федеральное государственное бюджетное учреждение

«Федеральный центр нейрохирургии»

Министерства здравоохранения Российской Федерации (г.Тюмень)

ПРИКАЗ

«30» сентября 2026 г. № 135-ОС

г. Тюмень

Об утверждении шаблонов документов, используемых при оказании платных медицинских услуг

В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 30.05.2026 N659 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг" и в целях формирования единого пакета документов при предоставлении платных медицинских услуг.

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить шаблоны документов, используемых при оказании платных медицинских услуг:

- договор на оказание платных медицинских услуг (Приложение №1);
- смета (расчет) (Приложение №2);
- акт об оказании услуг (Приложение №3);
- информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг и заключении договора на оказание платных медицинских услуг (Приложение №4);
- дополнительное соглашение к договору на оказание платных медицинских услуг (Приложение №5);
- соглашение о расторжении договора на оказание платных медицинских услуг (Приложение №6);
- заявление на возврат остатка денежных средств, не использованных в рамках договора на оказание платных медицинских услуг (Приложение №7);
- заявление-претензия по договору на оказание платных медицинских услуг (Приложение №8);

2. Начальнику отдела информационных технологий обеспечить в срок до 09 октября 2026 года:

- загрузку утвержденных шаблонов в МИС «Медиалог» для последующего формирования и автоматического заполнения сотрудниками кабинета платных услуг;
- разместить на официальном сайте учреждения утвержденные шаблоны.

3. Заместителю главного врача по экономическим вопросам:

- провести разъяснительную работу с сотрудниками кабинета платных услуг о неукоснительном применении утвержденных шаблонов;
- осуществлять выборочный контроль за полным и достоверным формированием, утвержденных шаблонов при оказании платных медицинских услуг;
- обеспечить своевременное внесение изменений в применяемые шаблоны при внесении или изменении требований действующего законодательства.

4. Контроль исполнения данного приказа оставляю за собой.

Главный врач А.А. Суфианов

от 30 сентября 2016 г. 135-ОС

Договор на оказание платных медицинских услуг № _____

город Тюмень

Федеральное государственное бюджетное учреждение " Федеральный центр нейрохирургии " Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Тюмень) (далее -Учреждение), именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице администратора кабинета платных услуг _____, действующего на основании доверенности от _____ 20__ год № _____, лицензии № Л041-00110-86/00367448 от 14.11.2017 г с одной стороны, и

Потребитель *(получатель услуги лично, ст. дес. пациент)* _____

Заказчик *(законный представитель пациента)* _____, с другой стороны, вместе именуемые "Стороны", а по отдельности "Стороны", заключили данный договор на предоставление платных медицинских услуг (далее-Договор) о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1 Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Заказчику) платную мед услугу для профилактики/диагностики/лечения заболевания, в соответствии с номенклатурой мед услуг и клиническими рекомендациями Минздрава (при наличии) Платная медицинская услуга имеет самостоятельное законченное значение и на нее не распространяется требования Закона о защите прав потребителей.

Объем и стоимость оказанных Потребителю (Заказчику) Услуг отражается в акте оказанных услуг. На отдельные этапы лечения могут быть составлены отдельные акты

1.2. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором, указан в приложении № 1 к данному договору.

1.3. Срок оказания Потребителю услуг определяется Сторонами по медицинским показаниям, с учетом режима работы Исполнителя и графика работы мед работников, оказывающих Услуги, и отражается в мед. документации

1.4 Потребитель(Заказчик) подтверждает, что уведомлён об обязанности соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в Учреждении.

Потребитель (Заказчик) предупреждён, что несоблюдение назначений и рекомендаций Исполнителя (медицинского работника), включая, но не ограничиваясь: нарушение предписанного режима лечения, графика приема лекарств, сроков явки на процедуры/обследования, -может повлечь за собой снижение качества предоставляемой платной [illegible] срок, а также причинение вреда здоровью Потребителя.

1.5. Потребитель (Заказчик) подтверждает, что согласен на осуществление отдельных консультаций или мед вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта мед помощи (при наличии)

1.6 При необходимости Потребителю могут быть оказаны медицинские услуги, не предусмотренные данным Договором

1.7 На момент подписания договора Потребитель (Заказчик) подтверждает, что:

