органа слуха
4.1.20.	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях органа зрения
4.1.21.	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях почек
4.1.22.	Лекарственный электрофорез при неуточненных заболеваниях
4.2.	Электрофорез лекарственный (2 поля)
4.2.1.	Электрофорез лекарственных препаратов при костной патологии
4.2.2.	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях суставов
4.2.3.	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях верхних дыхательных путей
4.2.4.	Электрофорез лекарственных препаратов при патологии легких
4.2.5.	Электрофорез при заболеваниях крупных кровеносных сосудов
4.2.6.	Электрофорез лекарственных препаратов при нарушениях микроциркуляции
4.2.7.	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга
4.2.8.	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях периферической нервной системы
4.2.9.	Внутриушной электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях органа слуха
4.2.10.	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях почек
4.2.11.	Лекарственный электрофорез при неуточненных заболеваниях
4.3.	Воздействие лазером - магнитным полем - инфракрасным излучением (магнитолазеротерапия) (1-2 поле)
4.4.	Воздействие лазером - магнитным полем - инфракрасным излучением (магнитолазеротерапия) (3-4 поля)
4.5.	Воздействие электрическим полем ультравысокой частоты (УВЧ-терапия) (1 поле)
4.6.	Воздействие электрическим полем ультравысокой частоты (УВЧ-терапия) (2 поля)
4.7.	Ультрафонофорез лекарственный (1-2 поля)

4.8.	Ультрафонофорез лекарственный (3-4 поля)
4.9.	Воздействие магнитными полями (магнитотерапия)
4.10.	Низкоинтенсивная лазеротерапия (внутривенное облучение крови)
4.11.	Ударно-волновая терапия (BTL УВТ-терапия)
4.12.	Баровоздействие - прессотерапия конечностей, пневмокомпрессия (BTL прессотерапия) (до 30 минут)
4.13.	Баровоздействие - прессотерапия конечностей, пневмокомпрессия (BTL прессотерапия) (до 45 минут)
4.14.	Баровоздействие - прессотерапия конечностей, пневмокомпрессия (BTL прессотерапия) (до 60 минут)
4.15.	Воздействие высокочастотными электромагнитными полями (BTL Диатермия) (1 зона)
4.16.	Воздействие высокочастотными электромагнитными полями (BTL Диатермия) (2 зоны)
4.17.	Воздействие высокочастотными электромагнитными полями (BTL Диатермия) (3 зоны)
4.18.	Гипоксивоздействие (первичная процедура)
4.19.	Гипоксивоздействие (повторная процедура)
4.20.	Криотерапия общая (криокамера)
5.	Услуги по лечебной физкультуре
5.1.	Услуги по лечебной физкультуре (индивидуальное занятие продолжительностью 35 минут)
5.2.	Услуги по лечебной физкультуре (5 индивидуальных занятий продолжительностью 35 минут)
5.3.	Услуги по лечебной физкультуре (10 индивидуальных занятий продолжительностью 35 минут)
5.4.	Услуги по лечебной физкультуре (индивидуальное занятие продолжительностью 45 минут)
5.5.	Услуги по лечебной физкультуре (5 индивидуальных занятий продолжительностью 45 минут)
5.6.	Услуги по лечебной физкультуре (10 индивидуальных занятий продолжительностью 45 минут)

Имеются противопоказания. Необходима консультация специалиста.

Медицинские услуги оказываются на основании Лицензии на осуществление медицинской деятельности № ФС-27-01-000781 от 25.04.2016 г., срок действия- бессрочно.

Проректор по социально-экономической
деятельности



И.Н. Голькина

**Прейскурант стоимости медицинских услуг,
оказываемых физическим и (или) юридическим лицам медицинской
частью ФГБОУ ВО «Дальневосточная государственная академия
физической культуры»**

№ п/п	Наименование	Код услуги	Код медицинской услуги (в соотв. с приказом Минздрава России от 13.10.2017 N 804н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг")	Единица измерения	Стоимость услуги, руб. (НДС не облагается)
1.	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	16.01	B01.054.001	услуга	1 850,00
2.	Прием (осмотр, консультация) врача по лечебной физкультуре	16.02	B01.020.001	услуга	1 900,00
3.	Инъекционные и инфузионные процедуры				
3.1.	Внутримышечное и/или подкожное введение лекарственных препаратов	16.03	A11.01.002 A11.02.002	услуга	365,00
3.2.	Внутривенное введение лекарственного препарата	16.04	A11.12.003	услуга	365,00
3.3.	Внутривенное введение двух и более лекарственных препаратов	16.05	A11.12.003	услуга	480,00
3.4.	Непрерывное внутривенное введение лекарственных препаратов (до 30 минут)	16.06	A11.12.003.001	услуга	910,00
3.5.	Непрерывное внутривенное введение лекарственных препаратов (более 30 минут)	16.07	A11.12.003.001	услуга	1 640,00
3.6.	Введение дополнительных лекарственных	16.08	A11.12.003.001	услуга	255,00

