

УВЕДОМЛЕНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ (ЗАКАЗЧИКА)

До заключения договора, Исполнитель, в лице Таганрогского филиала государственного бюджетного учреждения Ростовской области «Онкологический диспансер», в письменной форме уведомил Потребителя (Заказчика) 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. Настоящее уведомление является неотъемлемой частью настоящего договора на оказание платных медицинских услуг. С данным уведомлением ознакомлен.

« ____ » ____ 20 ____ г.

подпись

Ф.И.О.

ДОГОВОР

на оказание платных медицинских услуг

« ____ » ____ 20 ____ г.

Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Онкологический диспансер» (ГБУ РО «Онкодиспансер») действующее на основании лицензии №Л041-01050-61/00323439 от 3 декабря 2019 года, выданной министерством здравоохранения Ростовской области (344029, г.Ростов-на-Дону, ул.1-й Конной Армии,33, тел.(863)242-41-09); и зарегистрированное в Межрайонной инспекции Федеральной налоговой службы №25 по Ростовской области за основным номером 1026103731356 (свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц №006373487 от 10 января 2012г.); именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице начальника Таганрогского филиала Беседовской Галины Надыровны, действующего на основании доверенности от 12.01.2026г. № 7, с одной стороны и гражданин(ка) _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

I. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. На условиях настоящего Договора Исполнитель обязуется оказать Потребителю на возмездной основе медицинские услуги согласно Приложению № 1, с соблюдением требований действующего законодательства РФ, в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения РФ, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения РФ, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации, а Потребитель/Заказчик обязуется принять и оплатить медицинские услуги, оказанные Исполнителем в порядке и сроки, установленные в Договоре. **Услуга оказывается Таганрогским филиалом ГБУ РО «Онкодиспансер».**

1.2. При заключении настоящего Договора Потребитель/Заказчик информирован/а 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 Российской Федерации на территории Ростовской области бесплатной медицинской помощи, в установленном порядке.

1.3. Подписывая настоящий договор, Потребитель выражает свое волеизъявление на получение медицинских/ой услуг/и платно, в соответствии с заключенным договором на оказание платных медицинских услуг.

1.4. Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, содержатся в действующем на момент заключения настоящего Договора Прейскуранте. Потребитель/Заказчик ознакомлен с Прейскурантом и Правилами оказания платных медицинских услуг.

1.5. Объем медицинских услуг на момент заключения Договора устанавливается на основании предварительного диагноза и пожеланий Потребителя, в случае, если они не противоречат общепринятой лечебной практике и действующему законодательству РФ. В ходе проведения лечения объем и характер медицинских услуг может быть скорректирован специалистами Исполнителя по согласованию с Потребителем, при этом оформляется Приложение №1 к Договору, составленному на соответствующую дату.

1.6. При заключении настоящего Договора Потребителю предоставлена информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемый результат оказания медицинской помощи.

1.7. Подписывая настоящий Договор, Потребитель/Заказчик дает свое согласие на предоставление платных медицинских услуг, оговоренных в настоящем Договоре (Приложение № 1), в том числе и медицинских услуг, входящих в программу государственных гарантий и территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Потребитель/Заказчик подтверждает, что при заключении настоящего договора в доступной форме ему предоставлена следующая информация:

а) порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), 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;

б) информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);

в) другие сведения, относящиеся к предмету Договора.

II. УСЛОВИЯ И СРОКИ ОЖИДАНИЯ УСЛУГ

2.1. Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу: 347910, Российская Федерация, Ростовская область, г. Таганрог, ул. Московская, 17 и ул.Толбухина,5-3, в соответствии с действующим законодательством и лицензией на осуществление медицинской деятельности.

2.2. Услуги оказываются по предварительной записи в срок и по адресу, указанным в Приложении № 1 в соответствии с режимом работы Исполнителя. Сроки ожидания предоставления услуг определяются в соответствии с режимом работы Исполнителя и не могут превышать сроков, установленных нормативно-правовыми актами РФ, срок ожидания услуги указывается в Приложении № 1.

2.3. Отдельные консультации или медицинские вмешательства, в том числе сверх объема услуг, оговоренного в настоящем договоре (Приложение № 1), оказываются по письменному согласию Потребителя, а при наличии отдельного Заказчика - также Заказчика. Согласие на соответствующий объем услуг фиксируется в Приложении № 1.

2.4. Изменение согласованного объема услуг по медицинским показаниям допускается после предоставления Потребителю необходимой информации и оформления информированного добровольного согласия; платные дополнительные услуги - только после письменного согласования с Заказчиком.