* ознакомился с Правилами предоставления платных медицинских услуг, утверждёнными Постановлением Правительства РФ, и Прейскурантом Исполнителя;
* ознакомился с иной информацией, размещенной на сайте Исполнителя https://fcn-tmn.ru/ и на информационных стендах в месте оказания платных мед. услуг;
* получил информацию о сроках оказания медицинской помощи, оказываемой без взимания платы в рамках программы гос гарантий (ОМС),в соответствии с пунктом 17(б) Правил предоставления платных медицинских услуг. Указанные сроки не являются сроком оказания платных мед услуг по данному Договору.
* ознакомился и получил сведения о [illegible] на осуществление мед. деятельности от 14.11.2017 г. № Л041-00110-86/00367448 срок действия - бессрочно, выданной Территориальным органом Росздравнадзора по ТО, ХМАО — Югре и ЯНАО, [illegible] адрес: 625019, г. Тюмень, ул. Энергетиков, д.14Г, телефон: 8 (3452) 39-34-00, и электронных реестрах лицензий, размещенных по адресу: https://roszdravnadzor.gov.ru/services/licenses.
* проинформирован о возможности ознакомления с порядками, стандартами и клин. рекомендациями, с учетом которых оказываются мед услуги, размещенных на официальном сайт Минздрава России (minzdrav.gov.ru);
* проинформирован о возможности ознакомления на сайте Учреждения (fcn-tmn.ru) с информацией о мед работниках, оказывающих мед услуги [illegible] о том, что граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режимы лечения до окончания нетрудоспособности, и правила поведения пациента в Учреждении

1.8 Факт заключения данного Договора не является основанием для предоставления Потребителю услуг в первоочередном порядке

1.9. Услуги оказываются на территории Исполнителя

1.10 Договор считается исполненным при подписании Исполнителем и Заказчиком соответствующего Акта об оказании услуг

2. Права и обязанности Исполнителя

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Организовывать и осуществлять мед. деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе с Федеральными законами [illegible], положениями об организации оказания мед помощи и мед реабилитации, порядками оказания мед помощи (при наличии), на основе клинических рекомендаций (при наличии), и с учетом стандартов мед помощи (при наличии).

2.1.2. Обеспечить Потребителя (Заказчика) доступной и достоверной информацией об оказываемой мед помощи и услугах, их стоимости, эффективности методов, используемых лекарственных препаратах и о мед изделиях

2.1.3. Оказывать медицинские услуги в объеме, предусмотренном данным Договором, своевременно и качественно, согласно требованиям действующего законодательства (при необходимости-круглосуточно, в т.ч. выходные и праздничные дни). При изменении объема предоставляемых услуг (сметы) и необходимости увеличения стоимости договора оформит дополнительное соглашение с Заказчиком и получать его согласие на превышение сметы

2.1.4 В случае изменения состояния здоровья Потребителя, обуславливающего необходимость изменения перечня (спектра) предусмотренных данным Договором медицинских услуг, немедленно поставить в известность об этом Потребителя(Заказчика) для внесения соответствующих изменений в Договор

2.1.5 Безотлагательно и бесплатно предоставлять мед помощь в экстренной форме, для устранения угрозы жизни Потребителя, при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний Предложение экстренной помощи на платной основе не допускается.

2.1.6. Информировать Заказчика о возможности получения мед помощи в рамках программы гос гарантий бесплатного оказания гражданам мед помощи в т.ч. и в рамках ОМС.

2.1.7. Создавать соответствующие нормам законодательства санитарно-гигиенические и бытовые условия для Потребителя как при его амбулаторном приеме, так и во время стационарного лечения.

2.1.8. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах.

2.1.9. Вести медицинскую документацию Потребителя, учетные и отчетные стат. формы, производить учет видов, объема и стоимости оказанных Услуг

2.1.10. Уведомить Потребителя(Заказчика) о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011г № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения до окончания нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях

2.1.11 После исполнения Договора выдать Потребителю (Заказчику) медицинские документы [illegible], отражающие состояние его здоровья после получения платных мед услуг, включая сведения о результатах обследования, диагноз, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в установленный законодательством срок.

2.1.12 После исполнения Договора предоставить Потребителю (Заказчику) по его заявлению справку об оказанных медицинских услугах в целях получения социального вычета на расходы по лечению (далее — Справка), иные документы, копию договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему, выписку из медицинской документации с информацией о наличии препаратов, содержащих подпись врача и печать Учреждения: документы, подтверждающие факт осуществления расчета [illegible]

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Получать от Потребителя (Заказчика) информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по данному Договору. В том числе требовать своевременного предоставления информации о состоянии здоровья Потребителя (ранее перенесенных и наследственных заболеваниях, противопоказаниях по применению лекарственных средств и т. п.), необходимой для оказания медицинских услуг согласно данному Договору

2.2.2 Получать оплату за оказание услуг по данному Договору в соответствии с подписанной сторонами Сметой.

2.2.3 Производить медицинское вмешательство без согласия Потребителя одного из родителей или иного законного представителя в случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем последования, манипуляций, оперативных вмешательств необходимых для установления диагноза и оказания мед помощи в том числе не предусмотренной Договором.

