

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
«ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
СТОМАТОЛОГИИ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

ПРИКАЗ

« 04 » август 2025 г.

№ 670

Москва

**«Об утверждении типовых форм договоров,
соглашений по оказанию платных услуг
в условиях стационара»**

В целях оформления взаимоотношений с пациентами и/или плательщиками (заказчиками) на оказание платных услуг в условиях стационара, обеспечения единообразия при оформлении документов ФГБУ НМИЦ «ЦНИИСиЧЛХ» Минздрава России и в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу Постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Признать утратившим силу Приказ директора от 15 июня 2023 года № 389 «Об утверждении типовых форм договоров, соглашений по оказанию платных услуг в условиях стационара».
2. Утвердить в новой редакции форму договора об оказании платных услуг в условиях стационара и ввести в действие с момента подписания Приказа (Приложение №1).
3. Утвердить формы и ввести в действие с момента подписания Приказа:
 - договора об оказании платной услуги по пребыванию сопровождающего лица в палате в условиях стационара (Приложение №2),
 - дополнительного соглашения к договору об оказании платных услуг в условиях стационара по пребыванию сопровождающего лица (Приложение №3),
 - дополнительного соглашения к договору об оказании платных услуг в условиях стационара об изменении стоимости услуги по договору (Приложение №4).
4. Канцелярии ознакомить всех руководителей стационарных подразделений с настоящим Приказом.
5. Начальнику отдела информационных технологий Николаеву В.В. утвержденные формы договоров, соглашений разместить на официальном сайте ФГБУ НМИЦ «ЦНИИСиЧЛХ» Минздрава России в течение трех дней после подписания Приказа.
6. Контроль за исполнением настоящего Приказа оставляю за собой.

Директор,
Заслуженный деятель науки РФ,
д.м.н., профессор
чл.- корр. РАН



Ф.Ф. Лосев

Согласовано:

(Приказ, формы приложенных к Приказу документов)

Первый заместитель директора

Главный врач стационара

Главный бухгалтер

Начальник ПЭО

Начальник отдела закупок и
правового обеспечения

Начальник отдела информационных
технологий

Н.А. Троицкая

22.08.2025

А.И. Лафисhev

27.08.2025

Е.Г. Подчасова

27.08.2025

О.Г. Казакова

27.08.25

И.В. Батурин

27.08.2025

В.В. Николаев

27.08.25

27.08.2025
КАНЦЕЛЯРИЯ

1628

Договор № _____
об оказании платных услуг в условиях стационара

г. Москва

«___» _____ 20__ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение Национальный медицинский исследовательский центр «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее - Учреждение) (бессрочная лицензия на осуществление медицинской деятельности от 03.09.2020 № Л041-00110-77/00355994 выданная Территориальным органом Росздравнадзора по г. Москве и Московской области), в лице Главного врача стационара Лафишева А.И. действующего на основании доверенности от 10.12.2024 № 221, именуемое в дальнейшем Исполнитель с одной стороны, и

(Ф.И.О.)

законный представитель, действующий (ая) в интересах _____
 именуемое в дальнейшем Пациент и/или Заказчик
 и (заполняется, если плательщик юр. лицо) _____

(наименование юридического лица)

в лице _____, действующего на основании _____ от _____ № _____, именуемое в дальнейшем Плательщик с другой стороны и совместно именуемые «Стороны», руководствуясь Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736н «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Федеральным законом от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется оказать Пациенту и/или Заказчику, платные услуги согласно перечню видов медицинской деятельности, осуществление которых разрешено Исполнителю лицензией на осуществление медицинской деятельности и в соответствии с Приложением № 1 к договору. Медицинские услуги оказываются в условиях стационара, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Тимура Фрунзе, д. 16, а Пациент и/или Заказчик или Плательщик обязуется своевременно оплатить оказанные услуги.

1.2. Пациент и/или Заказчик подтверждает и согласен с тем, что на момент подписания настоящего договора Исполнитель:

- ознакомил его с действующими в медицинской организации прейскурантом (тарифов) на услуги, Положением «О гарантийных сроках и сроках службы на медицинские услуги, оказываемые в ФГБУ НМИЦ «ЦНИИСиЧЛХ» Минздрава России (далее – Положение), утвержденных в установленном порядке, а также с тем, что Исполнитель вправе в одностороннем порядке изменить прейскурант платных медицинских услуг;

- уведомил его об альтернативной возможности получения медицинских услуг в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, Пациент и/или Заказчик подтверждает, что услуги оказываются на платной основе по его волеизъявлению.

- уведомил, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента, а также привести к снятию гарантийных обязательств в соответствии с Положением.

