

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пермского края
«ПЕРМСКИЙ КРАЕВОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»
ПРИКАЗ**

20.10.2026

№ 34/43-01-03-350

**«Об утверждении типовых
форм документов для оказания
платных медицинских услуг и
взаимодействия с налоговыми
органами»**

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», с Приказом Минздрава РФ и МНС РФ от 25 июля 2001 г. № 289/5Г-3-04/256 «О реализации постановления Правительства Российской Федерации от 19 марта 2001 г. № 201 «Об утверждении перечней медицинских услуг и дорогостоящих видов лечения в медицинских учреждениях Российской Федерации, лекарственных средств, суммы оплаты которых за счет собственных средств налогоплательщика учитываются при определении суммы социального налогового вычета»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить и ввести в действие:

1.1. форму договора на оказание платных медицинских услуг, заключаемого между Исполнителем и Потребителем (Приложение № 1 к настоящему приказу);

1.2. форму договора на оказание платных медицинских услуг, заключаемого между Исполнителем, Заказчиком и Потребителем (Приложение № 2 к настоящему приказу);

1.3. форму информированного добровольного согласия на получение результатов лабораторных и диагностических исследований, копий медицинских справок и заключений на электронную почту Потребителя (Заказчика) и/или Законного представителя (Приложение № 3 к настоящему приказу).

2. Утвердить и ввести в действие форму заявления о представлении в налоговый орган сведений о фактических расходах налогоплательщика на оказанные услуги, необходимых для предоставления социального налогового вычета по налогу на доходы физических лиц (Приложение № 4 к настоящему приказу).

3. Заведующей отделением по оказанию платных медицинских услуг Соминич А. С. ознакомить работников отделения с настоящим приказом в течение пяти рабочих дней с момента подписания настоящего приказа.

4. Начальнику информационно-вычислительного центра Кирьянову В. С.:

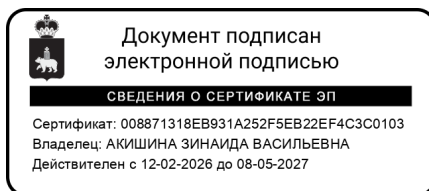
4.1. обеспечить доступ сотрудников регистратуры отделения по оказанию платных медицинских услуг к работе с утвержденными документами;

4.2. разместить утвержденные формы договоров на оказание платных медицинских услуг, а также форму заявления о представлении в налоговый орган сведений о фактических расходах налогоплательщика на официальном сайте ГБУЗ ПК «ПКОД» в течение четырех рабочих дней с момента подписания настоящего приказа.

5. Заведующей канцелярией Станиславской С.Ф. опубликовать настоящий приказ в информационной системе ГБУЗ ПК «ПКОД» в разделе «Приказы» в течение двух рабочих дней со дня его подписания.

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя главного врача по амбулаторно-поликлинической работе Юнусова М. Ф.

Главный врач



З.В. Акишина

Договор № _____ на оказание платных медицинских услуг
(для физического лица)

г. Пермь

"__" _____ г.

_____, именуемый (-ая) в дальнейшем «**Потребитель**», с одной стороны, _____, именуемый(-ая) далее «**Заказчик**», а также Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пермского края «Пермский краевой онкологический диспансер» (далее ГБУЗ «ПК ПКОД»), лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01167-59/00343808 от 16.10.2020 года (срок действия – бессрочно), выданной Министерством здравоохранения Пермского края, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице _____, действующей (его) на основании доверенности от 12 января 2026 года с другой стороны, вместе также именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор (далее – Договор) о нижеследующем:

1. ПОНЯТИЯ ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ДОГОВОРЕ

1.1. Для целей Договора используются следующие основные понятия:

Платные медицинские услуги – медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования, включая, но не ограничиваясь, диагностическими, консультативными и иными медицинскими услугами (далее – Услуги);

Исполнитель – медицинская организация, оказывающие платные медицинские услуги в соответствии с договором;

Потребитель – физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором.

Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

Законный представитель – физическое лицо, уполномоченное в установленном законном порядке осуществлять защиту прав и интересов Потребителя;

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Исполнитель, в соответствии с медицинской лицензией, на основании обращения Заказчика, обязуется оказать Потребителю - Услуги, отвечающие требованиям законодательства Российской Федерации, предъявляемым к методам диагностики, лечения и реабилитации, силами работников Исполнителя, а Потребитель обязуется оплатить Услуги в размере, порядке и сроки, установленные Договором. Полный перечень Услуг, предоставляемых Исполнителем, отражается в Прейскуранте. Информация о нем публикуется на сайте Исполнителя, а также предоставляется на стенде отделения по оказанию платных медицинских услуг. Стоимость медицинских услуг рассчитывается согласно Прейскуранту, действующему на момент оказания Услуги.

2.2. Исполнитель оказывает медицинские услуги по месту своего нахождения по адресу: г. Пермь, ул. Баумана, 15, г./Пермь, ул. Советской Армии, 12 в соответствии с утвержденным Исполнителем Положением об организации платных медицинских услуг (размещено на официальном сайте Исполнителя в сети «Интернет» - www.permcancer.ru, информационном стенде отделения по оказанию платных медицинских услуг).

2.3. Настоящий Договор обеспечивает реализацию прав пациента на получение платных медицинских услуг отделения по оказанию платных медицинских услуг ГБУЗ «ПК ПКОД» в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»; Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ и Федерального закона «О защите прав потребителей» от 07.02.1992 г. № 2300-1.

2.4. Потребитель подтверждает, что до момента заключения настоящего Договора:

2.4.1. ознакомлен(а) с перечнем предоставляемых Исполнителем услуг, стоимостью и условиями их предоставления, информацией о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);

2.4.2. предоставлена в доступной форме полная информация о возможности получения, сроках 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 выражает отказ от получения бесплатной медицинской помощи в рамках ОМС, и желает получить ее на платной основе;

2.4.3. уведомлен 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.

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

2.5. Медицинские услуги предоставляются при условии подписания Потребителем информированных добровольных согласий, а также согласия на обработку персональных данных. Указанные документы, данные в период действия Договора, действительны в течение всего срока оказания медицинских услуг по настоящему Договору.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг со стандартами медицинской помощи, клиническими рекомендациями (при их наличии), технологическими регламентами и требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

3.1.2. В соответствии с предварительным диагнозом осуществлять качественную диагностику. В соответствии с установленным диагнозом осуществлять качественное лечение.

3.1.3. В случае, если при оказании медицинских услуг требуется предоставление дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных Договором, Исполнитель обязуется предупредить об этом Потребителя.

3.1.4. Оформлять, вести и выдавать Потребителю после оказания услуг необходимую медицинскую документацию на бумажном носителе, а также, при подписании дополнительного согласия, по электронной почте, указанной Заказчиком (Потребителем).

3.1.5. Обеспечить бесплатный доступ Потребителя к сведениям о:

1) порядке оказания медицинской помощи и стандартах оказания медицинской помощи, применяемые при предоставлении медицинских услуг;

2) конкретном медицинском работнике, предоставляющем медицинские услуги (сведения об образовании и квалификации);

3) методах оказания медицинских услуг, связанных с ними рисками, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах;

4) к иным сведениям, относящиеся к предмету настоящего Договора.