2.2.4. По согласию Потребителя (Заказчика) привлекать иные медицинские организации, услуги которых окажутся необходимыми в ходе лечения

2.2.5. Определять Правила внутреннего распорядка и посещения пациентов в Учреждении и доводить их до Потребителя (Заказчика)

2.2.6. Выдавать справки, медицинские заключения и листки нетрудоспособности в порядке, установленном законодательством порядке

2.2.7. Создавать локальные информационные системы, содержащие данные о пациентах и об оказываемых им мед услугах, с соблюдением защиты персональных данных и врачебной тайны в рамках законодательства РФ

2.2.8. Обрабатывать и передавать персональные данные и предоставлять информацию о состоянии здоровья Потребителя в соответствии с законодательством РФ.

2.2.9. В случае отсутствия оплаты в оговоренный срок, Исполнитель вправе расторгнуть Договор в одностороннем порядке проинформировав Заказчика

2.2.10. Формировать цены на мед. услуги в соответствии с действующими нормативами и условиями рынка мед. услуг; устанавливать время условия оказания мед. услуг, назначать исполнителей; требовать возмещения материальных потерь с Заказчика в случае причинения им ущерба имуществу Учреждения

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

2.2.12 При необходимости организовывать взаимодействие с иными мед организациями, услуги которых окажутся необходимыми в ходе лечения Потребителя

3. Права и обязанности Потребителя (Заказчика)

3.1. Потребитель (Заказчик) обязуется:

3.1.1. Оформить информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (далее — ИДС), которое должно содержать, помимо сведений о диагнозе, вмешательстве и рисках, подтверждение ознакомления с правом на составление твердой сметы, предупреждение о том, что аналогичную медицинскую помощь можно получить бесплатно в рамках программы гос гарантий бесплатного оказания гражданам мед помощи и территориальных программ гос гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ОМС), а также информацию об осознанном выборе платной услуги

3.1.2. Информировать Исполнителя о перенесенных заболеваниях, инфекциях, аллергических реакциях и прочих противопоказаниях для проведения лечения и/или исследования. В случае сокрытия противопоказаний к проведению мед вмешательства несет риск причинения вреда здоровью и ответственен за него

3.1.3. Своевременно информировать мед работников об изменении состояния здоровья в процессе диагностики и лечения и в случаях возникновения заболеваний, несущих опасность для окружающих или подозрения на них.

3.1.4 Выполнять требования мед работников о проведении подготовки и исследованиям, манипуляциям и процедурам. При отказе Потребитель несет риск причинения вреда своему здоровью и ответственен за него.

3.1.5. Выполнять все указания (рекомендации) мед. работников Исполнителя, в том числе по использованию лекарственных препаратов и изделий мед. назначения. Потребитель уведомлен, что несоблюдение указаний (рекомендаций) мед работников, в том числе лечебного режима лечения, графика приема лекарственных препаратов, сроков явки на процедуры и обследования, может повлечь за собой снижение качества предоставляемой платной мед услуги, невозможность ее завершения в установленный договором срок, а также причинение вреда его здоровью.

3.1.6 В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Потребитель обязуется соблюдать лечебно-охранительный режим (в режим, определенный на период нетрудоспособности), правила безопасности в т. ч. пожарной и антитеррористической, и правила поведения пациента в Учреждении, установленные локальными актами Исполнителя

3.1.7. Соблюдать нормы режима (порядка) лечения, предусмотренные действующим законодательством и указанные в Правилах распорядка пациентов.

3.1.8 Соблюдать пропускной режим, лечебно-охранительный режим, режим работы, санитарно-эпидемиологические и иные нормы и правила Исполнителя

3.1.9. Соблюдать требования законодательства РФ **на запрет курения на территории и в помещениях Исполнителя.**

3.1.10. Сотрудничать с мед работниками и Исполнителя при получении мед услуг, соблюдать предусмотренные законодательством права мед работников и иных лиц, участвующих в оказании мед услуг, так и других пациентов.

3.1.11. Неукоснительно выполнять мед. назначения [illegible] не осуществлять самолечения без согласия лечащего врача в связи с оказанием мед. услуг по данному Договору

3.1.12. Регулярно выполнять личные санитарно-гигиенические процедуры, направленные на поддержание своего (представляемого) здоровья.

3.1.13. Бережно относиться к имуществу Учреждения. В случае причинения ущерба возместить его в соответствии с законодательством РФ

3.1.14. Оплатить стоимость предоставляемых(ой) услуг(и) в соответствии с данным Договором

3.2. Потребитель имеет право:

3.2.1. Получать Услуги, указанные в данном Договоре, в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи [illegible], клиническими рекомендациями [illegible], в условиях, отвечающих СанПиНу

3.2.2. Получать информацию (*Телефон кабинета платных услуг: 8 (3452) 293-727*) о правах и обязанностях, [illegible] о результатах обследования, лекарственные методах лечения, связанном с этим риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о последствиях [illegible] об использовании [illegible] об ожидаемых результатах оказания медицинских услуг, предполагаемых осложнениях, а также о возможности получения медицинских услуг по программе обязательного медицинского страхования, территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, а также о возможности выбора медицинской организации и лечащего врача (с согласия последнего), в том числе о сроках их ожидания, предполагаемых видах и стоимости предоставляемых платных медицинских услуг, сравнительных преимуществах мед. изделий, в том числе о сроках их стоимости показателях (противопоказаниях), и сведения, позволяющие [illegible] лицензии на [illegible] медицинских услуг.