	препаратов (во время капельной инфузии)				
4.	Физиотерапия				
4.1.	Электрофорез лекарственный (1 поле)				
4.1.1.	Электрофорез лекарственных препаратов при костной патологии	16.09	A17.03.001	услуга	455,00
4.1.2.	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях суставов	16.09	A17.04.001	услуга	455,00
4.1.3.	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях системы органов кроветворения и крови	16.09	A17.05.002	услуга	455,00
4.1.4.	Электрофорез лекарственных препаратов при патологии полости рта и зубов	16.09	A17.07.001	услуга	455,00
4.1.5.	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях верхних дыхательных путей	16.09	A17.08.001	услуга	455,00
4.1.6.	Электрофорез лекарственных препаратов эндоназальный	16.09	A17.08.001.001	услуга	455,00
4.1.7.	Электрофорез лекарственных препаратов при патологии легких	16.09	A17.09.001	услуга	455,00
4.1.8.	Электрофорез при заболеваниях крупных кровеносных сосудов	16.09	A17.12.001	услуга	455,00
4.1.9.	Электрофорез лекарственных препаратов при	16.09	A17.13.001	услуга	455,00

	нарушениях микроциркуляции				
4.1.10.	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях печени и желчевыводящих путей	16.09	A17.14.001	услуга	455,00
4.1.11.	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях поджелудочной железы	16.09	A17.15.001	услуга	455,00
4.1.12.	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки	16.09	A17.16.001	услуга	455,00
4.1.13.	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях кишечника	16.09	A17.19.001	услуга	455,00
4.1.14.	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях женских половых органов	16.09	A17.20.002	услуга	455,00
4.1.15.	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях мужских половых органов	16.09	A17.21.001	услуга	455,00
4.1.16.	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях желез внутренней секреции	16.09	A17.22.001	услуга	455,00
4.1.17.	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга	16.09	A17.23.001	услуга	455,00

4.1.18.	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях периферической нервной системы	16.09	A17.24.005	услуга	455,00
4.1.19.	Внутриушной электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях органа слуха	16.09	A17.25.001	услуга	455,00
4.1.20.	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях органа зрения	16.09	A17.26.001	услуга	455,00
4.1.21.	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях почек	16.09	A17.28.001	услуга	455,00
4.1.22.	Лекарственный электрофорез при неуточненных заболеваниях	16.09	A17.29.003	услуга	455,00
4.2.	Электрофорез лекарственный (2 поля)				
4.2.1.	Электрофорез лекарственных препаратов при костной патологии	16.10	A17.03.001	услуга	765,00
4.2.2.	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях суставов	16.10	A17.04.001	услуга	765,00
4.2.3.	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях верхних дыхательных путей	16.10	A17.08.001	услуга	765,00
4.2.4.	Электрофорез лекарственных препаратов при патологии легких	16.10	A17.09.001	услуга	765,00

4.2.5.	Электрофорез при заболеваниях крупных кровеносных сосудов	16.10	A17.12.001	услуга	765,00
4.2.6.	Электрофорез лекарственных препаратов при нарушениях микроциркуляции	16.10	A17.13.001	услуга	765,00
4.2.7.	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга	16.10	A17.23.001	услуга	765,00
4.2.8.	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях периферической нервной системы	16.10	A17.24.005	услуга	765,00
4.2.9.	Внутриушной электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях органа слуха	16.10	A17.25.001	услуга	765,00
4.2.10.	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях почек	16.10	A17.28.001	услуга	765,00
4.2.11.	Лекарственный электрофорез при неуточненных заболеваниях	16.10	A17.29.003	услуга	765,00
4.3.	Воздействие лазером - магнитным полем - инфракрасным излучением (магнитолазеротерапия) (1-2 поле)	16.11	A17.30.031 A22.01.005.001 A22.30.001	услуга	485,00
4.4.	Воздействие лазером - магнитным полем - инфракрасным	16.12	A17.30.031 A22.01.005.002 A22.30.001	услуга	790,00