3.1.6. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.

3.1.7. Уведомить Потребителя о невозможности оказания медицинской услуги по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг.

3.1.8. Соблюдать врачебную тайну, а также конфиденциальность в отношении персональных данных Потребителя, за исключением случаев, когда передача конфиденциальной информации о Заказчике в соответствии с действующим законодательством является обязанностью Исполнителя.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. Получать от Потребителя любую информацию, необходимую для исполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае не предоставления, либо неполного или неверного предоставления Потребителем информации, Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

3.2.2. Изменять по медицинским показаниям предварительный план, вид, объем, сроки и стоимость платных медицинских услуг.

3.2.3. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для лечения, Исполнитель вправе назначить другого врача для проведения лечения.

3.2.4. Отсрочить или отменить оказание медицинской услуги (в том числе в день назначения), и изменить сроки оказания медицинских услуг в случае обнаружения у Потребителя медицинских противопоказаний по общему состоянию здоровья.

3.2.5. Исполнитель имеет право в одностороннем порядке расторгнуть Договор при наличии одного из следующих обстоятельств:

- при несоблюдении Заказчиком Потребителем требований и рекомендаций лечащего врача в период лечения, исключающем возможность исполнения возложенных на Исполнителя обязанностей по Договору;

- при неявке на очередной сеанс лечения. В том случае, если после расторжения Договора Пациент желает продолжить лечение, стороны подписывают Акт о расторжении настоящего Договора и заключают новый Договор лечения.

3.2.6. Отказать в приеме и (или) перенести прием Потребителя:

-нахождения Потребителя в состоянии алкогольного и наркотического опьянения;

-наличия у Потребителя медицинских противопоказаний;

-в случае, если действия Потребителя создают угрозу жизни и здоровью персонала Исполнителя;

-в случае требований оказания медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором.

3.2.7. Исполнитель для оказания услуг в части исследования биоматериала имеет право привлекать соисполнителя.

3.3. Потребитель обязуется:

3.3.1. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором, а также дополнительные медицинские услуги, в случае их оказания.

3.3.2. Предоставить непосредственному Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных в других организациях (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход оказания медицинских услуг и их результат. При проведении (пересмотра) стекло- препаратов, парафиновых блоков Потребитель обязуется направить на исследование весь объем полученного материала.

3.3.3. Соблюдать правила поведения в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения;

3.3.4. Выполнять все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих ему по настоящему Договору медицинские услуги, по лечению, в том числе соблюдать указания медицинского учреждения, предписанные на период после оказания услуг.

3.3.5. Не опаздывать на приём к специалисту более чем на 30 минут (без предварительного уведомления Исполнителя по телефону не позднее, чем за час до назначенного времени). В противном случае Потребитель теряет право на обслуживание, переназначается администратором Исполнителя на другое (предварительно согласованное) время.

3.3.6. Немедленно извещать Исполнителя обо всех осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе лечения.

3.4. Потребитель имеет право:

3.4.1. Получать достоверную информацию об условиях предоставления платных медицинских услуг, а также о квалификации и сертификации специалистов.

3.4.2. Осуществлять выбор лечащего врача, с учётом его (врача) согласия, в том числе выбор другого врача, взамен ранее выполнявшего лечение.

3.4.3. Получать от Исполнителя сведения о наличии лицензии и сертификатов, о расчете стоимости, вариантов плана лечения предварительно ознакомившись с результатами обследования, диагнозом, методами лечения, связанным с ними риске, преимуществами и недостатками различных планов лечения, возможными осложнениями.

3.4.4. Отказаться от медицинского вмешательства, подписав соответствующий отказ. При этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

4.1. Консультативные услуги предоставляются Исполнителем в соответствии с графиком приема пациентов по предварительной записи. Диагностические услуги, оказываются Исполнителем по предварительной записи или в соответствии с графиком, в зависимости от сложности процедуры. Информация о графике работы Исполнителя размещается на стендах на территории Исполнителя в общедоступных местах, а также на сайте в сети Интернет по адресу www.permtcancer.ru

4.2. Стоимость медицинских услуг, определяется из перечня и объема услуг, определенных в Платежном документе на основании Прейскуранта Исполнителя.

4.3. Подписанием Договора Потребитель (или его законный представитель) подтверждает свое ознакомление со стоимостью медицинских услуг, установленных Прейскурантом.

4.4. Исполнитель имеет право не приступать к оказанию медицинских услуг Потребителю до момента оплаты.

4.5. Потребитель производит оплату медицинских услуг по Прейскуранту Исполнителя одним из следующих способов: наличными денежными средствами в кассу, безналичным перечислением денежных средств на расчетный счет, с использованием платежного терминала Исполнителя и банковских карт.

4.6. С согласия Потребителя медицинские услуги по плану лечения могут быть оплачены в полном размере предоплатой или путем внесения аванса. При расторжении Договора делается перерасчет за фактически оказанные медицинские услуги и возврат остатка аванса Потребителю.

4.7. В случае изменения стоимости оказываемых Исполнителем платных медицинских услуг по Прейскуранту в процессе лечения делается перерасчет по предварительному плану лечения с учетом этих изменений. Гарантия сохранения стоимости услуг по плану лечения сохраняется только при внесении предоплаты за предполагаемые по плану лечения услуги.

4.8. На предоставление медицинских услуг по настоящему договору может быть составлена смета. При составлении сметы она является неотъемлемой частью Договора.

4.9. В случае оказания Исполнителем дополнительных медицинских услуг, оплата осуществляется Потребителем на основании Дополнительного соглашения к договору (отдельного договора) в течение 1 (одного) рабочего дня с момента его оформления Сторонами.

4.10. В случае изменения объема оказанных Потребителю услуг, уменьшения стоимости услуг или досрочного расторжения настоящего Договора, взаиморасчет с Потребителем производится не позднее 3-х рабочих дней после получения соответствующего требования. Потребитель оплачивает стоимость фактически оказанных медицинских услуг.

4.11. При оказании стационарных медицинских услуг Исполнитель производит предварительный расчет стоимости услуг. В день выписки Потребителя из стационара Исполнитель предоставляет Потребителю (или его законному представителю) Акт об оказанных медицинских услугах, на основании которого производится перерасчет стоимости медицинских услуг и их оплата.

4.12. Акт об оказанных медицинских услугах является подтверждением оказания Услуг Исполнителем Потребителю (или его законному представителю).

4.13. Потребитель (или его законный представитель) обязуется рассмотреть и подписать Акт об оказанных медицинских услугах, представленный Исполнителем в день получения Акта при условии отсутствия у Потребителя (или его законного представителя) каких-либо замечаний к оказанным Исполнителем услугам. При наличии замечаний к оказанным Исполнителем услугам, Потребитель (или его законный представитель), предоставляет такие замечания в письменном виде Исполнителю в день получения Акта. При отсутствии замечаний Потребителя, Акт считается подписанным без замечаний, а услуги оказанными в полном объеме и в соответствии с условиями Договора и законодательства Российской Федерации.