3.2.3. Определять круг лиц, которым в интересах Потребителя может быть передана информация о состоянии его здоровья.

3.2.4. Получать от Исполнителя защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

3.2.5. Отказаться от исполнения Договора полностью или частично, подписав отказ от медицинского вмешательства и дальнейшего получения мед услуги, при условии оплаты фактически понесенных Исполнителем расходов.

3.2.6. Направлять обращения (жалобы) к Исполнителю в письменной форме на электронный адрес: inkor@n-tmn.ru или почтовый адрес, указанный в Договоре

Ответ направляется Исполнителем в соответствии с Федеральным законом, регламентирующим порядок рассмотрения обращений граждан.

3.2.7. Получить от Исполнителя возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему мед. помощи, в порядке и случаях, предусмотренных законодательством

4. Стоимость услуг, порядок оплаты

4.1. Стоимость услуг по данному договору определяется в Приложении №1 смете (счет), являющейся неотъемлемой частью данного Договора. Смета предполагается [illegible] предварительной.

4.2. Исполнитель вправе увеличить цену договора, с подписанием сторонами соответствующего дополнительного соглашения на изменение сметы. Заказчик вправе расторгнуть договор при не согласии на увеличение сметы, при этом обязан оплатить фактически понесенные Исполнителем расходы.

4.3. Указанная в Договоре стоимость мед. услуг отражается в соответствующих актах оказанных услуг , объем услуг отражается в мед. карте Потребителя

4.4. Расчеты по договору производятся в российских рублях. Оплата услуг по договору производится Заказчиком наличными денежными средствами в кассу Исполнителя или через платежный терминал, или путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, указанный в данном Договоре

4.5. Оплата за услуг(и) производится на условиях стопроцентной предоплаты (*до начала оказания мед. услуг*).

4.6. В случае оказания услуг Потребителю в условиях стационара окончательный расчет по оговору производится Заказчиком в последний день пребывания Потребителя в стационаре на основании всех оказанных услуг.

4.7. В случае отказа Потребителя (Заказчика) от услуг Договор расторгается и Заказчик оплачивает расходы, фактически понесенные Исполнителем, связанные с организацией исполнения обязательств по данному Договору.

4.8. Возврат денежных средств осуществляется в течение 10 [illegible] рабочих дней с даты направления Исполнителю заявления на возврат денежных средств (по установленному образцу), заполненного Заказчиком и предъявления документа, удостоверяющего личность. При обращении за возвратом представителя Заказчика, он должен предъявить доверенность удостоверенную нотариально на совершение указанных действий.

4.8.1. Возврат денежных средств, внесенных в безналичной форме банковскими картами через POS-терминал, производится Исполнителем в безналичной форме на банковскую карту, с которой производилась оплата, по соответствующему заявлению Заказчика

4.8.2. Возврат денежных средств, оплаченных Заказчиком через кассу в наличной форме, осуществляется наличными в кассе Исполнителя по соответствующему заявлению Заказчика.

4.8.3. Возврат денежных средств, оплаченных на расчетный счет указанный в данном договоре, осуществляется путем перечисления по реквизитам платежного поручения в рамках которого поступила предоплата за мед. услуги, по соответствующему заявлению Заказчика

4.9. В случае не предоставления услуг по обстоятельствам, за которые ни одна из Сторон не отвечает, или при одностороннем отказе Потребителя (Заказчика) от услуг, в том числе при его несогласии на превышение приблизительной сметы, денежные средства возвращаются Заказчику за вычетом расходов, фактически понесенных Учреждением при организации выполнения данного Договора [illegible] от 26.01.1996 г. № 14-ФЗ)

При невозможности оказания услуг, возникшей по вине Потребителя (Заказчика), вследствие виновного неисполнения или ненадлежащего исполнения им требований пунктов 3.2.5 Договора, возврат стоимости Услуг не осуществляется (ч.2 ст.781 Гражданского кодекса РФ (часть вторая) от 26.01.1996 г. № 14-ФЗ)

4.10. Исполнитель после оплаты стоимости услуг(и) наличным расчётом или в безналичной форме-банковскими картами выдает кассовый чек

4.11. При безналичной форме оплаты при перечислении денежных средств на расчетный счет Исполнителя, Исполнитель оказывает услуг(и) только после поступления денежных средств на расчётный счёт Исполнителя

5. Ответственность стороны

5.1. В случае ненадлежащего исполнения Договора одной из Сторон, повлекшего неблагоприятные последствия для другой стороны, ответственность наступает согласно законодательству РФ.