2.5. Медицинская помощь в экстренной форме при состояниях, угрожающих жизни, оказывается безотлагательно и без взимания платы с Потребителя.

2.6. Исполнитель оказывает услуги самостоятельно или с привлечением третьих лиц. Привлечение третьих лиц Исполнителем к оказанию услуг допускается с согласия Потребителя, при условии наличия у третьего лица соответствующего разрешения на осуществление медицинской деятельности и специалистов. При привлечении третьих лиц Исполнитель доводит до сведения Заказчика и Потребителя всю необходимую информацию о третьем лице, а также информацию о времени и месте оказания услуг.

III. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с требованиями законодательства, соблюдать врачебную тайну, обеспечить защиту персональных данных, используемых в медицинских информационных системах, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

3.1.2. Исполнитель обязан предоставить достоверную информацию об услугах, цене, сроках, медицинском работнике, возможных рисках и альтернативах; оказать услуги качественно и безопасно; соблюдать врачебную тайну и правила обработки персональных данных; оформить медицинскую документацию

3.1.3. Предупредить Потребителя/Заказчика в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных в Договоре, и в случае предоставления дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя (при внезапных ситуациях) оказывать дополнительные услуги без взимания платы.

3.1.4. При оказании услуг использовать только разрешенные к применению в Российской Федерации лекарственные препараты, лечебное питание, медицинские изделия, дезинфекционные средства, расходные материалы, изделия медицинского назначения.

3.1.5. Предоставить Потребителю/Заказчику в установленном порядке информацию, в том числе на информационных стендах и в сети «Интернет», включающей в себя (сведения) информацию, перечисленную в Правилах предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации.

3.1.6. Оказывать Потребителю (Заказчику) услуги, предусмотренные п. 1.1 настоящего Договора.

3.1.7. Предоставить в доступной форме информацию 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.

3.1.8. Вести медицинскую документацию с соблюдением установленных законодательством Российской Федерации требований к оформлению и ведению медицинской документации, статистических форм.

3.1.9. По требованию Потребителя и в доступной для него форме предоставлять информацию:

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

3.2.0. После выполнения услуг выдать Потребителю копии медицинской документации. (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих 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;

3.2.1. По требованию Потребителя предоставить сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. Оказывать платные медицинские услуги в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

3.2.2. Требовать от Потребителя предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему платных медицинских услуг.

3.2.3. Требовать от Потребителя бережного отношения к имуществу Исполнителя и соблюдения им Правил внутреннего распорядка Исполнителя.

3.2.4. При возникновении состояния, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме, такая помощь оказывается безотлагательно и без взимания платы. Иные дополнительные платные услуги предоставляются только после письменного согласования с Потребителем/Заказчиком.

3.2.5. Отказать в оказании платных медицинских услуг при выявлении противопоказаний у Потребителя.

3.2.6. Отказать в оказании платных медицинских услуг Потребителю, находящемуся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения при оказании плановых платных медицинских услуг и если такое состояние препятствует их безопасному оказанию, за исключением медицинской помощи в экстренной форме.

3.3. Потребитель обязуется:

3.3.1. Своевременно (Потребитель/Заказчик) в полном объеме оплачивать предоставленные Исполнителем медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

3.3.2. До оказания медицинской помощи информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, особенностях организма, противопоказаниях, точно выполнять назначения врача по лечению, а также указания, предписанные на период после оказания услуг. Незамедлительно сообщать обо всех имеющихся неблагоприятных симптомах в состоянии своего здоровья.

3.3.3. Выполнять Правила внутреннего распорядка, режим Исполнителя, требования и предписания медицинского персонала, как необходимые условия предоставления ему качественной медицинской помощи.

3.3.4. Выполнять личные санитарно-гигиенические процедуры, направленные на поддержание своего здоровья и санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя.

3.3.5. Потребитель возмещает документально подтвержденный прямой имуществу Исполнителя, причиненный по его вине, в порядке, установленном действующим законодательством РФ. Лица, сопровождающие Потребителя, отвечают за причиненный ими ущерб самостоятельно.

3.3.6. Иметь при себе документ, удостоверяющий личность (либо не иметь при оказании услуг анонимно).

3.3.7. Потребитель 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

3.4. Потребитель имеет право:

3.4.1. На выбор врача-специалиста.

3.4.2. На получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, на выбор лиц, которым в интересах Потребителя может быть передана информация о состоянии его здоровья.

3.4.3. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

3.4.4. На отказ от медицинского вмешательства, от получения медицинских услуг.