- ознакомил с внутренними локальными нормативными актами Исполнителя: Правилами прохода и поведения в зданиях и на территории учреждения для пациентов и иных посетителей, Положением об организации системы контроля и управления доступом при обеспечении контрольно-пропускного режима, Положением о предоставлении платных медицинских услуг ФГБУ НМИЦ «ЦНИИСиЧЛХ» Минздрава России, а также уведомил о возможности ознакомления с ними на его официальном сайте Исполнителя в сети Интернет www.cniis.ru;

- провел краткий инструктаж по обеспечению безопасности, антитеррористической защищенности пациентов стационара, эвакуации и временному размещению в помещениях, предназначенных для укрытия, ГО ЧС.

1.3. Срок оказания медицинских услуг определяется исходя из объема показанных пациенту профилактических, диагностических и лечебных мероприятий. Необходимый объем этих мероприятий может быть оказан Пациенту и/или Заказчику в несколько этапов, при этом каждый отдельный этап лечения оформляется как отдельный случай госпитализации с заключением нового договора.

1.4. Учреждение является научной организацией, Исполнитель уведомил, а Пациент и/или Заказчик согласился с тем, что на приеме и при проведении диагностических и лечебных мероприятий могут присутствовать аспиранты, ординаторы, курсанты имеющие диплом о высшем медицинском образовании, в качестве ассистентов врача, может осуществляться фото- и видео съемка с учетом требований законодательства Российской Федерации о врачебной тайне и о защите персональных данных.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Оказать услуги, предусмотренные в перечне медицинских услуг (приложение № 1), согласно действующему прейскуранту Исполнителя, в соответствии с порядками оказания медицинских услуг, руководствуясь клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи при их наличии.

2.1.2. Предоставить в доступной форме по требованию Пациента и/или Заказчика информацию о перечне услуг, составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией, режиме работы, квалификации специалистов, правилах поведения в лечебном учреждении.

2.1.3. В доступной форме предоставлять информацию о возможных видах медицинских вмешательств, связанных с ними рисками и ожидаемыми результатами оказания медицинских услуг, а также об альтернативных вариантах лечения.

Сообщать достоверные сведения о фактическом состоянии здоровья Пациента и/или Заказчика, о результатах исследований, плане консервативного или хирургического лечения, дать необходимые медицинские рекомендации после завершения лечения, отразить данные в медицинской карте (форма № 003/у).

2.1.4. Оформлять и предоставлять листки нетрудоспособности и другие медицинские документы, согласно законодательным и нормативным правовым актам Российской Федерации.

2.1.5. Предоставить одно койко-место с надлежащими санитарно-гигиеническими условиями. При необходимости в сопровождении, заключается дополнительное соглашение на сопровождение лица и взимается плата за каждый день пребывания в условиях стационара, за исключением случаев, установленных законодательными и нормативными правовыми актами.

 / И.В. Батурин
 «___» _____ 27.08.2025 20__ г.

2.1.6. Обеспечить надлежащее качество исполнения услуг (лечения), в результате которого во взаимосогласованные сроки в соответствии с медицинскими показаниями в зависимости от состояния здоровья и характера течения заболевания может быть достигнут результат, удовлетворяющий запросы Пациента и/или Заказчика.

2.1.7. При изготовлении несъемных ортопедических конструкций в эстетически значимой зоне и при использовании методов дентальной имплантации необходимым условием для предоставления гарантии является проведение профессиональной гигиены в Учреждении (каждые 6 месяцев);

2.2. Исполнитель вправе:

2.2.1. В случае возникновения жизнеугрожающих интраоперационных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для оказания медицинской помощи, в том числе не предусмотренной договором.

2.2.2. Приостановить оказание медицинских услуг, если в процессе исполнения обязательств выяснится неизбежность получения отрицательного результата или нецелесообразности дальнейшего исполнения услуги. В этом случае Стороны обязаны рассмотреть вопрос о целесообразности дальнейшего оказания медицинских услуг по договору и принять совместное решение по прекращению договора и подписанию соответствующих документов.

2.2.3. Отказаться в одностороннем порядке от исполнения обязательств по настоящему договору, в случае грубых нарушений Пациентом и/или Заказчиком выполнения врачебных назначений, некорректного поведения по отношению к персоналу Исполнителя, в случаях, когда действия Пациента и/или Заказчика делают невозможным предоставление медицинской услуги надлежащего объема и качества, либо Пациент и/или Заказчик настаивает на лечении, которое не соответствует действующим клиническим рекомендациям, стандартам, медицинским показаниям и обычаям делового оборота (при этом вся ответственность за негативные последствия прерывания лечения ложится на Пациента и/или Заказчика).

2.2.4. Заменить лечащего врача по письменному заявлению Пациента и/или Заказчика. Кандидатура на замену определяется исходя из пожеланий Пациента, с учетом загруженности заменяющего врача и только после получения его согласия.

2.2.5. В одностороннем порядке изменять прейскурант платных медицинских услуг Учреждения.

2.2.6. В случае несоблюдения Пациентом и/или Заказчиком п. 2.3.6. договора вправе отменить или перенести сроки госпитализации по усмотрению главного врача.