5.2. Исполнитель несет перед Потребителем (Заказчиком) ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ, за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий данного Договора, необоснованное требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя

5.3. Нарушение условий данного Договора рассматривается в соответствии с законодательством РФ. Медицинские услуги не являются гражданско-правовыми услугами в значении Закона РФ от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей», если иное не установлено НПА.

5.4. Потребитель (Заказчик) может ответственность за нарушение условий договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.5. Потребитель несет ответственность за нарушение условий договора, связанных с исполнением рекомендаций Исполнителя, в соответствии с действующим законом РФ

5.6. В случаях, предусмотренных пунктами 5.4., 5.5. Договора, Исполнитель вправе приостановить оказание мед. услуг, за исключением проведения лечения по жизненным показаниям (экстренной помощи).

5.7. Потребитель (Заказчик) несет ответственность за причинение ущерба имуществу Исполнителя, если это явилось следствием его виновных действий. Ущерб возмещается в соответствии с требованиями законодательства

5.8. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по Договору, если будет доказано, что негативные последствия произошли вследствие [illegible] сокрытия Потребителем противопоказаний и проведению мед вмешательства; не исполнения/отказа от прохождения Потребителем подготовки в [illegible] назначениям, медицинскими рекомендациями, необоснования Потребителем рекомендаций врача и назначенного лечения; индивидуальных особенностей течения заболевания и/или [illegible] Потребителя обязательств по Договору, в том числе назначенного лечения.

5.9. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если оно будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, пожар, наводнение, землетрясение, [illegible] Сторон, произошедших после заключения Договора, в таких, но иными основаниями, предусмотренными законом.

6. Порядок изменения и расторжения Договора

6.1. Данный Договор может быть изменен или дополнен по соглашению Сторон.

6.2. Данный Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

6.3. Все изменения и дополнения к данному Договору, а его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме

6.4. Данный Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке Потребителем (Заказчиком) в случае отказа от медицинского вмешательства и дальнейшего получения мед услуги в установленном законодательством порядке. Исполнитель оформляет Соглашение о расторжении договора, при этом Заказчик оплачивает все фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору

6.5. Данный Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке Исполнителем в случае письменного изложения причин отсутствия возможности выполнять свои обязательства по данному договору или когда по медицинским показателям услуга принесет вред жизни (здоровью) Потребителя или может содержать в себе неоправданный риск наступления неблагоприятных последствий в установленном законодательством порядке

7. Порядок разрешения споров

7.1. Стороны обязуются все возникающие споры и разногласия по данному Договору решать в претензионном порядке и/или путем переговоров

7.2. При возникновении разногласий Сторон и отсутствии возможности урегулирования спор разрешается в судебном порядке

7.3. Стороны обязуются соблюдать обязательный досудебный порядок урег. пирования спора. Претензия подлежит рассмотрению в течение 30 (тридцати) дней с момента получения ее Стороной, при этом претензия считается доставленной в день вручения адресату (указанное выше), или в день регистрации письменного факта отсутствия адресата по указанному адресу, либо возврата заказного письма в связи с истечением срока его хранения

7.4. Во всем остальном, не предусмотренном данным договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ

8. Срок действия договора и иные условия

8.1. Данный Договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует до исполнения сторонами своих обязательств, за исключением случаев, указанных в пунктах 6.4, 6.5 данного Договора. В случае оказания Услуг в условиях стационара датой начала оказания Услуг является дата госпитализации, срок окончания — дата выписки из стационара (последний день пребывания Потребителя в стационаре Исполнителя).

8.2. Любое сообщение, необходимое или допускаемое по данному Договору, направляется адресату по электронной почте либо посредством почтовой связи по адресам, указанным в данном Договоре

Сообщения считаются полученными Стороной, которой оно адресовано:

- при доставке курьером — с даты фактического вручения Стороне под подпись;
- при доставке письма Почтой России — с даты, указанной в уведомлении о вручении.
- при доставке по сети Интернет электронным письмом на e-mail — с даты, указанной в уведомлении о доставке

8.3. Договор составлен в нескольких экземплярах, по одному для каждой из Сторон

8.4. Стороны обязуются немедленно уведомлять друг друга об изменении своих адресов и реквизитов

9. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель

ФГБУ "ФЦТ" Минздрава России (г. Тюмень)

[illegible] 625000, г. Тюмень, ул. Чернышевского, 5

[illegible] 625031, г. Тюмень, м-н 2138 [illegible] Тел: 8 (3452) 293-727

ИНН 7204152364/КПП 720301001 ОГРН 1107232030160

ОКПО 72030100 ОКАТО 71401364000 ОКВЭД 86.1

ОКФС 13 ОКОПФ 72

[illegible] л/с 20676X71870 Отделение Тюмень г. Тюмень

[illegible] УФК по Тюменской области по договору

(ФГБУ "ФЦТ" Минздрава России (г. Тюмень)

[illegible] 20676X71870 ОКПО [illegible] ОКВЭД [illegible]

УФК по Тюменской области, г. Новосибирск

р/сч 03214643000000013114, к/сч 40102810445370000043, БИК 017004501

в Банк Отделение Тюмень Банка России г.