3.4.5. На возмещение вреда, причиненного здоровью Потребителя при оказании ему медицинской помощи, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

3.4.6. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

IV. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

4.1. Перечень, количество, стоимость, срок и место оказания платных медицинских услуг фиксируется в Приложении № 1 к настоящему Договору подписанному Сторонами. Стоимость определяется по действующему на дату подписания Договора прейскуранту.

4.2. Оплата осуществляется Потребителем (Заказчиком) в размере 100% суммы при заключении настоящего Договора (до начала оказания услуг), путем внесения денежных средств на расчетный счет Исполнителя безналичным переводом или путем внесения в кассу Исполнителя.

4.3. В случае расторжения Договора по инициативе Потребителя (в том числе – в случае отказа Потребителя от получения услуг), он оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

4.4. Потребителю (Заказчику) в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, бланк строгой отчетности, подтверждающий факт осуществления расчета).

4.5. Датой оплаты стоимости услуг считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или день внесения денежных средств в кассу Исполнителя.

4.6. По требованию Потребителя (Заказчика) или Исполнителя может быть составлена твердая или приблизительная смета на платные медицинские услуги, которая становится неотъемлемой частью Договора.

V. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ

5.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до момента полного исполнения Сторонами своих обязательств. Оформление отдельного соглашения о прекращении Договора после полного исполнения обязательств Сторонами не требуется. Срок оказания медицинских услуг определяется исходя из объема лечебно-диагностических мероприятий, предусмотренных действующими нормативными документами, а также исходя из режима работы Исполнителя.

5.2. Настоящий Договор может быть изменен путем заключения дополнительного соглашения, либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленному в виде Соглашения о расторжении и подписанному Исполнителем и Потребителем/Заказчиком.

5.3. Настоящий Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке Потребителем/Заказчиком, при этом Потребитель/Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

5.4. При выявлении медицинских противопоказаний, состояния алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения либо нарушения Потребителем правил поведения, объективно препятствующего безопасному оказанию плановой услуги, Исполнитель вправе отложить ее оказание или отказаться от исполнения Договора только в случаях и порядке, предусмотренных законом, с документированием причины. Экстренная медицинская помощь не может быть поставлена в зависимость от оплаты, состояния опьянения или соблюдения договорных формальностей.

VI. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной медицинской услуги, подлежит возмещению в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.3. Нарушение Потребителем назначений учитывается только при доказанности нарушения и причинной связи с наступившими последствиями и не освобождает Исполнителя от ответственности за собственные нарушения.

6.4. Все споры и разногласия, возникшие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров между Сторонами, а в случае недостижения согласия – в суде общей юрисдикции по правилам подведомственности и подсудности, установленным гражданским процессуальным законодательством РФ.

VII. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

7.1. Исполнитель обязуется охранять информацию о факте обращения Потребителя за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

7.2. С согласия Потребителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Потребителя.

7.3. Персональные данные обрабатываются Исполнителем в объеме, необходимом для заключения и исполнения Договора, оказания медицинской помощи, ведения учета и исполнения обязанностей, установленных законом. Если для конкретной обработки требуется согласие, оно оформляется отдельным документом.

7.4. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Потребителя допускается в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

VIII. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

8.1. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие Потребителя на медицинское вмешательство.

8.2. В момент подписания настоящего Договора Потребитель/Заказчик ознакомлен с перечнем работ (услуг), отраженных в лицензии на медицинскую деятельность, Прейскурантом Исполнителя, понимает содержащуюся в нем информацию, согласен с действующими ценами на медицинские услуги, а также ему в доступной форме предоставлена информация 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 и уведомлен о том, что оплаченные денежные средства по настоящему Договору не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования.

8.3. Порядок и условия предоставления платных медицинских услуг, определены Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг.

8.4. Обработка персональных данных Потребителя/Заказчика осуществляется Исполнителем в соответствии с законодательством

Российской Федерации. В случае, когда правовым основанием обработки персональных данных является согласие субъекта персональных данных, такое согласие оформляется отдельным документом.

8.5. Настоящий Договор и все приложения составлены в двух экземплярах если Заказчик и Потребитель одно лицо, либо в трех экземплярах если Заказчик и Потребитель разные лица, которые имеют одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон. Все приложения являются неотъемлемой частью Договора. Договор может быть изменен или расторгнут по основаниям, предусмотренным гражданским законодательством РФ и Законом РФ «О защите прав потребителей».

Приложения: Приложение № 1 - Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с Договором.

8. ПЕРЕЧЕНЬ РАБОТ (УСЛУГ) ПО ЛИЦЕНЗИИ

Перечень медицинских услуг, оказываемых ГБУ РО «Онкодиспансер», в лице Таганрогского филиала, согласно лицензии на медицинскую деятельность № Л041-01050-61/00323439 от 03.12.2019г., выданной Министерством здравоохранения Ростовской области, 344029, г. Ростов-на-Дону, ул. 1-й Конной Армии, д. 33, телефоны: 8(863)290-87-63, 8(863)242-42-14.