4.14. Потребитель обязуется произвести окончательный расчет за оказанные услуги в день подписания Акта об оказанных медицинских услугах.

4.15. В случае, если при предоставлении Услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг с учетом уточненного диагноза, сложности операции и иных затрат на лечение Потребителя, не предусмотренных настоящим Договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя (или его законного представителя).

4.16. Без согласия Потребителя (или его законного представителя) Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

4.17. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Пациентом неполной информации о своем здоровье (документов, материалов), либо вызванных медицинскими показаниями.

5.3. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием непреодолимой силы или других форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки, принятие компетентными органами решений и т.п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему Договору.

5.4. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.5. Нарушение Потребителем правил внутреннего распорядка, повторное опоздание Потребителя более чем на 30 минут без предварительного уведомления или неявка на прием без уважительной причины, невыполнение рекомендаций и назначений врача, появление в отделении Исполнителя в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также нарушения Потребителем обязательств, предусмотренных пунктами настоящего Договора, являются основанием для расторжения договора в одностороннем порядке.

5.6. Исполнитель освобождается от ответственности в случае несоблюдении рекомендаций врача, так как данные действия Потребителя препятствуют оказанию безопасной и качественной медицинской помощи и могут снизить качество ранее оказанных услуг.

5.7. Все споры и разногласия по настоящему Договору, которые могут возникнуть у Сторон, рассматриваются путем переговоров, а в случае, не достижения согласия между Сторонами - в судебном порядке.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА. ПОРЯДОК ЕГО ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ.

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

6.2. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, возможны только путем составления письменного Дополнительного соглашения и его подписания всеми сторонами Договора.

6.3. Договор может быть расторгнут досрочно по следующим основаниям:

- по Соглашению сторон;
- по инициативе Потребителя;
- по инициативе Исполнителя по основаниям, предусмотренным в настоящем Договоре.

6.4. Заказчик в любое время, до фактического оказания Услуг, при условии возмещения Исполнителю фактически понесенные расходы, может отказаться от исполнения Договора путем направления (передачи) Исполнителю письменного заявления об отказе от Договора. Договор прекращает действие (утрачивает свою юридическую силу) с момента подписания Сторонами соглашения о расторжении Договора.

6.5. Расторжение договора не освобождает Заказчика (Потребителя) от оплаты услуг, фактически оказанных Исполнителем.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

7.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Потребителя.

7.3. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются:

7.3.1. Сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности Исполнителя (Приложение № 1).

Акт об оказанных медицинских услугах (Приложение №2)

Дополнительное соглашение к договору оказания платных медицинских услуг (Приложение №3)

Информированное добровольное согласие

на получение платных медицинских услуг и заключение договора оказания платных медицинских услуг (Приложение №4)

8. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Потребитель:

ФИО

Дата рождения

Паспорт (серия и №)

Кем и когда выдан

Код подразделения

Адрес регистрации

Свидетельство о рождении (серия и №)

Номер мобильного телефона

Адрес электронной почты

Законный представитель Потребителя:

ФИО

Дата рождения

Паспорт (серия и №)

Кем и когда выдан

Код подразделения

Адрес регистрации

Номер мобильного телефона
Адрес электронной почты

Исполнитель: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пермского края «Пермский краевой онкологический диспансер»
Адрес: 614066, г. Пермь, ул. Баумана, 15 8 (342) 221-82-34, 220-16-57
ОГРН 1025901219849
ИНН 5905003350 КПП 590501001
Документ подтверждающий факт внесения сведений в ЕГРЮЛ серия 59 № 001505272 выдан 07.12.2002 г. Инспекцией Министерства РФ по налогам и сборам по Индустриальному району г. Перми
Орган, выдавший лицензию на осуществление медицинской деятельности – Министерство здравоохранения Пермского края, адрес: 614000, г. Пермь, ул. Ленина, 51, тел. 217-79-00
Банк: Отделение Пермь Банка России //УФК по Пермскому краю г. Пермь
БИК: 015773997
Единый казначейский счет: 40102810145370000048
Казначейский счет: 03224643570000005600
Получатель: Минфин Пермского края (ГБУЗ ПК «ПКОД» л/с 208200172)
(л/с может быть 228200172, 218200172)
Тел.: 8 (342) 258-03-43

ПОДПИСИ СТОРОН:

Потребитель (или его законный представитель):	Исполнитель:
_____/_____ (подпись) (ФИО)	_____/_____ (подпись) (ФИО) М.П.

Сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности

1. Регистрационный номер лицензии: Л041-01167-59/00343808;
2. Дата предоставления лицензии: 16.10.2020 (приказ (распоряжение) лицензирующего органа о переоформлении лицензии № 34-07-01-474-л от 07.04.2023 г.);
3. Срок действия: бессрочно;
4. Лицензирующий орган: Министерство здравоохранения Пермского края;
5. Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности:

614066, Пермский край, Индустриальный район, г. Пермь, ул. Баумана, д. 15

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), гистологии, лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, медицинской статистике, медицинскому массажу, рентгенологии, сестринскому делу; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), анестезиологии и реаниматологии, гастроэнтерологии, гематологии, дерматовенерологии, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, клинической фармакологии, лабораторной генетике, медицинской реабилитации, медицинской статистике, неврологии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), патологической анатомии, пульмонологии, радиологии, рентгенологии, стоматологии терапевтической, торакальной хирургии, ультразвуковой диагностике, урологии, хирургии, челюстно-лицевой хирургии, эндоскопии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: лабораторной генетике. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: анестезиологии и реаниматологии, гистологии, лабораторной генетике, лечебной физкультуре, медицинской реабилитации, медицинскому массажу, онкологии, патологической анатомии, радиологии, радиотерапии, рентгенологии, сестринскому делу, терапии, эндоскопии; при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), анестезиологии и реаниматологии, гистологии, лабораторной генетике, лечебной физкультуре, медицинской реабилитации, медицинскому массажу, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), патологической анатомии, радиологии, радиотерапии, рентгенологии, сестринскому делу, терапии, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, урологии, хирургии, челюстно-лицевой хирургии, эндоскопии; при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: онкологии; при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по: онкологии. При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности, экспертизе качества медицинской помощи.

614066, Пермский край, Индустриальный район, г. Пермь, ул. Советской Армии, д. 12

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике, сестринскому делу, физиотерапии, функциональной диагностике; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), дерматовенерологии, клинической лабораторной диагностике, онкологии, ультразвуковой диагностике, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: клинической лабораторной диагностике. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: диетологии, клинической лабораторной диагностике, лабораторной диагностике, физиотерапии; при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: клинической лабораторной диагностике, клинической фармакологии, лабораторной диагностике, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, радиологии, радиотерапии, сестринскому делу, трансфузиологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии; при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по: онкологии. При оказании паллиативной медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях по: онкологии, сестринскому делу. При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности, экспертизе качества медицинской помощи. При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым).