_____ _____

Заказчик

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Документ, удостоверяющий личность _____

_____

Адрес регистрации _____

_____

Адрес фактического места проживания _____

_____

Контактный телефон _____

адрес эл. почты _____

_____ _____

Приложение № 2
утверждено приказом
ФГБУ «ФЦН» Минздрава России (г.Тюмень)
от «20» 01 2026г. № 23-ос

Приложение к Договору на оказание платных медицинских услуг

№ _____

Смета (Счет) № _____ от _____

ФГБУ "ФЦН" Минздрава России (г.Тюмень)

625000, г. Тюмень, ул. 4 км Червишевского тракта, д. 5
ИНН: 7204152364, КПП: 720301001
Банк получателя:УФК по Тюменской области (ФГБУ "ФЦН" Минздрава России (г.Тюмень) л/с 20876X73870
ОКЦ №1 СибГУ Банка России // УФК ПО НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ, Г.НОВОСИБИРСК
к/сч 40102810445370000043 р/сч 03214643000000015114 БИК 015004950 КБК 00000000000000000130

Потребитель (пациент) _____
Заказчик _____

№ п/п	Код услуги	Полное наименование услуги	Цена, руб.	Кол-во услуг	Стоимость, руб.
			Итого		

Данная смета (счет) является приблизительной (может быть скорректирована при изменении объема услуг).

Исполнитель
в лице
администратора кабинета платных услуг
_____ \

Заказчик

_____
_____ \

Приложение к Договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____

Акт оказанных услуг № _____

город Тюмень _____
дд мм гг

Федеральное государственное бюджетное учреждение "Федеральный центр нейрохирургии" Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Тюмень) именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице администратора кабинета платных услуг _____, действующего на основании доверенности от _____ 20____ года № _____, лицензии № Л041-00110-86/00367448 от 14.11.2017 г. с одной стороны, и
Потребитель *(получает услуги лично, он же пациент)* _____
Заказчик *(законный представитель)* _____, с другой стороны, вместе именуемые "Стороны", подписали данный Акт оказанных услуг к договору на предоставление платных медицинских услуг о нижеследующем:

1. Исполнителем по заданию Потребителя (Заказчика) и в соответствии с договором на оказание платных медицинских услуг № _____ от _____ 20____ года оказаны медицинские услуги :

№ п/п	Код услуги	Полное наименование услуги	Цена, руб.	Кол-во услуг	Стоимость, руб.
		Итого			

2. Медицинские услуги, указанные в пункте 1 данного акта, оказаны Исполнителем надлежащим образом: в полном объеме, своевременно и качественно, с принятыми стандартами медицинской помощи (при наличии) и условиями договора.

3. Претензий со стороны Заказчика и Потребителя к Исполнителю отсутствуют.

Исполнитель
ФГБУ "ФЦН" Минздрава России (г. Тюмень)
в лице
администратора кабинета платных услуг
_____ _____

Потребитель (Заказчик)
Фамилия _____
Имя _____
Отчество _____
_____ _____

*-при наличии пожеланий и предложений информацию направить на почтовый адрес: 625032, г.Тюмень, а/я 2138 Email: info@fcn-tmn.ru

Приложение № 4
утверждено приказом
ФГБУ «ФЦН» Минздрава России (г. Тюмень)
от «23» октября 2026г. № 135-а

Информированное добровольное согласие
на получение платных медицинских услуг и заключение договора на оказание платных медицинских услуг

город Тюмень _____
дд мм гг

ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановление Правительства Российской Федерации «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»

Я, Потребитель (получает услуги лично, он же пациент) _____
Заказчик (законный представитель) _____
документ удостоверяющий личность _____ серия _____ № _____
выдан от _____

до получения платной медицинской услуги в ФГБУ «ФЦН» Минздрава России (г. Тюмень) 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 реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, как в ФГБУ «ФЦН» Минздрава Росси (г. Тюмень), так и в других медицинских организациях Тюмени и других регионов Российской Федерации
- о перечне платных медицинских услуг, предоставляемых ФГБУ «ФЦН» Минздрава России (г. Тюмень), о ценах на платные услуги, условиях, форме и порядке их предоставления и оплаты;
- о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, уровне их профессионального образования и квалификации,
- об учреждении, в том числе, о режиме работы учреждения, графике работы медицинских работников;
- 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 целях, характере, факторах риска и возможных осложнениях при оказании платных медицинских услуг;
- что несоблюдение указаний (рекомендаций) 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,
- что отказ Потребителя (Заказчика) 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 государственной программы и территориальной программы ОМС;

Мной добровольно, своей волей и в своем интересе (интересах Потребителя), без какого-либо принуждения, выбраны виды платных медицинских услуг, которые требуется получить в ФГБУ «ФЦН» Минздрава России (г. Тюмень), **я ознакомлен (-а) с действующим прейскурантом на платные медицинские и иные платные услуги в ФГБУ «ФЦН» Минздрава России (г. Тюмень) и согласен(-на) их оплатить.**

Я, получил полную информацию о возможности и условиях оказания Потребителю 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.