347910, Ростовская область, г. Таганрог, ул. Московская, 17

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, лабораторной диагностике, медицинской статистике, рентгенологии, сестринскому делу, функциональной диагностике; 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), клинической лабораторной диагностике, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, радиологии, рентгенологии, ультразвуковой диагностике, урологии, функциональной диагностике, хирургии, эндоскопии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: клинической лабораторной диагностике, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, рентгенологии, ультразвуковой диагностике. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): 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, диетологии, клинической лабораторной диагностике, лабораторной диагностике, медицинской статистике, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, радиологии, рентгенологии, сестринскому делу, терапии, трансфузиологии, урологии, функциональной диагностике, 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. При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым)

347924, Ростовская область, г. Таганрог, ул. Тобухина, 5-3 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, медицинской статистике, рентгенологии, сестринскому делу, функциональной диагностике; 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), клинической лабораторной диагностике, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, радиологии, рентгенологии, ультразвуковой диагностике, функциональной 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: лабораторной диагностике, медицинской статистике, онкологии, радиологии, радиотерапии, рентгенологии, сестринскому делу; 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, диетологии, клинической лабораторной диагностике, лабораторной диагностике, медицинской статистике, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, радиологии, радиотерапии, рентгенологии, сестринскому делу, терапии, функциональной диагностике; 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. При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым).

9. ПОРЯДОК НАПРАВЛЕНИЯ ОБРАЩЕНИЙ И ЖАЛОБ

Информация о форме и способах направления обращений/жалоб в органы государственной власти и организации:

В письменной форме — при личном обращении либо направлением Почтой России. В обращении гражданин в обязательном порядке указывает наименование государственного органа или органа местного самоуправления, в который направляется обращение, либо фамилию, имя, отчество соответствующего должностного лица, либо должность соответствующего лица, а также свои фамилию, имя, отчество (последнее — при наличии), почтовый адрес, по которому должны быть направлены ответ или уведомление о переадресации обращения; излагает суть предложения, заявления или жалобы; ставит личную подпись и дату. При необходимости в подтверждение своих доводов гражданин прилагает документы и материалы либо их копии.

В форме электронного документа. В обращении гражданин в обязательном порядке указывает свои фамилию, имя, отчество (последнее — при наличии), а также адрес электронной почты либо использует адрес (уникальный идентификатор) личного кабинета на Едином портале, по которым должны быть направлены ответ или уведомление о переадресации обращения. К обращению могут быть приложены необходимые документы и материалы в электронной форме. **По телефонам горячих линий.**

Адреса, телефоны горячих линий и электронная почта:**Таганрогский филиал ГБУ РО «Онкодиспансер»**

Адрес: 347910, Ростовская область, г. Таганрог, ул.

Московская, 17

Тел.: 8 (8634) 38-25-83, 38-26-04

Эл. почта: tagonko@yandex.ru**Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ростовской области**

Адрес: 344000, г. Ростов-на-Дону, ул. Варфоломеева, 261/81

Телефон «горячей линии»: 8 800 100 98 78 (круглосуточно)

Эл. почта: general@tfoms-rnd.ru**Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ростовской области**

Адрес: 344019, г. Ростов-на-Дону, ул. 18-я линия, 17

Телефон «горячей линии»: 8-800-100-74-17 (пн-пт с 9.00 до

17.00, перерыв с 13.00 до 13.45)

Эл. почта: master@rpdndon.ru**Министерство здравоохранения Ростовской области**

Адрес министерства: 344029, г. Ростов-на-Дону, ул. 1-й

Конной Армии, 33

Горячая линия по вопросам организации и качества
медицинской помощи: 8 (863) 242-41-09Эл. почта: minzdrav@aaaanet.ru**Управление Росздравнадзора по Ростовской области**

Адрес: 344037, г. Ростов-на-Дону, ул. Ченцова, 71в/63в

Телефоны «горячей линии»: 8 (863) 286-98-16, 8 (928) 160-49-40

Эл. почта: info@reg61.roszdravnadzor.gov.ru**Электронная приемная Ростовской области**Обращение можно направить в электронном виде через
официальный портал:<https://letters.donland.ru/>