2.3. Пациент и/или Заказчик обязуется:

2.3.1. Предоставить Исполнителю полную и достоверную информацию об имеющихся у Пациента и/или Заказчика заболеваниях. Подтвердить собственную ответственность за объективность информации о состоянии своего здоровья, ранее перенесенных травмах, операциях, отравлениях, наследственных заболеваниях, непереносимости лекарств и других аллергических реакциях и подписать Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, которое фиксируется в медицинской карте.

2.3.2. Подтвердить согласие на обработку персональных данных, письменно по форме, приведенной в Приложении № 2 к настоящему договору.

2.3.3. Неукоснительно соблюдать назначения лечащего врача в соответствии с согласованным планом лечения.

2.3.4. Оплатить услуги Исполнителя в размере и в сроки, установленные в Договоре.

Оплатить фактическую стоимость услуг и возместить понесенные расходы Исполнителя, если услуги были оказаны не в полном объеме, а невозможность исполнения Договора возникла по вине Пациента и/или Заказчика.

2.3.5. Ознакомиться с Правилами прохода и поведения в зданиях и на территории учреждения для пациентов и иных посетителей, Положением об организации системы контроля и управления доступом при обеспечении контрольно-пропускного режима, Положением о предоставлении платных медицинских услуг ФГБУ НМИЦ «ЦНИИСиЧЛХ» Минздрава России, а также порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору, размещенными на официальном сайте www.cniis.ru.

2.3.6. Известить отдел госпитализации Учреждения о невозможности госпитализации в согласованные Сторонами дату и время и/или изменении даты госпитализации не менее чем за 48 часов до назначенного времени.

2.3.7. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги по настоящему договору.

2.3.8. Исполнитель при оказании медицинской помощи применяет материалы, лекарственные средства и медицинские изделия, находящиеся на балансе Учреждения. Категорически не допускается при оказании медицинской помощи применять материалы, лекарственные средства и медицинские изделия Заказчика/Пациента/Плательщика, а также иных физических и юридических лиц.

2.3.9. Соблюдать внутренний режим пребывания в медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности, пожарной безопасности и ГО ЧС.

2.3.10. Бережно относиться к имуществу Исполнителя, предоставленному ему во временное пользование.

2.4. Пациент и/или Заказчик вправе:

2.4.1. Получать полную и достоверную информацию о медицинской услуге;

2.4.2. Знакомиться с документами, подтверждающими квалификацию врача, о наличии необходимых разрешений и лицензий на оказание медицинской помощи Исполнителем.

2.4.3. Получать достоверную, своевременную и полную информацию о состоянии своего здоровья, в том числе путем ознакомления с подлинником медицинской документации, либо получением по личному заявлению на руки надлежащим образом заверенных копий таких документов.

2.4.4. Определять лиц, которым в интересах Пациента и/или Заказчика может быть передана информация о его здоровье.

2.4.5. Знакомиться с перечнем, стоимостью, правилами и условиями оказания медицинских услуг, а также с режимом работы организации в регистратуре и на официальном сайте учреждения www.cniis.ru.

2.4.6. Досрочно расторгнуть договор по своей инициативе при условии возмещения Исполнителю фактически понесенных расходов.

3. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость услуг по договору определяется в соответствии с планом лечения (перечнем медицинских услуг (приложение № 1), согласно действующему прейскуранту Исполнителя.

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

3.3. Исполнение обязательств по договору осуществляется Пациентом и/или Заказчиком или Плательщиком на условиях 100% оплаты.

3.4. Изменение объема и стоимости оказанных услуг в ходе исполнения договора согласовывается с Пациентом и/или Заказчиком в течение трех дней, но не позднее одного дня до выписки из стационара.

Начальник
закупочной и правовой службы
И.В. Батурин
« 27 » АВГ 2025 г.

3.5. Окончательная оплата за оказанные по договору услуги, производится Пациентом и/или Заказчиком или Плательщиком в момент выписки из стационара по выставленному Исполнителем счету, предоставленному Пациенту и/или Заказчику или Плательщику не позднее одного дня до выписки.

3.6. Оплата производится в кассу или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3.7. По окончании оказания медицинских услуг/работ (по окончании этапа оказания медицинских услуг) Сторонами составляется и подписывается акт выполненных услуг/работ. Также, по требованию (необходимости) Сторон, составляется и подписывается акт сверки выполненных услуг/работ и осуществляются окончательные взаиморасчеты.

3.7.1. Акт выполненных услуг/работ подписывается Исполнителем по окончании оказания работ/услуг, акт сверки подписывается Исполнителем по окончании действия Договора и не позднее 3 (трех) рабочих дней направляется Сторонам договора по требованию Плательщика;

3.7.2. При получении акта выполненных услуг/работ каждая из Сторон не позднее 3 (трех) рабочих дней подписывает со своей стороны экземпляры акта. В случае несогласия с информацией, изложенной в акте, несогласная Сторона подписывает акт с разногласиями, указав свои замечания в акте, и последняя подписавшая Сторона направляет документы Исполнителю.