Я подтверждаю, что не являюсь сотрудником органов внутренних дел Российской Федерации, которому медицинская помощь оказывается согласно Постановлению Правительства РФ № 1563 от 15.12.2018г.

Я удостоверяю, что текст настоящего информированное согласия мною прочитан, его положения мне понятны, **я** даю свое согласие получение и оплату платных медицинских услуг в ФГБУ «ФЦН» Минздрава России (г. Тюмень) и на заключение договора оказания платных медицинских услуг.

Потребитель (законный представитель) _____ / _____
ФИО подпись

Приложение № 1
утверждено приказом
ФГБУ «ФЦН» Минздрава России (г. Тюмень)
от «__» _____ 2026г. № _____

30 ОСТЯБРЯ 2026 135-ОС

Дополнительное соглашение к
договору на оказание платных медицинских услуг № _____

город Тюмень _____
дд мм гг

Федеральное государственное бюджетное учреждение " Федеральный центр нейрохирургии " Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Тюмень) (далее -Учреждение), именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице администратора кабинета платных услуг _____, действующего на основании доверенности от _____ 20 ____ года № _____, лицензии № Л041-00110-86/00367448 от 14.11.2017 г. с одной стороны, и

Потребитель *(получает услуги лично, он же пациент)* _____
Заказчик *(законный представитель)* _____, с другой стороны, вместе именуемые "Стороны", а по отдельности "Сторона", заключили данное дополнительное соглашение к договору на предоставление платных медицинских услуг о нижеследующем:

1. В связи с изменением оказываемых медицинских услуг Потребителю, объем/перечень медицинских услуг изменяется в соответствии со Сметой (Счет) № _____ от _____ 20 ____ года

2. В соответствии с ч.1 ст.450 гражданского кодекса Российской Федерации и п. 6.1 Договора Стороны пришли к соглашению изложить Приложение №1 к Договору в редакции Приложения № 1 к настоящему Дополнительному соглашению

3. Данное Дополнительное соглашение вступает в силу с момента его подписания.

4. Данное Дополнительное соглашение составлено в нескольких экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, - по одному для каждой из Сторон.

Дополнительное соглашение подписывается сторонами и является неотъемлемой частью Договора на оказание платных медицинских услуг № _____ от _____ года.

Исполнитель
ФГБУ "ФЦН" Минздрава России (г. Тюмень)
в лице
администратора кабинета платных услуг
_____ \ _____

Потребитель (Заказчик)
Фамилия _____
Имя _____
Отчество _____
_____ \ _____

Приложение № 6

к Приказу от 30.09.2016 № 605-ос

СОГЛАШЕНИЕ

о расторжении Договора на оказание платных медицинских услуг №

г. Тюмень

Федеральное государственное бюджетное учреждение "Федеральный центр нейрохирургии" Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Тюмень) (далее -Учреждение), именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице администратора кабинета платных услуг действующего основании доверенности от 20 года № , лицензия № Л041-00110-86/00367448 от 14.11.2017 г с одной стороны, и

Потребитель *(получает услуги лично, он же пациент)*

Заказчик *(законный представитель)* , с другой стороны, вместе именуемые "Стороны", а по отдельности "Сторона", заключили данное Соглашение о нижеследующем

1. В соответствии с ч.1 ст.450 Гражданского кодекса Российской Федерации **Стороны пришли к соглашению расторгнуть** Договор на оказание платных медицинских услуг от года. №

2. На момент заключения Соглашения стоимость исполненных обязательств по договору оказание платных медицинских услуг составляет (сумма прописью) руб., оплата за которые произведена Заказчиком в полном объеме.

3. **В течение 10 (десяти) рабочих дней с момента подписания** Сторонами данного Соглашения Исполнитель возвращает Заказчику остаток денежных средств, не использованных в рамках договора на оказание платных медицинских услуг (сумма прописью) руб., способом которым, были оплачены услуги Заказчиком.

4. Исполнитель считается исполнившим обязанность по возврату денежных средств по Договору в порядке, установленном в п. 3 настоящего Соглашения, с момента списания денежных средств с расчетного счета Исполнителя

5. Заказчик не имеет претензий к объему, качеству и сроку предоставленных Исполнителем услуг по договору, указанному в п. 1 настоящего Соглашения.