	излучением (магнитолазеротерапия) (3-4 поля)				
4.5.	Воздействие электрическим полем ультравысокой частоты (УВЧ-терапия) (1 поле)	16.13	A17.30.017	услуга	525,00
4.6.	Воздействие электрическим полем ультравысокой частоты (УВЧ-терапия) (2 поля)	16.14	A17.30.017	услуга	860,00
4.7.	Ультрафонофорез лекарственный (1-2 поля)	16.15	A17.30.034	услуга	750,00
4.8.	Ультрафонофорез лекарственный (3-4 поля)	16.16	A17.30.034	услуга	1 255,00
4.9.	Воздействие магнитными полями (магнитотерапия)	16.17	A17.30.031	услуга	790,00
4.10.	Низкоинтенсивная лазеротерапия (внутривенное облучение крови)	16.18	A18.05.019	услуга	920,00
4.11.	Ударно-волновая терапия (BTL УВТ-терапия)	16.19	A22.30.015	услуга	2 550,00
4.12.	Баровоздействие - прессотерапия конечностей, пневмокомпрессия (BTL прессотерапия) (до 30 минут)	16.20	A17.30.009	услуга	2 100,00
4.13.	Баровоздействие - прессотерапия конечностей, пневмокомпрессия (BTL прессотерапия) (до 45 минут)	16.21	A17.30.009	услуга	2 770,00
4.14.	Баровоздействие - прессотерапия конечностей, пневмокомпрессия (BTL прессотерапия) (до 60 минут)	16.22	A17.30.009	услуга	3 200,00
4.15.	Воздействие высокочастотными	16.23	A17.30.016	услуга	3 000,00

	электромагнитными полями (BTL Диатермия) (1 зона)				
4.16.	Воздействие высокочастотными электромагнитными полями (BTL Диатермия) (2 зоны)	16.24	A17.30.016	услуга	5 250,0
4.17.	Воздействие высокочастотными электромагнитными полями (BTL Диатермия) (3 зоны)	16.25	A17.30.016	услуга	7 500,0
4.18.	Гипоксिवоздействие (первичная процедура)	16.26	A20.30.020	услуга	3 100,0
4.19.	Гипоксिवоздействие (повторная процедура)	16.27	A20.30.020	услуга	2 750,0
4.20.	Криотерапия общая (криокамера)	16.28	A24.01.005.001	услуга	3 100,00
5.	Услуги по лечебной физкультуре				
5.1.	Услуги по лечебной физкультуре (индивидуальное занятие продолжительностью 35 минут)	16.29	B03.020.001	услуга	1 600,00
5.2.	Услуги по лечебной физкультуре (5 индивидуальных занятий продолжительностью 35 минут) ***	16.30	B03.020.001	услуга	7 600,00
5.3.	Услуги по лечебной физкультуре (10 индивидуальных занятий продолжительностью 35 минут) ****	16.31	B03.020.001	услуга	14 400,00
5.4.	Услуги по лечебной физкультуре (индивидуальное занятие продолжительностью 45 минут)	16.32	B03.020.001	услуга	1 900,00
5.5.	Услуги по лечебной физкультуре (5 индивидуальных занятий)	16.33	B03.020.001	услуга	9 025,00

	продолжительностью 45 минут) ***				
5.6.	Услуги по лечебной физкультуре (10 индивидуальных занятий продолжительностью 45 минут) ****	16.34	В03.020.001	услуга	17 100,00

Имеются противопоказания. Необходима консультация специалиста.

** Медицинские услуги оказываются на основании Лицензии на осуществление медицинской деятельности № ФС-27-01-000781 от 25.04.2016 г., срок действия- бессрочно. Согласно пп. 2 п. 2 статьи 149 "Налогового кодекса Российской Федерации" от 05.08.2000 №117-ФЗ медицинские услуги не облагаются НДС.*

*** Услуги учреждения оказываются по адресу: г. Хабаровск, ул. Яшина, д. 10.*

**** При приобретении курса на 5 занятий применяется скидка в размере 5% от стоимости 1 занятия.*

***** При приобретении курса на 10 занятий применяется скидка в размере 10% от стоимости 1 занятия.*

Начальник планово-экономического
отдела



Е.В. Севостьянова

Согласовано:
Проректор по социально-экономической
деятельности



И.Н. Голькина

Договор №
об оказании платных медицинских услуг

г. Хабаровск

«__» _____ 202__ г.

_____ именуемый в дальнейшем «Заказчик», одной стороны, и Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Дальневосточная государственная академия физической культуры», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____ действующего на основании _____, с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать Заказчику (потребителю) следующие медицинские услуги:

№	Наименование услуг (с указанием кода медицинской услуги в соотв. с приказом Минздрава России от 13.10.2017 N 804н)	Код услуги	Ед. изм	Стоимость услуги	Кол-во услуг	Срок оказания услуг, дата	Итого сумма к оплате

а Заказчик уплачивает Исполнителю вознаграждение в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

1.2. Исполнитель оказывает медицинские услуги на основании Лицензии на осуществление медицинской деятельности № ФС-27-01-000781 от 25.04.2016 г., срок действия- бессрочно.