«ИСПОЛНИТЕЛЬ»	«ПОТРЕБИТЕЛЬ»	
ГБУ РО «Онкодиспансер» адрес: 344006, г. Ростов-на-Дону, пр. Соколова, 9 Таганрогский филиал: 347910, г. Таганрог, ул.Московская, 17 Телефон: (863) 285-50-18 Платежные реквизиты: министерство финансов (ГБУ РО «Онкодиспансер», л/с 20806002170) ИНН: 6165023530 КПП: 616301001 ОКТМО: 60701000001 Казначейский счет УФК по Ростовской области: 03224643600000005800 БИК УФК по Ростовской области: 016015102 Единый казначейский счет УФК по Ростовской области: 40102810845370000050 ОКЦ № 9 ЮГУ БАНКА РОССИИ//УФК по Ростовской области г. Ростов-на-Дону КБК - Отр.код 00000000000000000130 Код субсидии 00000	ФИО _____ Паспорт РФ: серия _____ номер _____ выдан _____ Адрес: _____ Телефон: _____	
Начальник филиала _____ Г.Н. Беседовская	<th data-bbox="914 1198 1501 1229">«ЗАКАЗЧИК»</th> ФИО _____ Паспорт РФ: серия _____ номер _____ выдан _____ Адрес: _____ Телефон: _____ Если юр.лицо: наименование, ИНН, ОГРН адрес, реквизиты банковские	«ЗАКАЗЧИК»

При законном анонимном оказании услуги сведения о Потребителе фиксируются с его слов, а данные документа, удостоверяющего личность, не указываются.

**ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ В СООТВЕТСТВИИ С ДОГОВОРом,
И СРОКИ ИХ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ**

В период действия настоящего договора ГБУ РО «Онкодиспансер» в лице, Таганрогского филиала предоставляются медицинские услуги **Потребителю/Заказчику** в объеме:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	ед. изм.	кол-во	Цена за ед.,	Сумма, руб.
1						
2						
	Итого:					

1. Стоимость медицинских услуг составляет _____ руб. и определяется в соответствии с действующим Прейскурантом цен на момент подписания настоящего Приложения.

Срок оказания услуг: _____. Адрес оказания услуг _____.

2. В случае, если Заказчик и Потребитель (пациент) являются одним лицом (совпадают), Приложение составляется в 2 (двух) экземплярах. В случае, если оплату за оказание услуг Потребителю производит другое лицо- Заказчик, Приложение составляется в 3 (трех) экземплярах.

3. Подписывая настоящее Приложение Потребитель/Заказчик выражает письменную просьбу и согласие на получение перечисленных в Приложении платных медицинских услуг в указанных объеме и на условиях настоящего Договора.

4. Настоящее приложение составлено в двух/трех (ненужное зачеркнуть) экземплярах, по одному – для каждой из Сторон и является неотъемлемой частью договора № _____ от « ____ » _____ 202__ г.

Исполнитель

Потребитель/Заказчик

ГБУ РО «Онкодиспансер»

Начальник филиала _____ Г.Н. Беседовская

_____/_____
(подпись) (ФИО)

**АКТ ОБ ОКАЗАНИИ
ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
по договору от _____**

г. Таганрог

« ____ » _____ 20 ____ г.

«Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Онкологический диспансер» (ГБУ РО «Онкодиспансер») действующее на основании лицензии №Л041-01050-61/00323439 от 3 декабря 2019 года, выданной министерством здравоохранения Ростовской области (344029, г.Ростов-на-Дону, ул.1-й Конной Армии,33, тел.(863)242-41-09); и зарегистрированное в Межрайонной инспекции Федеральной налоговой службы №25 по Ростовской области за основным номером 1026103731356 (свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц № 006373487 от 10 января 2012г.); именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице начальника Таганрогского филиала, действующего на основании доверенности от 12.01.2026г. № 7, с одной стороны и гражданин(ка) _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», «Заказчик», с другой стороны, составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. В соответствии с условиями Договора от " ____ " _____ г. (далее - Договор) Исполнитель оказал Потребителю/Заказчику услуги:

№ n/n	Код услуги	Наименование услуги	Кол-во услуг	Стоимость услуг (руб.)
ИТОГО:				

2. Указанные в п. 1 настоящего Акта медицинские услуги оказаны Исполнителем в срок, в полном объеме и надлежащего качества в соответствии с требованиями Договора и полностью приняты Потребителем (Заказчиком).

3. Потребитель/Заказчик на дату подписания настоящего Акта замечаний, претензий к Исполнителю по качеству, объему, стоимости и срокам оказанных платных медицинских услуг не имеет.

4. Настоящий Акт составлен в 2-х экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ПОТРЕБИТЕЛЬ:

ГБУ РО «Онкодиспансер»

Начальник филиала _____ Г.Н. Беседовская

/

ЗАКАЗЧИК

/