АКТ ОБ ОКАЗАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГАХ

По Договору № _____ от _____ г.
На предоставление медицинских услуг

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пермского края «Пермский краевой онкологический диспансер» (далее ГБУЗ «ПК ПКОД»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице

действующего _____ на _____ основании _____ Доверенности № _____ от _____

и гражданина (ка) _____
(Ф.И.О.)

дата рождения " ____ " _____ г., адрес места жительства: _____, контактный телефон: _____.

Данные документа удостоверяющего личность Потребителя (или его законного представителя) _____, имкнуемый (ая)

в дальнейшем Пациент, с другой сторны, составили настоящий Акт о нижеследующем:

Исполнитель оказал, а Пациент принял следующие медицинские услуги:

Дата, сроки ожидания платной услуги	Наименование услуги	Непосредственный исполнитель	Условия оказания услуги	Количество	Цена услуги, руб.	Стоимость, руб.
			амбулаторно			
ИТОГО:						

Услуги оказаны в согласованные сторонами сроки.
Стороны претензий к качеству оказанных услуг не имеют.
Медицинские услуги НДС не облагаются.
Настоящий акт составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

Исполнитель:
Лицо, подписавшее Акт от имени Исполнителя
ФИО:
Подпись
МП

Потребитель
Заказчик
ФИО:
Подпись

№3

Дополнительное соглашение
к договору оказания платных медицинских услуг № _____

г. Пермь «____» _____ г.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пермского края «Пермский краевой онкологический диспансер» (далее ГБУЗ «ПК ПКОД»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице медицинского регистратора отделения _____ по оказанию платных медицинских услуг

действующего на основании _____ Доверенности № _____ от

и лицензии № Л041-01167-59/00343808 от 16.10.2020 года (срок действия – бессрочно), выданной Министерством здравоохранения Пермского края, и Потребитель

(Ф.И.О.)

дата рождения "____" _____ г., адрес места жительства: _____, контактный телефон: _____.

Данные документа удостоверяющего личность Потребителя (или его законного представителя) _____

именуем _____ в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Стороны договорились об увеличении объема предоставляемых медицинских услуг, в именно

Дата, сроки ожидания платной услуги	Наименование услуги	Непосредственный исполнитель	Условия оказания услуги	Количество	Цена услуги, руб.	Стоимость, руб.
			амбулаторно			
ИТОГО:						

Общая стоимость оказываемых медицинских услуг составляет _____ руб.

2. В остальной части условия Договора не меняются.

Дата составления _____

Заказчик (Потребитель) _____ / _____

Исполнитель, в лице медицинского регистратора отделения по оказанию платных медицинских услуг _____, действующего на основании Доверенности № _____ от

(Ф.И.О.)

№4.

Информированное добровольное согласие

на получение платных медицинских услуг и заключение договора оказания платных медицинских услуг

(ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановление Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»);

Я, _____, паспорт _____, выдан _____,

(Ф.И.О. прописывается полностью) (дата, кем)

до получения платной медицинской услуги в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Пермский краевой онкологический диспансер» (далее ГБУЗ ПК ПКОД) отделении по оказанию платных медицинских услуг и до заключения договора оказания платных медицинских услуг в доступной для меня форме, проинформирован (а) о нижеследующем:

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа);
- о перечне платных медицинских услуг, предоставляемых отделением по оказанию платных медицинских услуг ГБУЗ ПК ПКОД, о ценах на платные услуги, условиях, форме, порядке и сроках ожидания их предоставления и оплаты;
- о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, уровне их профессионального образования и квалификации;
- о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);
- мне предоставлена вся необходимая информация об учреждении, в том числе, о режиме работы учреждения, графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- о контролирующих органах, как по надзору в сфере здравоохранения, так и в сфере защиты прав потребителей (их адреса и телефоны), иная информация, предусмотренная правилами предоставления платных медицинских услуг;
- о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации, а также почтовый адрес и (или) адрес электронной почты, на которые может быть направлено обращение (жалоба).
- мне предоставлены все необходимые сведения о лицензиях ГБУЗ ПК ПКОД на осуществление медицинской деятельности, я ознакомлен(а) с перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензиями;
- я информирован(а) о целях, характере, о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- я предупрежден(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья;
- я информирован(а), что отказ потребителя от заключения договора оказания платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы ОМС в рамках Тарифного соглашения;
- мною добровольно, своей волей и в своем интересе, без какого-либо принуждения, выбраны виды платных медицинских услуг, которые я хочу получить в ГБУЗ ПК ПКОД, я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом на платные медицинские и согласен(а) их оплатить в соответствии с ним.

Мне разъяснено, и я полностью осознаю, что проводимое мне лечение (диагностическое обследование) не гарантирует 100% результат и что как при предоставлении медицинских услуг, так и после их предоставления, возможны различные осложнения, обусловленные индивидуальными биологическими особенностями организма.

Я полностью согласен(а) с тем, что используемая при моем лечении (диагностическом обследовании) технология не может на 100% исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных индивидуальными биологическими особенностями организма, и в том случае, если предоставленная медицинская услуга была осуществлена с учетом всех необходимых требований, ГБУЗ ПК ПКОД не несет ответственности за их возникновение.

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения (диагностического обследования) я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ГБУЗ ПК ПКОД.

Я, получив полную информацию о возможности и условиях оказания пациенту бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС, хочу воспользоваться своим правом на получение платных медицинских и иных услуг, даю свое согласие на их получение и готов(а) их оплатить.

Я удостоверяю, что текст настоящего информированного согласия мною прочитан, его положения мне понятны, я даю свое согласие на получение и оплату платных медицинских и иных платных услуг в ГБУЗ ПК ПКОД и на заключение договора оказания платных медицинских и иных услуг.

(подпись (расшифровка подписи)	потребителя/	законного	представителя/	заказчика)
-----------------------------------	--------------	-----------	----------------	------------

Договор № _____ на оказание платных медицинских услуг
(для физического лица)

г. Пермь

" ____ " _____ г.

_____, именуемый (-ая) в дальнейшем «Потребитель», с одной стороны, _____, именуемый(-ая) далее «Заказчик», а также Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пермского края «Пермский краевой онкологический диспансер» (далее ГБУЗ «ПК ПКОД»), лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-01167-59/00343808 от 16.10.2020 года (срок действия – бессрочно), выданной Министерством здравоохранения Пермского края, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующей (его) на основании доверенности от 12 января 2026 года с другой стороны, вместе также именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор (далее – Договор) о нижеследующем:

1. ПОНЯТИЯ ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ДОГОВОРЕ

1.1. Для целей Договора используются следующие основные понятия:

Платные медицинские услуги – медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования, включая, но не ограничиваясь, диагностическими, консультативными и иными медицинскими услугами (далее – Услуги);

Исполнитель – медицинская организация, оказывающие платные медицинские услуги в соответствии с договором;

Потребитель – физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором.

Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

Законный представитель – физическое лицо, уполномоченное в установленном законом порядке осуществлять защиту прав и интересов Потребителя;

Заказчик - физическое лицо, заказывающее и оплачивающее медицинские услуги в пользу Потребителя.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Исполнитель, в соответствии с медицинской лицензией, на основании обращения Заказчика, обязуется оказать Потребителю - Услуги, отвечающие требованиям законодательства Российской Федерации, предъявляемым к методам диагностики, лечения и реабилитации, силами работников Исполнителя, а Заказчик, действующий в интересах Потребителя, обязуется оплатить Услуги в размере, порядке и сроки, установленные Договором. Полный перечень Услуг, предоставляемых Исполнителем, отражается в Прейскуранте. Информация о нем публикуется на сайте Исполнителя, а также предоставляется на стенде отделения по оказанию платных медицинских услуг. Стоимость медицинских услуг рассчитывается согласно Прейскуранту, действующему на момент оказания Услуги.

2.2. Исполнитель оказывает медицинские услуги по месту своего нахождения по адресу: г. Пермь, ул. Баумана, 15, г./Пермь, ул. Советской Армии, 12 в соответствии с утвержденным Исполнителем Положением об организации платных медицинских услуг (размещено на официальном сайте Исполнителя в сети «Интернет» - www.permcancer.ru, информационном стенде отделения по оказанию платных медицинских услуг).

2.3. Настоящий Договор обеспечивает реализацию прав пациента на получение платных медицинских услуг отделения по оказанию платных медицинских услуг ГБУЗ «ПК ПКОД» в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»; Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ и Федерального закона «О защите прав потребителей» от 07.02.1992 г. № 2300-1.

2.4. Заказчик (Потребитель) подтверждает, что до момента заключения настоящего Договора:

2.4.1. ознакомлен(а) с перечнем предоставляемых Исполнителем услуг, стоимостью и условиями их предоставления, информацией о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);

2.4.2. предоставлена в доступной форме полная информация о возможности получения, сроках 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 выражает отказ от получения бесплатной медицинской помощи в рамках ОМС, и желает получить ее на платной основе;

2.4.3. уведомлен 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.

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

2.5. Медицинские услуги предоставляются при условии подписания Заказчиком (Потребителем) информированных добровольных согласий, а также согласия на обработку персональных данных. Указанные документы, данные в период действия Договора, действительны в течение всего срока оказания медицинских услуг по настоящему Договору.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг со стандартами медицинской помощи, клиническими рекомендациями (при их наличии), технологическими регламентами и требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

3.1.2. В соответствии с предварительным диагнозом осуществлять качественную диагностику. В соответствии с установленным диагнозом осуществлять качественное лечение.

3.1.3. В случае, если при оказании медицинских услуг требуется предоставление дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных Договором, Исполнитель обязуется предупредить об этом Заказчика (Потребителя).

3.1.4. Оформлять, вести и выдавать Заказчику (Потребителю) после оказания услуг необходимую медицинскую документацию на бумажном носителе, а также, при подписании дополнительного согласия, по электронной почте, указанной Заказчиком (Потребителем).

3.1.5. Обеспечить бесплатный доступ Заказчика (Потребителя) к сведениям о:

1) порядке оказания медицинской помощи и стандартах оказания медицинской помощи, применяемые при предоставлении медицинских услуг;

2) конкретном медицинском работнике, предоставляющем медицинские услуги (сведения об образовании и квалификации);

3) методах оказания медицинских услуг, связанных с ними рисками, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах;

4) к иным сведениям, относящиеся к предмету настоящего Договора.

3.1.6. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.

3.1.7. Уведомить Заказчика (Потребителя) о невозможности оказания медицинской услуги по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг.

3.1.8. Соблюдать врачебную тайну, а также конфиденциальность в отношении персональных данных Пациента и Заказчика, за исключением случаев, когда передача конфиденциальной информации о Заказчике в соответствии с действующим законодательством является обязанностью Исполнителя.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. Получать от Заказчика (Потребителя) любую информацию, необходимую для исполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае не предоставления, либо неполного или неверного предоставления Заказчиком (Потребителем) информации, Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

3.2.2. Изменять по медицинским показаниям предварительный план, вид, объем, сроки и стоимость платных медицинских услуг.

3.2.3. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для лечения, Исполнитель вправе назначить другого врача для проведения лечения.

3.2.4. Отсрочить или отменить оказание медицинской услуги (в том числе в день назначения), и изменить сроки оказания медицинских услуг в случае обнаружения у Заказчика (Потребителя) медицинских противопоказаний по общему состоянию здоровья.

3.2.5. Исполнитель имеет право в одностороннем порядке расторгнуть Договор при наличии одного из следующих обстоятельств:

- при несоблюдении Заказчиком (Потребителем) требований и рекомендаций лечащего врача в период лечения, исключающем возможность исполнения возложенных на Исполнителя обязанностей по Договору;

- при неявке на очередной сеанс лечения. В том случае, если после расторжения Договора Пациент желает продолжить лечение, стороны подписывают Акт о расторжении настоящего Договора и заключают новый Договор лечения.

3.2.6. Отказать в приеме и (или) перенести прием Заказчика (Потребителя):

-нахождения Заказчика (Потребителя) в состоянии алкогольного и наркотического опьянения;

-наличия у Заказчика (Потребителя) медицинских противопоказаний;

-в случае, если действия Заказчика (Потребителя) создают угрозу жизни и здоровью персонала Исполнителя;

-в случае требований оказания медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором.

3.2.7. Исполнитель для оказания услуг в части исследования биоматериала имеет право привлекать соисполнителя.

3.3. Заказчик обязуется:

3.3.1. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором, а также дополнительные медицинские услуги, в случае их оказания.

3.3.2. Предоставить непосредственному Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных в других организациях (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход оказания медицинских услуг и их результат. При проведении (пересмотра) стекло препаратов, парафиновых блоков Заказчик (Потребитель) обязуется направить на исследование весь объем полученного материала.

3.3.3. Соблюдать правила поведения в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения;

3.3.4. Выполнять все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих ему по настоящему Договору медицинские услуги, по лечению, в том числе соблюдать указания медицинского учреждения, предписанные на период после оказания услуг.

3.3.5. Не опаздывать на приём к специалисту более чем на 30 минут (без предварительного уведомления Исполнителя по телефону не позднее, чем за час до назначенного времени). В противном случае Заказчик (Потребитель) теряет право на обслуживание, переназначается администратором Исполнителя на другое (предварительно согласованное) время.

3.3.6. Немедленно извещать Исполнителя обо всех осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе лечения.

3.4. Заказчик (Потребитель) имеет право:

3.4.1. Получать достоверную информацию об условиях предоставления платных медицинских услуг, а также о квалификации и сертификации специалистов.

3.4.2. Осуществлять выбор лечащего врача, с учётом его (врача) согласия, в том числе выбор другого врача, взамен ранее выполнявшего лечение.

3.4.3. Получать от Исполнителя сведения о наличии лицензии и сертификатов, о расчете стоимости, вариантов плана лечения предварительно ознакомившись с результатами обследования, диагнозом, методами лечения, связанным с ними риске, преимуществами и недостатками различных планов лечения, возможными осложнениями.