1.3. Услуги оказываются по адресу: г. Хабаровск, Яшина, д.10, медицинская часть.

1.4. По итогам оказания услуг Исполнитель передает Акт сдачи-приемки оказанных услуг в 2-х экземплярах, который Заказчик обязуется подписать сразу по факту оказания услуги либо в течение 3-х календарных дней предоставить мотивированный письменный отказ от подписания Акта сдачи-приемки оказанных услуг. В случае отсутствия мотивированных возражений Заказчика услуги считаются принятыми Заказчиком в полном объеме и с надлежащим качеством.

2. Права и обязанности Сторон:

2.1. Исполнитель обязуется:

- 2.1.1. Добросовестно оказывать Заказчику услуги в объеме и сроки, предусмотренные п. 1.1 настоящего Договора.
- 2.1.2. Обеспечить режим конфиденциальности при обращении Заказчика за медицинскими услугами и состоянии его здоровья в соответствии с требованиями сохранения врачебной тайны.
- 2.1.3. Предоставить Заказчику информацию о методах оказания медицинских услуг, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи, давать по просьбе Заказчика разъяснения о ходе оказания медицинских услуг.

2.2. Заказчик обязуется:

- 2.2.1. Для получения Исполнителем полной и достоверной информации о состоянии здоровья Заказчика, предоставить следующие документы и материалы: заключение/ направление лечащего врача лечебно-профилактического учреждения (больница, поликлиника, врачебно-физкультурный диспансер, больница восстановительного лечения, реабилитационный центр, санаторий и др.), медицинскую карту, данные диагностических обследований, 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 на момент заключения настоящего Договора и в течение его действия.
- 2.2.2. Получить медицинские услуги в соответствии с согласованным расписанием.
- 2.2.3. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.
- 2.2.4. Соблюдать Правила посещения медицинской части Исполнителя; контролировать физическое и психическое здоровье, при проявлении хронических, инфекционных, кожных заболеваний, болезней внутренних органов, психических и иных заболеваний, препятствующих дальнейшему получению медицинских услуг, предупредить Исполнителя и отказаться от получения медицинских услуг.
- 2.2.5. Соблюдать рекомендации врача, записанные в медицинских документах.
- 2.2.6. Немедленно извещать врача об изменении в состоянии здоровья в процессе оказания услуг.
- 2.2.7. В случае невозможности получения медицинской услуги и/или отказа от получения услуги по Договору – уведомить об этом Исполнителя не менее, чем за 24 часа до назначенной даты оказания услуги.

2.3. Исполнитель имеет право:

- 2.3.1. Получать от Заказчика любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредставления либо неполного или неверного предоставления Заказчиком информации, Исполнитель имеет право отказать в исполнении своих обязательств по настоящему Договору.
- 2.3.2. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.
- 2.3.3. Определять объем, характер, сроки оказания услуг.
- 2.3.4. Отказаться в оказании услуги Заказчику при отсутствии оплаты, прекратить оказание медицинских услуг, при несоблюдении последним правил техники безопасности, а также при наличии у Заказчика признаков заболевания, не позволяющего продолжить оказание ему медицинских услуг.

2.4. Заказчик имеет право:

- 2.4.1. Право на получение от Исполнителя медицинских услуг в соответствии с п. 1.1 настоящего Договора.
- 2.4.2. Согласиться или не согласиться с предложенными методами лечения.
- 2.4.3. Отказаться от получения услуг при условии оплаты фактически понесенных Исполнителем расходов.
- 2.4.4. Получать от Исполнителя разъяснения и информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.
- 2.5. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора.

3. Порядок оплаты

3.1. Общая цена настоящего договора складывается из суммы фактически оказанных услуг, полученных Заказчиком в течение срока действия настоящего договора.

Стоимость медицинских услуг указана в Прейскуранте цен Исполнителя, размещенном для свободного ознакомления Заказчика на информационных стендах и стойках, расположенных в месте оказания услуг, а также на сайте Исполнителя.

3.2. Вознаграждение Исполнителя уплачивается Заказчиком путем предварительной оплаты в размере 100% стоимости оказываемых услуг в соответствии с Прейскурантом цен Исполнителя не позже, чем в день обращения Заказчика за медицинской услугой.

3.2. Датой оплаты считается день внесения денежных средств в кассу/ день поступления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3.3. При возникновении необходимости (по результатам обследования и лечения) оказания на возмездной основе дополнительных услуг не предусмотренных договором, стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Заказчика с учетом уточненного диагноза, путем подписания дополнительного соглашения, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора. Без согласия Заказчика Исполнитель не имеет права предоставлять дополнительные платные медицинские услуги по настоящему Договору.