Заказчик уведомлен, что урегулирование вопросов осуществляется путем письменного направления в Учреждение разногласий: Email: info@fcn-tmn.ru

6. С момента подписания Сторонами настоящего Соглашения Стороны не имеют друг к другу никаких финансовых или иных претензий, за исключением обязанности Исполнителя по возврату денежных средств по Договору в порядке, установленном в п. 3 и 4 настоящего Соглашения

7. Данное соглашение вступает в силу с момента его подписания

8. Данное соглашение составлено в нескольких экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, - по одному для каждой из Сторон

Данное соглашение подписывается сторонами и является неотъемлемой частью Договора на оказание платных медицинских услуг

№ от года

Исполнитель	**Потребитель (Заказчик)**
ФГБУ "ФЦН" Минздрава	Фамилия
России (г. Тюмень)	Имя
в лице	Отчество
администратора кабинета платных услуг	
( )	( )

Приложение № 7
к Уч. 09-2026 135-ОС

Заместителю главного врача
по экономическим вопросам
ФГБУ «ФЦН» Минздрава
России (г.Тюмень)
Т.Я. Смирных

ЗАЯВЛЕНИЕ

на возврат остатка денежных средств, не использованных в рамках договора на оказание платных медицинских услуг

Я, _____, являясь Заказчиком в рамках Договора на оказание платных медицинских услуг №_____ от 20____ года,

заключенным между мной и ФГБУ " ФЦН " Минздрава России (г. Тюмень).

Стоимость оплаченных мной услуг составила _____ (сумма прописью) руб.,

прошу вернуть денежные средства в размере _____ (сумма прописью) руб.,

_____

указать причину возврата

Я проинформирован, что возврат денежных средств осуществляется в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты направления Исполнителю заявления на возврат денежных средств после подачи данного заявления с предъявлением документа, удостоверяющего личность

_____

подпись

_____

Приложение № 8
от 30 сентября 2016 ВБ-а

Заместителю главного врача по экономическим вопросам
«ФЦН» Минздрава России (г.Тюмень)
ФГБУ
Т.Я.
Смирных

ЗАЯВЛЕНИЕ-ПРЕТЕНЗИЯ

Я, _____, являясь Заказчиком в рамках Договора на оказание платных медицинских услуг №_____ от 20 года, заключенным между мной и федеральным государственным бюджетным учреждением " Федеральный центр нейрохирургии" Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Тюмень),

Стоимость оплаченных мной услуг составила _____ (сумма прописью) руб.,

Я считаю, что _____

_____

_____

_____

(описать суть претензии и указать основания для претензии с ссылкой на услуги по оказанию каких-либо)

На основании ст. 29 Закона РФ «О защите прав потребителей» прошу: _____

(указать свои требования: потребовать уплаты суммы в размере (сумма) рублей. — безвозмездно устранить недостатки товара / некачественно оказанную услугу. — соразмерно уменьшить цену договора на (сумма) рублей и т.д.)

Обоснованность моих требований подтверждается прилагаемыми. _____

На основании Закона РФ «О защите прав потребителей» прошу произвести _____

(некоторые денежные суммы, подлежащие возврату, могут быть удержаны по требованию продавца, если покупатель уклоняется от возврата товара продавцу)

О результатах принятого решения прошу сообщить мне в установленный законом срок (7-10 дней) по _____

(указать способ информирования)

_____ _____

(подпись) (дата)

Главному врачу
ФГБУ «ФЦН» Минздрава России (г.Тюмень)
Суфианову А.А.

от_____

контактный телефон_____

заявление.

Прошу выдать справку формы по КНД 1151156 «Справка об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган» за 20 __год.

Данные физического лица, **обратившегося за выдачей** Справки:

ФИО _____

дата рождения _____

ИНН _____

Паспортные данные: серия _____ номер _____ дата выдачи _____

Данные **физического лица, получающего налоговый вычет** *(при несовпадении с лицом, оплатившим медицинские услуги)*:

ФИО _____

дата рождения _____

ИНН _____

Паспортные данные: серия _____ номер _____ дата выдачи _____

Данные физического лица, которому оказаны медицинские услуги *(подчеркнуть степень родства* **супруг/супруга/родитель)**

ФИО _____

дата рождения _____

ИНН _____

Паспортные данные: серия _____ номер _____ дата выдачи _____

Данные физического лица, которому оказаны медицинские услуги **(ребенок)**

ФИО _____

дата рождения _____

ИНН _____

Свидетельство о рождении: серия _____ номер _____

Дата выдачи _____

Готовую справку прошу *(указать способ получения)*:

*- **выдать мне лично;***

*- **направить в налоговый орган в электронной форме по телекоммуникационным каналам связи;***

- Почтой России по адресу _____

- направить мне на электронную почту по адресу _____@_____

*и **я предупрежден(а)**, что это незащищенный канал связи и всю ответственность беру на себя.*

_____ _____

подпись *дд мм гг*