3.7.3. В случае неполучения Исполнителем подписанного Сторонами акта выполненных услуг, акта сверки в течение 15 рабочих дней от даты его вручения первой из Сторон, акты признаются подписанными без разногласий, а услуги/работы принятыми в полном объеме без претензий.

3.8. При одностороннем отказе от исполнения настоящего Договора, возврат неизрасходованной части денежных средств осуществляется Исполнителем Заказчику в течение 10 (Десять) рабочих дней от даты, следующей за датой получения Исполнителем последнего из документов: акта сверки, заявления Заказчика на возврат денежных средств.

4. СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

4.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения Сторонами принятых по нему обязательств. Срок действия договора определяется в соответствии с п. 1.3 настоящего Договора.

4.2. Период лечения начинается с момента поступления Пациента в стационар, который фиксируется Исполнителем в медицинской информационной системе и медицинской документации.

Окончание периода лечения определяется датой выписки Пациента из стационара по медицинским показаниям, либо ранее этого срока, если Исполнитель перевел Пациента и/или Заказчика в иное лечебное учреждение либо Пациент и/или Заказчик письменно отказался от медицинских вмешательств, отказался от соблюдения назначений и рекомендаций лечащего врача, а также в иных случаях, предусмотренных Законодательством или настоящим договором.

4.3. Договор может быть расторгнут, досрочно, по соглашению Сторон, либо по инициативе одной из Сторон, в порядке и по основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации и настоящим договором, в том числе в связи с нарушением Пациентом и/или Заказчиком Правил нахождения в стационаре.

4.4. При одностороннем отказе от исполнения настоящего Договора, возврат неизрасходованной части денежных средств осуществляется Исполнителем Заказчику в течение 10 (десяти) рабочих дней от даты, следующей за датой получения Исполнителем последнего из документов: акта сверки, письма (заявления) Заказчика на возврат денежных средств. Все уведомления и сообщения Сторон, связанные с исполнением, изменением или прекращением настоящего Договора, направляются в письменной форме по реквизитам, указанным в Договоре на адреса электронной почты Сторон либо заказным или ценным письмом, телеграфным сообщением, либо курьером, с подтверждением о вручении адресату.

4.5. При одностороннем отказе от исполнения настоящего Договора, Сторона инициатор расторжения Договора должна уведомить любым способом, определенным в п. 4.4. Договора о своем решении другую Сторону. Договор прекращается с момента получения такого уведомления, уведомление считается доставленным адресату и в том случае, если оно фактически не было получено по причинам, зависящим от адресата (п. 1 ст. 165.1 ГК РФ).

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение договора Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Исполнитель несет ответственность в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязанностей при наличии своей вины.

5.3. Исполнитель освобождается от ответственности при следующих существенных нарушениях условий договора со стороны Пациента и/или Заказчика:

- несогласованного получения медицинских услуг в другой медицинской организации на этапах лечения у Исполнителя.
- непредставления «Пациентом/Заказчиком» полной и достоверной информации об имеющихся у него заболеваниях;
- отказа Пациента и/или Заказчика от необходимого комплекса обследований и лечения;
- вследствие обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения договора в результате событий чрезвычайного характера, которые стороны не могли предвидеть или предотвратить разумными мерами (форс-мажор).

5.4. Исполнитель освобождается от ответственности при возникновении осложнений в случае:

- обоснованного профессионального риска;
- невыполнения Пациентом и/или Заказчиком назначений и рекомендаций врачей во время и после окончания лечения, в том числе: самостоятельного применения медикаментов или методов лечения, которые не были рекомендованы врачом;
- наступления предусмотренных вредных эффектов, соответствующих объему и характеру медицинского вмешательства и обусловленных анатомическими особенностями организма и (или) выраженностью основного заболевания у Пациента и/или Заказчика.

5.5. Если Исполнитель при той степени осмотрительности и заботливости, какая от него требовалась по характеру обязательств и условиям договора, предпринял все необходимые профессиональные действия, то отсутствие ожидаемого результата не является основанием для признания услуги оказанной ненадлежащим образом.

5.6. Пациент и/или Заказчик несет ответственность за:

- соблюдение назначений лечащего врача;
- соблюдение гигиены полости рта;
- негативные последствия одностороннего отказа по собственной инициативе от медицинских услуг Исполнителя;
- своевременность проводимых платежей.

5.7. Плательщик несет ответственность за своевременность проводимых платежей.

6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

6.1. Все изменения и дополнения к настоящему договору оформляются путем заключения дополнительного соглашения в письменном виде, подписанного Сторонами и являющегося неотъемлемой частью настоящего договора.

6.2. Стороны договорились, что в целях ускорения процесса взаимодействия при исполнении обязательств по настоящему договору, обмен документами, письмами и иной информацией возможен путем использования электронной почты, с последующим направлением подлинников документов, писем и иной информации почтовым отправлением.