4. Ответственность Сторон

4.1. Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком за ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора в соответствии с действующим российским законодательством.

4.2. Исполнитель не несет ответственность в случае непредставления или неполного, или неверного предоставления Заказчиком запрашиваемой Исполнителем информации.

4.3. Заказчик несет ответственность за повреждение, утрату или порчу оборудования и имущества, находящегося в месте оказания медицинских услуг. Размер компенсации за причиненные повреждения равен реально причиненному ущербу.

4.4. Исполнитель не несет ответственности за несоответствие предоставленной услуги ожиданиям Заказчика и/или за его субъективную оценку, такое несоответствие ожиданиям и/ или отрицательная субъективная оценка не являются основаниями считать услуги оказанными некачественно, или не в согласованном объеме.

4.5. Ни одна из Сторон не будет нести ответственность за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия, введение карантинных или иных ограничительных мер или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

5. Порядок разрешения споров

5.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

5.2. При не урегулировании в процессе переговоров спорных вопросов они передаются на рассмотрение суда по месту нахождения Исполнителя.

6. Срок действия Договора, порядок изменения и расторжения Договора

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания обеими Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по нему.

6.2. Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию Сторон.

6.3. Настоящий Договор может быть расторгнут в случае отказа Заказчика после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Отказ Заказчика от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю. При расторжении договора по инициативе Заказчика он оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

6.4. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами.

7. Порядок и условия выдачи медицинских документов

7.1. Исполнитель после исполнения настоящего Договора по письменному запросу выдает Заказчику (законному представителю Заказчика) медицинские документы (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, без взимания дополнительной платы. Предоставление Заказчику либо его законному представителю копий медицинских документов и выписок из них на бумажном носителе осуществляется в количестве одного экземпляра в срок 30 рабочих дней с момента подачи заявления Заказчиком.

8. Прочие условия

8.1. В рамках исполнения настоящего договора применяются и исполняются положения пункта 4 части 2 статьи 10 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Заказчик дает свободно, своей волей и в своем интересе согласие на обработку персональных данных, а также информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, необходимых для исполнения настоящего договора для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.

8.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

Исполнитель:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Дальневосточная государственная академия физической культуры»

Юридический адрес: 680038, г. Хабаровск, Амурский бульвар, д. 1, E-mail: dvgafk@mail.ru, тел 57-50-08, сайт dvgafk.ru

ОГРН 1022701126843, ИНН 2722010146, КПП 272201001
УФК по Хабаровскому краю (ФГБОУ ВО «ДВГАФК» ЛС 21226Х36280)

Банковские реквизиты: ОТДЕЛЕНИЕ ХАБАРОВСК БАНКА РОССИИ/УФК по Хабаровскому краю г. Хабаровск БИК 010813050

Единый казначейский счет: 40102810845370000014

Казначейский счет: 03214643000000012200

Заказчик:

Паспорт _____

Адрес: _____

ИНН _____

Контактный тел: _____

Эл.почта: _____

Должность

ФИО

УВЕДОМЛЕНИЕ ЗАКАЗЧИКА

Заказчик подтверждает, что до подписания настоящего Договора Исполнитель уведомил его и предоставил для ознакомления в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

- местонахождение, режим работы Исполнителя, основной государственный регистрационный номер и идентификационный номер налогоплательщика Исполнителя;
- адрес сайта в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» Исполнителя (<https://двгафк.рф>);
- о лицензии на осуществление медицинской деятельности, ее номере, сроках действия, а также информация об органе, выдавшем указанную лицензию;
- информацию о медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- 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 методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- ознакомил с перечнем платных медицинских услуг и их стоимости;
- сроки ожидания предоставления платных услуг;
- уведомил 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 о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «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;
- уведомил о том, 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 здоровья Пациента;
- ознакомил с правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736).

«___» _____ 20__ г.

Заказчик (Пациент) _____
ФИО Подпись

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, _____ паспорт серия _____, номер _____, выдан _____, когда _____ г, в соответствии с требованиями ФЗ от 27.07.06 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку **ФГБОУ ВО «ДВГАФК»**, юридический адрес: г. Хабаровск, ул. Амурский бульвар, д.1 (далее — Оператор) моих персональных данных включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства/регистрации, паспортные данные, контактные номера телефонов, реквизиты полиса добровольного медицинского страхования, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, а также биометрические данные (фото, видео), в целях оказания Оператором медицинских услуг.

В процессе оказания Оператором медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам Оператора, передавать указанные персональные данные, в том числе содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах надлежащего оказания медицинских услуг.

Предоставляю Оператору право **осуществлять все действия (операции)** с указанными персональными данными, включая сбор, накопление, хранение, изменение, передачу, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать указанные персональные данные, в том числе **посредством** внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры), отчетные формы.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договору *добровольного медицинского страхования* на обмен (прием и передачу) указанными персональными данными со страховой организацией 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.