3.4.4. Отказаться от медицинского вмешательства, подписав соответствующий отказ. При этом Заказчик (Потребитель) оплачивает Исполнителю фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

4.1. Консультативные услуги предоставляются Исполнителем в соответствии с графиком приема пациентов по предварительной записи. Диагностические услуги, оказываются Исполнителем по предварительной записи или в соответствии с графиком, в зависимости от сложности процедуры. Информация о графике работы Исполнителя размещается на стендах на территории Исполнителя в общедоступных местах, а также на сайте в сети Интернет по адресу www.permtcancer.ru

4.2. Стоимость медицинских услуг, определяется из перечня и объема услуг, определенных в Платежном документе на основании Прейскуранта Исполнителя.

4.3. Подписанием Договора Потребитель (или его законный представитель) и Заказчик подтверждают свое ознакомление со стоимостью медицинских услуг, установленных Прейскурантом.

4.4. Исполнитель имеет право не приступать к оказанию медицинских услуг Потребителю (Заказчику) до момента оплаты.

4.5. Заказчик производит оплату медицинских услуг по Прейскуранту Исполнителя одним из следующих способов: наличными денежными средствами в кассу, безналичным перечислением денежных средств на расчетный счет, с использованием платежного терминала Исполнителя и банковских карт.

4.6. С согласия Заказчика (Потребителя) медицинские услуги по плану лечения могут быть оплачены в полном размере предоплатой или путем внесения аванса. При расторжении Договора делается перерасчет за фактически оказанные медицинские услуги и возврат остатка аванса Заказчику (Потребителю).

4.7. В случае изменения стоимости оказываемых Исполнителем платных медицинских услуг по Прейскуранту в процессе лечения делается перерасчет по предварительному плану лечения с учетом этих изменений. Гарантия сохранения стоимости услуг по плану лечения сохраняется только при внесении предоплаты за предполагаемые по плану лечения услуги.

4.8. На предоставление медицинских услуг по настоящему договору может быть составлена смета. При составлении сметы она является неотъемлемой частью Договора.

4.9. В случае оказания Исполнителем дополнительных медицинских услуг, оплата осуществляется Заказчиком (Потребителем) на основании Дополнительного соглашения к договору (отдельного договора) в течение 1 (одного) рабочего дня с момента его оформления Сторонами.

4.10. В случае изменения объема оказанных Потребителю (Заказчику) услуг, уменьшения стоимости услуг или досрочного расторжения настоящего Договора, взаиморасчет с Заказчиком (Потребителем) производится не позднее 3-х рабочих дней после получения соответствующего требования. Заказчик (Потребитель) оплачивает стоимость фактически оказанных медицинских услуг.

4.11. При оказании стационарных медицинских услуг Исполнитель производит предварительный расчет стоимости услуг. В день выписки Потребителя из стационара Исполнитель предоставляет Потребителю (или его законному представителю) и Заказчику Акт об оказанных медицинских услугах, на основании которого производится перерасчет стоимости медицинских услуг и их оплата.

4.12. Акт об оказанных медицинских услугах является подтверждением оказания Услуг Исполнителем Потребителю (или его законному представителю).

4.13. Потребитель (или его законный представитель) и Заказчик обязуются рассмотреть и подписать Акт об оказанных медицинских услугах, представленный Исполнителем в день получения Акта при условии отсутствия у Потребителя (или его законного представителя) и Заказчика каких-либо замечаний к оказанным Исполнителем услугам. При наличии замечаний к оказанным Исполнителем услугам, Потребитель (или его законный представитель), Заказчик - предоставляет такие замечания в письменном виде Исполнителю в день получения Акта. При отсутствии замечаний Потребителя (Заказчика), Акт считается подписанным без замечаний, а услуги оказанными в полном объеме и в соответствии с условиями Договора и законодательства Российской Федерации.

4.14. Заказчик обязуется произвести окончательный расчет за оказанные услуги в день подписания Акта об оказанных медицинских услугах.

4.15. В случае, если при предоставлении Услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг с учетом уточненного диагноза, сложности операции и иных затрат на лечение Потребителя, не предусмотренных настоящим Договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя (или его законного представителя) и Заказчика.

4.16. Без согласия Потребителя (или его законного представителя) и Заказчика Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

4.17. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Пациентом неполной информации о своем здоровье (документов, материалов), либо вызванных медицинскими показаниями.

5.3. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием непреодолимой силы или других форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки, принятие компетентными органами решений и т.п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему Договору.

5.4. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.5. Нарушение Заказчиком (Потребителем) правил внутреннего распорядка, повторное опоздание Заказчика (Потребителя) более чем на 30 минут без предварительного уведомления или неявка на прием без уважительной причины, невыполнение рекомендаций и назначений врача, появление в отделении Исполнителя в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также нарушения Заказчиком (Потребителем) обязательств, предусмотренных пунктами настоящего Договора, являются основанием для расторжения договора в одностороннем порядке.

5.6. Исполнитель освобождается от ответственности в случае несоблюдении рекомендаций врача, так как данные действия Заказчика (Потребителя) препятствуют оказанию безопасной и качественной медицинской помощи и могут снизить качество ранее оказанных услуг.

5.7. Все споры и разногласия по настоящему Договору, которые могут возникнуть у Сторон, рассматриваются путем переговоров, а в случае, не достижения согласия между Сторонами-в судебном порядке.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА. ПОРЯДОК ЕГО ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ.

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

6.2. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, возможны только путем составления письменного Дополнительного соглашения и его подписания всеми сторонами Договора.

6.3. Договор может быть расторгнут досрочно по следующим основаниям:

- по Соглашению сторон;
- по инициативе Заказчика;
- по инициативе Исполнителя по основаниям, предусмотренным в настоящем Договоре.

6.4. Заказчик в любое время, до фактического оказания Услуг, при условии возмещения Исполнителю фактически понесенные расходы, может отказаться от исполнения Договора путем направления (передачи) Исполнителю письменного заявления об отказе от Договора. Договор прекращает действие (утрачивает свою юридическую силу) с момента подписания Сторонами соглашения о расторжении Договора.

6.5. Расторжение договора не освобождает Заказчика (Потребителя) от оплаты услуг, фактически оказанных Исполнителем.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

7.2. Настоящий Договор составлен в трех экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Заказчика, третий - у Потребителя. В случае если Договор заключается Потребителем и Исполнителем, он составляется в двух экземплярах (кроме случаев заключения Договора дистанционным способом).

7.3. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются:

7.3.1. Сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности Исполнителя (Приложение № 1).