Начальник отдела

закупки и правового обеспечения

И.В. Батурин

« 27 АВГ 2023 » г.

6.3. В случае возникновения споров между Сторонами по вопросам, исполнения настоящего договора или в связи с ним, Стороны обязуются принять все меры к их урегулированию путем переговоров.

6.4. При невозможности разрешения споров путем переговоров, разрешение споров осуществляется в судебном порядке, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.5. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, а в случае, если Пациент и/или Заказчик и Плательщик не являются одним лицом – по числу Сторон, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

6.6. К Договору прилагается Перечень платных услуг (Приложение № 1), Согласие на обработку персональных данных (Приложение № 2), которые являются неотъемлемой частью договора.

7. АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Пациент/Заказчик: _____ тел. _____

Ф.И.О.

_____ года рождения, паспорт _____, выдан _____ дата
выдачи _____, код подразделения _____ - _____

Зарегистрирован: _____

Фактически проживающий: _____

Подпись Ф.И.О.

Плательщик: _____

Место нахождения юридического лица: _____

ОГРН _____ ИНН _____ КПП _____

р/с _____ к/с _____

БИК _____ в _____ банк _____

Должность

М.П.

Подпись

Ф.И.О.

Исполнитель: ФГБУ НМИЦ «ЦНИИСиЧЛХ» Минздрава России

Место нахождения / почтовый адрес: 119021, Москва, ул. Тимура Фрунзе, 16.

ОГРН 1037739448460; ИНН 7704115177, КПП 770401001;

Получатель: УФК по г. Москве (ФГБУ НМИЦ «ЦНИИСиЧЛХ» Минздрава России, л/с № 20736Ц19580)

БИК 004525988; ОКТМО – 45383000

Банк получателя: Главное управление Банка России по Центральному федеральному округу г. Москва

ГУ Банка Росси по ЦФО // УФК по г. Москве. КБК 000000000000000000130

Единый казначейский счёт: 401028105453700000003 Казначейский счёт: 032146430000000017300

Главный врач стационара

Должность

М.П.

Подпись

/Лафишев А.И./

Ф.И.О.



Перечень платных услуг

Код услуги	Наименование платных услуг	Кол-во	Цена	В том числе НДС 20%	Сумма
ИТОГО:					

Медицинские услуги НДС не облагаются в соответствии с пп.2 п.2 ст.149 НК РФ.

Врач:

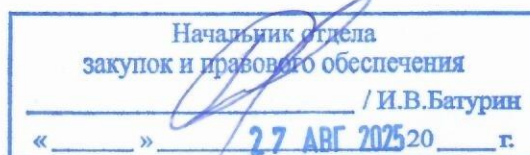
_____/_____/_____

Заведующий отделением:

_____/_____/_____

Пациент/Заказчик:

_____/_____/_____



СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я нижеподписавшийся _____
(Ф.И.О. полностью)

проживающий _____ по _____ адресу: _____
паспорт _____ выдан _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 "О персональных данных" N 152-ФЗ подтверждаю свое согласие на обработку ФГБУ НМИЦ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России, (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса (ОМС, ДМС), страхового номера Индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) договором ОМС, ДМС. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе по договору ОМС, ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией _____ (название) использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара), пять лет (для поликлиники). Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон(ы) _____ и почтовый адрес _____

Подпись _____

Начальник отдела
закупок и правового обеспечения
И.В. Батурий
« _____ » _____ 27 АВГ 2025 20 _____ г.

Договор № _____
об оказании платной услуги по пребыванию сопровождающего
лица в палате в условиях стационара

г. Москва

« ____ » _____ 20 ____ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение Национальный медицинский исследовательский центр «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее Учреждение) (бессрочная лицензия на осуществление медицинской деятельности от 03.09.2020 № ЛО41-001100-77/00355994, выданная территориальным органом Росздравнадзора по г. Москве и Московской области), в лице _____, действующего на основании доверенности № ____ от _____, именуемое в дальнейшем Исполнитель с одной стороны, и гражданин(ка) _____

(Ф.И.О.)

_____ г. р., именуемый(ая) в дальнейшем Заказчик, действующий(ая) в интересах Пациента _____, _____ г.р.,

и (заполняется, если плательщик юр. лицо) _____
(Наименование юридического лица)

в лице _____, действующего на основании _____, именуемый Плательщик, совместно именуемые Стороны, руководствуясь Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ и *Постановлением Правительства Российской Федерации «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» от 11.05.2023 № 736, Федеральным законом "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель оказывает платную услугу по пребыванию сопровождающего лица в палате в условиях стационара, а Заказчик и/или Плательщик своевременно оплачивает стоимость предоставленной услуги в порядке, установленном настоящим договором по ценам, предусмотренным действующим прейскурантом на момент получения услуги:

Код услуги	Наименование платной услуги	Количество койко-дней	Цена	В том числе НДС 20%	Стоимость
		ИТОГО:			

1.2. Заказчик подтверждает, что на момент подписания настоящего договора Исполнитель:
-ознакомил его с действующими в медицинской организации прейскурантом (тарифов) на услуги, утвержденном в установленном порядке;
-ознакомил с внутренними локальными нормативными актами Исполнителя, а так же уведомил о возможности ознакомления с данными локальными документами на его официальном сайте www.cniis.ru.
- провел краткий инструктаж по обеспечению безопасности, антитеррористической защищенности пациентов стационара, эвакуации и временном размещении в помещениях, предназначенных для укрытия, ГО ЧС.

2. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

2.1. Услуги по пребыванию сопровождающего лица в палате в условиях стационара производится Заказчиком и/или Плательщиком на условиях 100% оплаты.

*Постановление Правительства Российской Федерации «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» от 11.05.2023 № 736 вступает в силу с 01.09.2023 г.

2.2. Изменение объема и стоимости оказанных услуг в ходе исполнения договора согласовывается с Заказчиком в течение трех дней, но не позднее одного дня до выписки из стационара.

2.3. Окончательная оплата за оказанные по договору услуги, производится Пациентом и/или Заказчиком в момент выписки из стационара по выставленному Исполнителем счету, предоставленному Заказчику и/или Плательщику не позднее одного дня до выписки.

2.4. Оплата производится в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3. СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

3.1. Срок оказания услуги. Услуга представляется с _____ по _____.

3.2. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения Сторонами принятых по нему обязательств.

3.3. Договор может быть расторгнут, в том числе досрочно, по соглашению Сторон, либо по инициативе одной из Сторон, в порядке и по основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации и настоящим договором, в том числе в связи с нарушением Заказчиком, Пациентом или сопровождающим лицом Правил нахождения в стационаре.

3.4. Заказчик вправе досрочно расторгнуть договор по своей инициативе при условии возмещения Исполнителю фактически понесенных расходов.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Исполнитель обязан:

4.1.1. Предоставить койко-место в палате с надлежащими санитарно-гигиеническими условиями в установленный Договором срок.

4.2. Заказчик и/или Плательщик обязан:

4.2.1. Своевременно оплатить услугу на условиях 100% оплаты.

4.2.2. Ознакомиться с Правилами прохода и поведения в зданиях и на территории ФГБУ НМИЦ «ЦНИИСЧЛХ» Минздрава России для пациентов и иных посетителей, Положением об организации системы контроля и управления доступом при

Начальник отдела
закупок и правового обеспечения
И.В. Батурина
20

обеспечении контрольно-пропускного режима, Положением о предоставлении платных медицинских услуг, а также порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору, размещенными на официальном сайте www.cniis.ru.

4.2.3. Соблюдать внутренний режим пребывания в медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

4.2.4. Бережно относиться к имуществу Исполнителя, предоставленному ему во временное пользование.

4.2.5. Подписать согласие на обработку персональных данных.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение договора Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Плательщик несет ответственность за своевременность проводимых платежей.

6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

6.1. Все изменения и дополнения к настоящему договору, не касающиеся стоимости договора, оформляются путем заключения дополнительного соглашения в письменном виде, подписанного Сторонами и являющегося неотъемлемой частью настоящего договора.

6.2. При изменении стоимости договора Исполнителем оплата производится в соответствии с приложением №1 к Договору, подписанным двумя сторонами. Счет подлежит оплате в соответствии с п. 2.1., 2.3., 2.4. настоящего Договора с учетом действующего прейскуранта.

6.3. Стороны договорились, что в целях ускорения процесса взаимодействия при исполнении обязательств по настоящему договору, обмен документами, письмами и иной информацией возможен путем использования электронной почты, с последующим направлением оригиналов документов, писем и иной информации почтовым отправлением.

6.4. В случае возникновения споров между Сторонами по вопросам, исполнения настоящего договора или в связи с ним, Стороны обязуются принять все меры к их урегулированию путем переговоров.

6.5. При невозможности разрешения споров путем переговоров, разрешение таких споров осуществляется в судебном порядке, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.6. Настоящий договор составлен в двух экземплярах по числу сторон, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

7. АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Заказчик/Плательщик:

_____, тел. _____
_____, Ф.И.О.
_____, года рождения, паспорт _____, выдан
_____, дата выдачи _____, код
подразделения _____ - _____
Зарегистрирован: _____
Фактически проживающий: _____
Адрес электронной почты: _____

Подпись _____ Ф.И.О.

Плательщик:

Место нахождения юридического лица: _____
ОГРН _____ ИНН _____ КПП _____
р/с _____ к/с _____
БИК _____ в _____ банк _____

Должность _____ Подпись _____ Ф.И.О.
М.П.