Настоящее согласие дано мной **в день подписания Договора об оказании платных медицинских услуг и действует бессрочно.**

Я оставляю за собой **право отозвать** свое согласие посредством составления письменного документа, который должен 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 всех процессов по их обработке не законченных к моменту получения такого отзыва.

«___» _____ 202__ г

Форма

Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
« ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным
представителем)

« ____ » _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

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. № 390н¹ (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)
в _____

_____ (полное наименование медицинской организации)
Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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, 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».

¹ Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный № 24082.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 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 или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись)

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

« ____ » _____ Т.
(дата оформления)

Форма

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. № 390н²: _____
(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)

² Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный № 24082.

Договор №
об оказании платных медицинских услуг несовершеннолетнему

г. Хабаровск

«__» _____ 202__ г.

_____ , именуемый в дальнейшем «Заказчик», действуя в интересах несовершеннолетнего _____ (далее – «Пациент»), на основании обоюдного согласия обоих родителей «Пациента», с одной стороны, и **Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Дальневосточная государственная академия физической культуры»**, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. Исполнитель на основании поручения Заказчика обязуется оказать Пациенту следующие медицинские услуги:

№	Наименование услуг (с указанием кода медицинской услуги в соотв. с приказом Минздрава России от 13.10.2017 N 804н)	Код услуги	Ед. изм	Стоимость услуги	Кол-во услуг	Срок оказания услуг, дата	Итого сумма к оплате

а Заказчик уплачивает Исполнителю вознаграждение в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

1.2. Исполнитель оказывает медицинские услуги на основании Лицензии на осуществление медицинской деятельности № ФС-27-01-000781 от 25.04.2016 г., срок действия- бессрочно.

1.3. Услуги оказываются по адресу: г. Хабаровск, Яшина, д.10, медицинская часть.

1.4. По итогам оказания услуг Исполнитель передает Акт сдачи-приемки оказанных услуг в 2-х экземплярах, который Заказчик обязуется подписать сразу по факту оказания услуги либо в течение 3-х календарных дней предоставить мотивированный письменный отказ от подписания Акта сдачи-приемки оказанных услуг. В случае отсутствия мотивированных возражений Заказчика услуги считаются принятыми Заказчиком в полном объеме и с надлежащим качеством.

2. Права и обязанности Сторон:

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Добросовестно оказывать Пациенту услуги в объеме и сроки, предусмотренные п. 1.1 настоящего Договора.

2.1.2. Обеспечить режим конфиденциальности при обращении Заказчика и Пациента за медицинскими услугами и состоянием здоровья Пациента в соответствии с требованиями сохранения врачебной тайны.

2.1.3. Предоставить Заказчику информацию о методах оказания медицинских услуг, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи и, давать по просьбе Заказчика разъяснения о ходе оказания медицинских услуг.

2.2. Заказчик обязуется:

2.2.1. Для получения Исполнителем полной и достоверной информации о состоянии здоровья Пациента, предоставить следующие документы и материалы: заключение/ направление лечащего врача лечебно-профилактического учреждения (больница, поликлиника, врачебно-физкультурный диспансер, больница восстановительного лечения, реабилитационный центр, санаторий и др.), медицинскую карту, данные диагностических обследований, сообщить все известные сведения о состоянии здоровья Пациента, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения на момент заключения настоящего Договора и в течение его действия.

2.2.2. Обеспечить получение Пациентом медицинских услуг в соответствии с согласованным расписанием. Исключение составляют случаи отсутствия по уважительной причине при условии предварительного уведомления Исполнителя.

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

2.2.4. Соблюдать Правила посещения медицинской части Исполнителя; контролировать физическое и психическое здоровье Пациента, при проявлении хронических, инфекционных, кожных заболеваний, болезней внутренних органов, психических и иных заболеваний предупредить Исполнителя и отказаться от получения медицинской услуги Пациентом.

2.2.5. Обеспечить соблюдение Пациентом рекомендаций врача, записанных в медицинских документах.

2.2.6. Немедленно извещать врача об изменении в состоянии здоровья Пациента в процессе оказания услуг.

2.2.7. В случае невозможности получения медицинской услуги Пациентом и/или отказа от получения услуги по Договору – уведомить об этом Исполнителя не менее, чем за 24 часа до назначенной даты оказания услуги.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. Получать от Заказчика любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредставления либо неполного или неверного предоставления Заказчиком информации, Исполнитель имеет право отказаться в исполнении своих обязательств по настоящему Договору.

2.3.2. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

2.3.3. Определять объем, характер, сроки оказания услуг.