Акт об оказанных медицинских услугах (Приложение №2)

Дополнительное соглашение к договору оказания платных медицинских услуг (Приложение №3)

Информированное добровольное согласие

на получение платных медицинских услуг и заключение договора оказания платных медицинских услуг (Приложение №4)

8. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Потребитель:

ФИО

Дата рождения

Паспорт (серия и №)

Кем и когда выдан

Код подразделения

Адрес регистрации

Свидетельство о рождении (серия и №)

Номер мобильного телефона

Адрес электронной почты

Законный представитель Потребителя:

ФИО

Дата рождения

Паспорт (серия и №)

Кем и когда выдан

Код подразделения
Адрес регистрации
Номер мобильного телефона
Адрес электронной почты
Заказчик
ФИО
Дата рождения
Паспорт (серия и №)
Кем и когда выдан
Код подразделения
Адрес регистрации
Номер мобильного телефона
Адрес электронной почты

Исполнитель: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пермского края «Пермский краевой онкологический диспансер»

Адрес: 614066, г. Пермь, ул. Баумана, 15 8 (342) 221-82-34, 220-16-57

ОГРН 1025901219849

ИНН 5905003350 КПП 590501001

Документ подтверждающий факт внесения сведений в ЕГРЮЛ серия 59 № 001505272 выдан 07.12.2002 г. Инспекцией Министерства РФ по налогам и сборам по Индустриальному району г. Перми

Орган, выдавший лицензию на осуществление медицинской деятельности – Министерство здравоохранения Пермского края, адрес: 614000, г. Пермь, ул. Ленина, 51, тел. 217-79-00

Банк: Отделение Пермь Банка России //УФК по Пермскому краю г. Пермь

БИК: 015773997

Единый казначейский счет: 40102810145370000048

Казначейский счет: 03224643570000005600

Получатель: Минфин Пермского края (ГБУЗ ПК «ПКОД» л/с 208200172)

(л/с может быть 228200172, 218200172)

Тел.: 8 (342) 258-03-43

ПОДПИСИ СТОРОН:

Потребитель (или его законный представитель):	Исполнитель:	Заказчик:
_____/_____ (подпись) (ФИО)	_____/_____ (подпись) (ФИО)	_____/_____ (подпись) (ФИО)
	М.П.	

Сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности

1. Регистрационный номер лицензии: Л041-01167-59/00343808;
2. Дата предоставления лицензии: 16.10.2020 (приказ (распоряжение) лицензирующего органа о переоформлении лицензии № 34-07-01-474-л от 07.04.2023 г.);
3. Срок действия: бессрочно;
4. Лицензирующий орган: Министерство здравоохранения Пермского края;
5. Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности:

614066, Пермский край, Индустриальный район, г. Пермь, ул. Баумана, д. 15

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), гистологии, лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, медицинской статистике, медицинскому массажу, рентгенологии, сестринскому делу; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), анестезиологии и реаниматологии, гастроэнтерологии, гематологии, дерматовенерологии, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, клинической фармакологии, лабораторной генетике, медицинской реабилитации, медицинской статистике, неврологии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), патологической анатомии, пульмонологии, радиологии, рентгенологии, стоматологии терапевтической, торакальной хирургии, ультразвуковой диагностики, урологии, хирургии, челюстно-лицевой хирургии, эндоскопии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: лабораторной генетике. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: анестезиологии и реаниматологии, гистологии, лабораторной генетике, лечебной физкультуре, медицинской реабилитации, медицинскому массажу, онкологии, патологической анатомии, радиологии, радиотерапии, рентгенологии, сестринскому делу, терапии, эндоскопии; при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), анестезиологии и реаниматологии, гистологии, лабораторной генетике, лечебной физкультуре, медицинской реабилитации, медицинскому массажу, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), патологической анатомии, радиологии, радиотерапии, рентгенологии, сестринскому делу, терапии, трансфузиологии, ультразвуковой диагностики, урологии, хирургии, челюстно-лицевой хирургии, эндоскопии; при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: онкологии; при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по: онкологии. При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности, экспертизе качества медицинской помощи.

614066, Пермский край, Индустриальный район, г. Пермь, ул. Советской Армии, д. 12

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике, сестринскому делу, физиотерапии, функциональной диагностике; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), дерматовенерологии, клинической лабораторной диагностике, онкологии, ультразвуковой диагностики, функциональной диагностики, хирургии, эндокринологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: клинической лабораторной диагностике. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: диетологии, клинической лабораторной диагностике, лабораторной диагностике, физиотерапии; при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: клинической лабораторной диагностике, клинической фармакологии, лабораторной диагностике, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, радиологии, радиотерапии, сестринскому делу, трансфузиологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии; при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по: онкологии. При оказании паллиативной медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях по: онкологии, сестринскому делу. При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности, экспертизе качества медицинской помощи. При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым).

АКТ ОБ ОКАЗАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГАХ

По Договору №_____ от _____ г.
На предоставление медицинских услуг

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пермского края «Пермский краевой онкологический диспансер» (далее ГБУЗ «ПК ПКОД»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице действующего на основании Доверенности №_____ от _____ и гражданина (ка) _____ (Ф.И.О.) дата рождения "____" _____ г., адрес места жительства: _____, контактный телефон: _____.

Данные документа удостоверяющего личность Потребителя (или его законного представителя) _____, имкнуемый (ая) в дальнейшем Пациент, с другой стороны, составили настоящий Акт о нижеследующем:

Исполнитель оказал, а Пациент принял следующие медицинские услуги:

Дата, сроки ожидания платной услуги	Наименование услуги	Непосредственный исполнитель	Условия оказания услуги	Количество	Цена услуги, руб.	Стоимость, руб.
			амбулаторно			
ИТОГО:						

Услуги оказаны в согласованные сторонами сроки.
Стороны претензий к качеству оказанных услуг не имеют.
Медицинские услуги НДС не облагаются.
Настоящий акт составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

Исполнитель:
Лицо, подписавшее Акт от имени Исполнителя
ФИО:
Подпись
МП

Потребитель
Заказчик
ФИО:
Подпись

Дополнительное соглашение
к договору оказания платных медицинских услуг № _____

г. Пермь «____» _____ г.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пермского края «Пермский краевой онкологический диспансер»
(далее ГБУЗ «ПК ПКОД»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице медицинского регистратора отделения по
оказанию платных медицинских услуг

действующего на основании Доверенности № _____ от

и лицензии № Л041-01167-59/00343808 от 16.10.2020 года (срок действия – бессрочно), выданной Министерством
здравоохранения Пермского края, и Потребитель

(Ф.И.О.)
дата рождения "____" _____ г., адрес места жительства: _____, контактный телефон: _____

Данные документа удостоверяющего личность Потребителя (или его законного
представителя) _____

именуем _____ в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Стороны договорились об увеличении объема предоставляемых медицинских услуг, в именно

Дата, сроки ожидания платной услуги	Наименование услуги	Непосредственный исполнитель	Условия оказания услуги	Количество	Цена услуги, руб.	Стоимость, руб.
			амбулаторно			
ИТОГО:						

Общая стоимость оказываемых медицинских услуг составляет _____ руб.

2. В остальной части условия Договора не меняются.

Дата составления _____

Заказчик (Потребитель) _____ / _____

Исполнитель, в лице медицинского регистратора отделения по оказанию платных медицинских услуг
_____, действующего на основании Доверенности № _____ от

(Ф.И.О.) _____

Информированное добровольное согласие

на получение платных медицинских услуг и заключение договора оказания платных медицинских услуг (ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановление Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»);).