Исполнитель: ФГБУ НМИЦ «ЦНИИСиЧЛХ» Минздрава России

Место нахождения / почтовый адрес: 119021, Москва, ул. Тимура Фрунзе, 16.

ОГРН 1037739448460; ИНН 7704115177, КПП 770401001;

Получатель: УФК по г. Москве (ФГБУ НМИЦ «ЦНИИСиЧЛХ» Минздрава России,
л/с № 20736Ц19580)

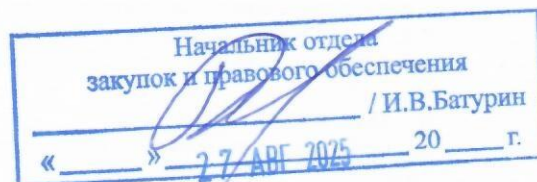
БИК 004525988; ОКТМО – 45383000

Банк получателя: Главное управление Банка России по Центральному федеральному округу
г. Москва

ГУ Банка России по ЦФО // УФК по г. Москве. КБК 000000000000000000130

Единый казначейский счёт: 40102810545370000003 Казначейский счёт:
03214643000000017300

Должность _____ Подпись _____ Ф.И.О.
М.П.



ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
к договору об оказании платных услуг в условиях стационара
от «___» _____ 202_ г. № _____
по пребыванию сопровождающего лица

г. Москва

«___» _____ 20__ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение Национальный медицинский исследовательский центр «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее Учреждение) в лице _____, действующего на основании доверенности № _____ от _____, именуемое в дальнейшем Исполнитель с одной стороны и

_____, именуемый(ая) в дальнейшем Заказчик и/или Сопровождающий, и (заполняется, если плательщик юр. лицо)

(наименование юридического лица)

Именуемый в дальнейшем Плательщик, с другой стороны, заключили настоящее Дополнительное соглашение (далее – Соглашение) к договору от _____ № _____ о нижеследующем:

1. Исполнитель оказывает Заказчику и/или Сопровождающему следующие платные услуги:

Код услуги	Наименование платной услуги	Количество койко-дней / период пребывания	Цена	В том числе НДС 20%	Сумма
ИТОГО:					

2. Заказчик и/или Сопровождающий подтверждает, что на момент подписания настоящего Соглашения Исполнитель:
- ознакомил его с действующими в медицинской организации Прейскурантом (тарифов) на услуги, утвержденным в установленном порядке;
 - ознакомил с внутренними локальными нормативными актами Исполнителя: Правилами прохода и поведения в зданиях и на территории ФГБУ НМИЦ «ЦНИИСиЧЛХ» Минздрава России для пациентов и иных посетителей, Положением об организации системы контроля и управления доступом при обеспечении контрольно-пропускного режима, Положением о предоставлении платных медицинских услуг ФГБУ НМИЦ «ЦНИИСиЧЛХ» Минздрава России, а также уведомил о возможности ознакомления с данными локальными документами Исполнителя на его официальном сайте в сети Интернет www.cniis.ru;
 - провел краткий инструктаж по обеспечению безопасности, антитеррористической защищенности пациентов стационара, эвакуации и временном размещении в помещениях, предназначенных для укрытия, ГО ЧС.
3. Заказчик и/или Сопровождающий или Плательщик обязуется своевременно оплатить стоимость предоставляемых услуг в порядке, установленном настоящим Соглашением по ценам, предусмотренным действующим прейскурантом Исполнителя на момент получения услуг.
4. Оплата услуг производится на условиях 100% оплаты.
5. Срок оказания услуги. Услуга предоставляется с _____ по _____.
6. Права и обязанности сторон.
- 6.1. Исполнитель обязан:
- предоставить койко-место в палате с надлежащими санитарно-гигиеническими условиями в установленный договором срок.
- 6.2. Заказчик и/или Сопровождающий обязан:
- своевременно оплатить услугу на условиях 100% оплаты
 - подписать согласие на обработку персональных данных
- 6.3. Плательщик несет ответственность за своевременность проводимых платежей.
7. В остальном, что не предусмотрено настоящим Соглашением, Стороны руководствуются договором об оказании платных услуг в условиях стационара от «___» _____ 20__ г. № _____.
8. Настоящее Соглашение вступает в силу от даты, указанной в верхнем правом углу и действует до полного исполнения Сторонами принятых на себя обязательств.
9. Настоящее Соглашение составлено в двух экземплярах, а в случае, если Заказчик и/или Сопровождающий не являются одним лицом – по числу Сторон, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.
10. Настоящее Соглашение является неотъемлемой частью договора об оказании платных услуг в условиях стационара от «___» _____ 20__ г. № _____

Заказчик и/или Сопровождающий: _____ тел. _____

Ф.И.О.

_____ года рождения, паспорт _____, выдан _____ дата

выдачи _____, код подразделения _____ - _____

Зарегистрирован: _____

Проживающий: _____

Плательщик: _____

Место нахождения юридического лица: _____

ОГРН _____

ИНН _____

КПП _____



р/с _____ к/с _____
БИК _____ в _____ банк _____

Должность М.п. Подпись / Ф.И.О.