2.3.4. Отказаться в оказании услуги Заказчику (Пациенту) при отсутствии оплаты, прекратить оказание медицинских услуг, при несоблюдении последним правил техники безопасности, а также при наличии у Пациента признаков заболевания, не позволяющего продолжить оказание ему медицинских услуг.

2.4. Заказчик имеет право:

2.4.1. Право на получение Пациентом от Исполнителя медицинских услуг в соответствии с п. 1.1 настоящего Договора.

2.4.2. Согласиться или не согласиться с предложенными методами лечения.

2.4.3. Отказаться от получения услуг при условии оплаты фактически понесенных Исполнителем расходов.

2.4.4. Получать от Исполнителя разъяснения и информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

2.5. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора.

3. Порядок оплаты

3.1. Общая цена настоящего договора складывается из суммы фактически оказанных услуг, полученных Пациентом в течение срока действия настоящего договора.

Стоимость медицинских услуг указана в Прейскуранте цен Исполнителя, размещенном для свободного ознакомления Заказчика и Пациента на информационных стендах и стойках, расположенных в месте оказания услуг, а также на сайте Исполнителя.

3.2. Вознаграждение Исполнителя уплачивается Заказчиком путем предварительной оплаты в размере 100% стоимости оказываемых услуг в соответствии с Прейскурантом цен Исполнителя не позже, чем в день обращения Заказчика за медицинской услугой для Пациента.

3.2. Датой оплаты считается день внесения денежных средств в кассу/ день поступления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3.3. При возникновении необходимости (по результатам обследования и лечения) оказания на возмездной основе дополнительных услуг Пациенту не предусмотренных договором, стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Заказчика с учетом уточненного диагноза, путем подписания дополнительного соглашения, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора. Без согласия Заказчика Исполнитель не имеет права предоставлять дополнительные платные медицинские услуги по настоящему Договору.

4. Ответственность Сторон

4.1. Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком за ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора в соответствии с действующим российским законодательством.

4.2. Исполнитель не несет ответственность в случае непредставления или неполного, или неверного предоставления Заказчиком запрашиваемой Исполнителем информации.

4.3. Заказчик несет ответственность за повреждение, утрату или порчу Пациентом оборудования и имущества, находящегося в месте оказания медицинских услуг. Размер компенсации за причиненные повреждения равен реально причиненному ущербу.

4.4. Исполнитель не несет ответственности за несоответствие предоставленной услуги ожиданиям Заказчика и/или за его субъективную оценку, такое несоответствие ожиданиям и/ или отрицательная субъективная оценка не являются основаниями считать услуги оказанными некачественно, или не в согласованном объеме.

4.5. Ни одна из Сторон не будет нести ответственность за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия, введение карантинных или иных ограничительных мер или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

5. Порядок разрешения споров

5.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

5.2. При не урегулировании в процессе переговоров спорных вопросов они передаются на рассмотрение суда по месту нахождения Исполнителя.

6. Срок действия Договора, порядок изменения и расторжения Договора

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания обеими Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по нему.

6.2. Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию Сторон.

6.3. Настоящий Договор может быть расторгнут в случае отказа Заказчика после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Отказ Заказчика от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю. При расторжении договора по инициативе Заказчика он оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

6.4. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами.

7. Порядок и условия выдачи медицинских документов

7.1. Исполнитель после исполнения настоящего Договора по письменному запросу выдает Заказчику (законному представителю Заказчика) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие 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, без взимания дополнительной платы. Предоставление Заказчику либо его законному представителю копий медицинских документов и выписок из них на бумажном носителе осуществляется в количестве одного экземпляра в срок 30 рабочих дней с момента подачи заявления Заказчиком.

8. Прочие условия

8.1. В рамках исполнения настоящего договора применяются и исполняются положения пункта 4 части 2 статьи 10 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Заказчик дает свободно, своей волей и в своем интересе согласие на обработку своих персональных данных и данных Пациента, а также информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, необходимых для исполнения настоящего договора для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.

8.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

Исполнитель:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Дальневосточная государственная академия физической культуры»
Юридический адрес: 680038, г. Хабаровск, Амурский бульвар, д. 1.
E-mail: dwgafk@mail.ru, тел 57-50-08, сайт двгафк.рф
ОГРН 1022701126843, ИНН 2722010146, КПП 272201001
УФК по Хабаровскому краю (ФГБОУ ВО «ДВГАФК» ЛС 21226Х36280)
Банковские реквизиты: ОТДЕЛЕНИЕ ХАБАРОВСК БАНКА РОССИИ//УФК по Хабаровскому краю г. Хабаровск БИК 010813050
Единый казначейский счет: 40102810845370000014
Казначейский счет: 03214643000000012200