Я, _____, паспорт _____, выдан _____,

(Ф.И.О. прописывается полностью) (дата, кем)

до получения платной медицинской услуги в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Пермский краевой онкологический диспансер» (далее ГБУЗ ПК ПКОД) отделении по оказанию платных медицинских услуг и до заключения договора оказания платных медицинских услуг в доступной для меня форме, проинформирован (а) о нижеследующем:

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа);
- о перечне платных медицинских услуг, предоставляемых отделением по оказанию платных медицинских услуг ГБУЗ ПК ПКОД, о ценах на платные услуги, условиях, форме, порядке и сроках ожидания их предоставления и оплаты;
- о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, уровне их профессионального образования и квалификации;
- о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);
- мне предоставлена вся необходимая информация об учреждении, в том числе, о режиме работы учреждения, графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- о контролирующих органах, как по надзору в сфере здравоохранения, так и в сфере защиты прав потребителей (их адреса и телефоны), иная информация, предусмотренная правилами предоставления платных медицинских услуг;
- о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации, а также почтовый адрес и (или) адрес электронной почты, на которые может быть направлено обращение (жалоба).
- мне предоставлены все необходимые сведения о лицензиях ГБУЗ ПК ПКОД на осуществление медицинской деятельности, я ознакомлен(а) с перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензиями;
- я информирован(а) о целях, характере, о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- я предупрежден(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья;
- я информирован(а), что отказ потребителя от заключения договора оказания платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы ОМС в рамках Тарифного соглашения;
- мною добровольно, своей волей и в своем интересе, без какого-либо принуждения, выбраны виды платных медицинских услуг, которые я хочу получить в ГБУЗ ПК ПКОД, я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом на платные медицинские и согласен(а) их оплатить в соответствии с ним.

Мне разъяснено, и я полностью осознаю, что проводимое мне лечение (диагностическое обследование) не гарантирует 100% результат и что как при предоставлении медицинских услуг, так и после их предоставления, возможны различные осложнения, обусловленные индивидуальными биологическими особенностями организма.

Я полностью согласен(а) с тем, что используемая при моем лечении (диагностическом обследовании) технология не может на 100% исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных индивидуальными биологическими особенностями организма, и в том случае, если предоставленная медицинская услуга была осуществлена с учетом всех необходимых требований, ГБУЗ ПК ПКОД не несет ответственности за их возникновение.

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения (диагностического обследования) я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ГБУЗ ПК ПКОД.

Я, получив полную информацию о возможности и условиях оказания пациенту бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС, хочу воспользоваться своим правом на получение платных медицинских и иных услуг, даю свое согласие на их получение и готов(а) их оплатить.

Я удостоверяю, что текст настоящего информированного согласия мною прочитан, его положения мне понятны, я даю свое согласие на получение и оплату платных медицинских и иных платных услуг в ГБУЗ ПК ПКОД и на заключение договора оказания платных медицинских и иных услуг.

(подпись потребителя/ законного представителя/ заказчика)
(расшифровка подписи)

Приложение № 3

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на получение результатов лабораторных и диагностических исследований, копий медицинских справок и заключений на электронную почту Потребителя (Заказчика) и/или Законного представителя

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)

«__» _____ г. рождения, паспорт: серия _____ № _____,
выдан _____, «__» _____ г.,
зарегистрированный(ая) по адресу: _____,

действующий(ая) от своего имени как Потребитель (Заказчик) / как Законный представитель

(Ф.И.О. и дата рождения пациента)

настоящим выражаю свое согласие ГБУЗ ПК «ПКОД» (далее — Исполнитель) на отправку результатов лабораторных и диагностических исследований, копий медицинских справок и заключений, содержащих сведения, составляющие врачебную тайну, на указанный мною адрес электронной почты:

E-mail (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ): _____

Номер мобильного телефона: _____

Подписывая настоящее согласие, я подтверждаю, что:

1. Ознакомлен(а) с тем, что сеть Интернет и электронные почтовые сервисы являются открытыми и незащищенными каналами связи.
2. Проинформирован(а) о возможности получения указанных медицинских документов лично на бумажном носителе при визите в ГБУЗ ПК «ПКОД».
3. Полностью принимаю на себя риски, связанные с возможным перехватом, утерей, задержкой или искажением информации при ее передаче по сети Интернет. ГБУЗ ПК «ПКОД» не несет ответственности за несанкционированный доступ третьих лиц к моему электронному почтовому ящику, утечку информации по вине почтовых сервисов или провайдеров, а также за неполучение писем из-за технических сбоев на стороне получателя.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня его отзыва. Я оставляю за собой право отозвать настоящее согласие в любое время путем подачи в ГБУЗ ПК «ПКОД» письменного заявления.

«__» _____ 202__ г. _____ / _____
(Дата) (Подпись)

Приложение №4

В Государственное бюджетное
учреждение здравоохранения Пермского
края «Пермский краевой
онкологический диспансер»
614066 г. Пермь ул. Баумана д.15
тел. 8 (342) 258 03 43

ЗАЯВЛЕНИЕ

о представлении в налоговый орган сведений о фактических расходах налогоплательщика на оказанные услуги, необходимых для предоставления социального налогового вычета по налогу на доходы физических лиц

В соответствии с приложением № 4 к приказу ФНС России от 08.11.2023 N ЕА-7-11/824@ прошу представить в налоговый орган сведения о фактических расходах налогоплательщика на оказанные услуги, необходимые для предоставления социального налогового вычета по налогу на доходы физических лиц, в электронной форме.

Платные медицинские услуги были получены в отделении по оказанию платных медицинских услуг Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Пермского края «Пермский краевой онкологический диспансер» (далее ГБУЗ ПК «ПКОД»): мне, супруге(у), сыну (дочери), матери (отцу), несовершеннолетнему.

(нужное подчеркнуть)

1. ФИО пациента _____
2. Дата рождения пациента «_____» _____ Г.
3. Паспорт пациента _____, выдан «_____» _____ Г. (дата выдачи)
(серия, номер)

ИНН пациента: _____

В случае, если пациент и налогоплательщик являются одним лицом, то пункты 4-6 не заполняются.

4. ФИО налогоплательщика (кто оплачивал мед услуги) _____
5. Дата рождения налогоплательщика: «_____» _____ Г.
6. Паспорт налогоплательщика _____, выдан «_____» _____ Г.
(серия, номер) (дата выдачи)

ИНН налогоплательщика _____

7. За какой год (налоговый период) требуется предоставление сведений: _____
8. Телефон _____.
9. Настоящим подтверждаю, что данное заявление подписано мною собственноручно, мои паспортные данные достоверны и позволяют идентифицировать мою личность. Подписывая настоящее Заявление, подтверждаю, что все персональные данные лиц, указанные в данном заявлении, предоставляются с их добровольного согласия.
10. Я уведомлен о том, что сведения должны быть представлены в налоговый орган в течение 30 календарных дней после дня подачи в ГБУЗ ПК «ПКОД» - настоящего заявления.

Дата заполнения «_____» _____ 20_____ Г.

Подпись пациента _____ / _____ /
ФИО