Исполнитель: ФГБУ НМИЦ «ЦНИИСиЧЛХ» Минздрава России
Место нахождения / почтовый адрес: 119021, Москва, ул. Тимура Фрунзе, 16.
ОГРН 1037739448460; ИНН 7704115177, КПП 770401001;
Получатель: УФК по г. Москве (ФГБУ НМИЦ «ЦНИИСиЧЛХ» Минздрава России, л/с № 20736Ц19580)
БИК 004525988; ОКТМО – 45383000
Банк получателя: Главное управление Банка России по Центральному федеральному округу г. Москва
ГУ Банка Росси по ЦФО // УФК по г. Москве. КБК 000000000000000000130
Единый казначейский счёт: 40102810545370000003 Казначейский счёт: 032146430000000017300

Должность М.п. Подпись / Ф.И.О.

Начальник отдела
закупок и правового обеспечения
/ И.В. Батулин
27 АПР 2023 20 ____ г.

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
к договору об оказании платных услуг в условиях стационара
№ _____ от « _____ » _____ 202 _____ г.
об изменении стоимости услуги по договору

г. Москва

« _____ » _____ 20 _____

Федеральное государственное бюджетное учреждение Национальный медицинский исследовательский центр «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее Учреждение) в лице _____, действующего на основании доверенности № _____ от _____, именуемое в дальнейшем Исполнитель с одной стороны, и

(Ф.И.О.)
законный представитель, действующий (ая) в интересах _____ именуемое в
дальнейшем Пациент и/или Заказчик и (заполняется, если плательщик юр. лицо)

(наименование юридического лица)
в лице _____, действующего на основании _____ от _____ № _____,
именуемое в дальнейшем Плательщик с другой стороны и совместно именуемые Стороны, заключили настоящее
Дополнительное соглашение (далее – Соглашение) о нижеследующем:

1. Внести изменения, дополнения в Приложение № 1 к Договору об оказании платных услуг в условиях стационара № _____ от " _____ " _____ 202 _____ г. и изложить его в редакции, являющимся Приложением к настоящему Соглашению. (Приложение № _____ к Соглашению).

2. Заказчик/Пациент/Плательщик обязуется произвести окончательную оплату за оказанные по договору услуги по выставленному Исполнителем счету, предоставленному Пациенту/ Заказчику/Плательщику не позднее одного дня до выписки.

3. В остальном, что не предусмотрено настоящим Соглашением, Стороны руководствуются Договором об оказании платных услуг в условиях стационара № _____ от " _____ " _____ 202 _____ г.

4. Настоящее Соглашение вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения Сторонами принятых на себя обязательств.

5. Настоящее Соглашение составлено в двух экземплярах, а в случае, если Заказчик и Пациент не являются одним лицом – по числу Сторон, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

6. Настоящее Соглашение является неотъемлемой частью Договора об оказании платных услуг в условиях стационара № _____ от " _____ " _____ 202 _____ г.

7. Перечень медицинских услуг (Приложение № _____ к Соглашению) является неотъемлемой частью Соглашения.

Пациент/Заказчик:

Для физических лиц :

Паспорт: _____
Выдан: _____
Адрес: _____
Тел. _____
_____ / _____ /
ФИО

Исполнитель:

ФГБУ НМИЦ «ЦНИИСиЧЛХ» Минздрава России
119021, Москва, ул. Тимура Фрунзе, 16.
ОГРН 1037739448460;
ИНН 7704115177, КПП 770401001;
Получатель: УФК по г. Москве (ФГБУ НМИЦ
«ЦНИИСиЧЛХ» Минздрава России,
л/с № 20736Ц19580);
БИК 004525988;
ОКТМО – 45383000
Банк получателя: Главное управление Банка России
по Центральному федеральному округу
г. Москва (полное);

_____/Лафишев А.И. /
ФИО

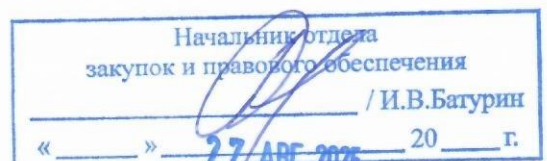
М.П.

Плательщик:

Для юридического лица:

Наименование: _____
Юр. адрес: _____
ОГРН _____
ИНН, КПП _____
БИК _____
Банк _____
р/с _____
_____ (Должность)
_____ / _____ /
ФИО

МП



Перечень медицинских услуг

Код услуги	Наименование медицинских услуг	Кол-во	Цена	НДС 20%	Стоимость
ИТОГО:					

Медицинские услуги НДС не облагаются в соответствии с пп.2 п.2 ст.149 НК РФ.

Врач:

_____/_____/

Заведующий отделением:

_____/_____/

Пациент/Заказчик:

_____/_____/