Заказчик:

Паспорт _____

Адрес: _____

ИНН _____

Контактный тел: _____

Эл. почта: _____

Пациент: _____

_____ года рождения

Зарегистрирован: _____

Должность _____

ФИО _____

УВЕДОМЛЕНИЕ ЗАКАЗЧИКА

Заказчик подтверждает, что до подписания настоящего Договора Исполнитель уведомил его и предоставил для ознакомления в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

- местонахождение, режим работы Исполнителя, основной государственный регистрационный номер и идентификационный номер налогоплательщика Исполнителя;
- адрес сайта в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» Исполнителя (<https://двгафк.рф/>);
- о лицензии на осуществление медицинской деятельности, ее номере, сроках действия, а также информация об органе, выдавшем указанную лицензию;
- информацию о медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- 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 методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- ознакомил с перечнем платных медицинских услуг и их стоимости;
- сроки ожидания предоставления платных услуг;
- уведомил 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 о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «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;
- уведомил о том, 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 здоровья Потребителя;
- ознакомил с правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736).

Заказчик обязуется довести полученную информацию до Пациента.

« _____ » _____ 20__ г.

Заказчик _____

ФИО

Подпись

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я, _____ паспорт серия _____, номер _____, выдан _____, когда _____ г, в соответствии с требованиями ФЗ от 27.07.06 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку **ФГБОУ ВО «ДВГАФК»**, юридический адрес: г. Хабаровск, ул. Амурский бульвар, д.1 (далее — Оператор) моих **персональных данных и персональных данных моего ребенка**, _____, включающих: *фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства/регистрации, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, контактные номера телефонов, реквизиты полиса добровольного медицинского страхования, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, а также биометрические данные (фото, видео), в целях оказания* Оператором медицинских услуг.

В процессе оказания Оператором медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам Оператора, передавать указанные персональные данные, в том числе содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах надлежащего оказания медицинских услуг.

Предоставляю Оператору право **осуществлять все действия (операции)** с указанными персональными данными, включая сбор, накопление, хранение, изменение, передачу, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать указанные персональные данные, в том числе **посредством** внесения их в электронную базу данных, включения в списки (ресетры), отчетные формы.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договору *добровольного медицинского страхования* на обмен (прием и передачу) указанными персональными данными со страховой организацией 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.

Настоящее согласие дано мной **в день подписания Договора об оказании платных медицинских услуг и действует бессрочно.**

Я оставляю за собой **право отозвать** свое согласие посредством составления письменного документа, который должен 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 всех процессов по их обработке не законченных к моменту получения такого отзыва.

« _____ » _____ 202__ г.

АКТ
приема-сдачи медицинских услуг

г. Хабаровск

« ____ » _____ 202_ года

_____, именуемый в дальнейшем «Заказчик», действуя в интересах несовершеннолетнего _____ (далее – «Пациент»), на основании обоюдного согласия обоих родителей «Пациента», с одной стороны, и Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Дальневосточная государственная академия физической культуры», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании _____, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», составили акт о нижеследующем:

Исполнитель оказал, а Заказчик принял оказание медицинских услуг Пациенту:

№	Наименование услуг (с указанием кода медицинской услуги в соотв. с приказом Минздрава России от 13.10.2017 N 804н)	Код услуги	Ед. изм.	Стоимость услуги	Кол-во услуг	Срок оказания услуг, дата	Итого сумма к оплате

Претензий по исполнению Договора стороны не имеют, услуги оказаны Исполнителем надлежащего качества и в установленные сроки.

Исполнитель:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Дальневосточная государственная академия физической культуры»
Юридический адрес: 680038, г. Хабаровск, Амурский бульвар, д. 1,
E-mail: dwgafk@mail.ru, тел 57-50-08, сайт двгафк.рф
ОГРН 1022701126843, ИНН 2722010146, КПП 272201001
УФК по Хабаровскому краю (ФГБОУ ВО «ДВГАФК» ЛС 21226X36280)
Банковские реквизиты: ОТДЕЛЕНИЕ ХАБАРОВСК БАНКА РОССИИ//УФК по Хабаровскому краю г. Хабаровск БИК 010813050
Единый казначейский счет: 40102810845370000014
Казначейский счет: 03214643000000012200

Заказчик:

Паспорт _____
Адрес: _____
ИНН _____
Контактный тел: _____
Эл. почта: _____

Должность

ФИО

Ответственное лицо от Исполнителя
(медицинский работник)

Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
« ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным
представителем)

« ____ » _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании согласия законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

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. № 390н¹ (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)
в _____

_____ (полное наименование медицинской организации)
Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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, 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».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана

¹ Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный № 24082.

информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(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. № 390н²: _____

(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)

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