

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«ФЕДЕРАЛЬНЫЙ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР «КОРАБЛИК «МОЙНАКИ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

«18» мая 2026г.

г. Евпатория

№ 167

**Об утверждении форм договоров  
на оказание платных медицинских услуг**

В целях оказания платных медицинских услуг в соответствии с требованиями Постановления Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023 г. № 736 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Гражданского кодекса Российской Федерации, Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Устава ФГАУ «ФРЦ «Кораблик «Мойнаки» Минздрава России (далее – Учреждение),

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Признать приказ от 14.05.2026г. № 157 «Об утверждении форм договоров на оказание платных медицинских услуг» утратившим силу.

2. Утвердить следующие формы договоров на оказание платных медицинских услуг в «ФДРЦ» – структурном подразделении Учреждения:

Форма № 1 – используется при заключении договоров для получения платных медицинских услуг несовершеннолетними в возрасте до 18 лет (приложение № 1 к настоящему Приказу).

Форма № 2 – используется при заключении договоров непосредственно с совершеннолетним дееспособным пациентом, когда заказчик и пациент являются одним лицом (приложение № 2 к настоящему Приказу).

Форма № 3 – используется при заключении договоров, в которых заказчиком (плательщиком) выступает одно совершеннолетнее дееспособное лицо, а получателем услуг (пациентом) – другое совершеннолетнее дееспособное лицо (приложение № 3 к настоящему Приказу).

Дополнительные соглашения к указанным Формам договоров используются при оказании дополнительных платных медицинских услуг.

2. Разместить утверждённые Формы договоров на информационных стендах в местах оказания платных медицинских услуг «ФДРЦ» – структурном подразделении ФГАУ «ФРЦ «Кораблик «Мойнаки» Минздрава России и на официальном сайте Учреждения <https://frc-moynaki.ru> в разделе «Платные медицинские услуги». Ответственный – заместитель директора по развитию приносящей доход деятельности Копылов А.А. Срок исполнения – в течение 3 рабочих дней со дня утверждения настоящего приказа.

3. Обеспечить размещение Форм договоров в программе «1С: - Медицина. Поликлиника», установленной в Учреждении. Ответственный – начальник отдела информационных технологий и защиты информации Лантух А.Р. Срок исполнения – в течение 5 рабочих дней со дня утверждения настоящего приказа.


4. Организовать применение Форм договоров при оказании платных медицинских услуг в соответствии с настоящим приказом. Ответственные: заведующий клинико-диагностическим отделением – врач ультразвуковой диагностики Чужинова Е.Н., начальник отдела сопровождения медицинских и немедицинских услуг Мусатова В. Е.

5. Обеспечить дальнейшую актуализацию Форм договоров. Ответственный – начальник отдела юридического Борщук З.М.

6. Ознакомить с настоящим приказом заместителей директора по направлению деятельности, руководителей структурных подразделений и иных заинтересованных лиц под подпись. Ответственный – начальник общего отдела Бушуева П.В.

7. Контроль за исполнением приказа возложить на главного врача Петерс Т.В.

Директор



Н.Н. Кулешов

Форма № 1

До заключения договора на оказание платных медицинских услуг Федеральное государственное автономное учреждение «Федеральный реабилитационный центр „Кораблик „Мойнаки“ Министерства здравоохранения Российской Федерации (ОГРН 1259100004426, ИНН 9110035436) в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утверждёнными постановлением Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023 г. № 736, уведомляет пациента и заказчика о следующем:

Несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего услугу), в том числе режима лечения, плана диагностики и лечения (при наличии), может снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определённый на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациентов в медицинской организации.

Пациент имеет право на получение медицинской услуги в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в медицинских организациях, участвующих в указанных программах. Информация о таких медицинских организациях размещена на сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования в разделе «Реестр медицинских организаций».

Я ознакомлен(а) с вышеуказанной информацией до заключения договора, а также с перечнем, стоимостью, сроками, условиями оказания и порядком оплаты медицинских услуг.

\_\_\_\_\_,  
(ФИО, подпись Заказчика)  
действующий (ая) в интересах третьего лица - «Пациента»,  
\_\_\_\_\_.

## Договор на оказание платных медицинских услуг №

Республика Крым, г. Евпатория « » \_\_\_\_\_ 2026 г.

Гражданин \_\_\_\_\_, дата рождения:  
\_\_\_\_\_, паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер  
\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ код подразделения \_\_\_\_\_, зарегистрирован по  
адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, действующий (ая) в качестве  
законного представителя несовершеннолетнего Пациента именуемый в дальнейшем «**Заказчик**», с  
одной стороны, и **федеральное государственное автономное учреждение «Федеральный  
реабилитационный центр «Кораблик «Мойнаки» Министерства здравоохранения Российской  
Федерации**, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице администратора отдела  
сопровождения медицинских и немедицинских услуг  
\_\_\_\_\_, действующего на основании  
доверенности № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 2026г., лицензия на осуществление медицинской  
деятельности от 22.09.2025 г. № Л041-00110-91/03239869 выдана Территориальным органом  
Росздравнадзора по Республике Крым и городу федерального значения Севастополю, Запорожской  
области и Херсонской области, с другой стороны, совместно именуемые Стороны, заключили  
настоящий договор (далее - договор) о нижеследующем:

### 1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту медицинские услуги в соответствии с условиями договора, а Заказчик обязуется принять и оплатить оказанные медицинские услуги в размере, порядке и в сроки, установленные настоящим договором.

Форма № 1

Перечень предоставляемых услуг, составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией, находится в доступной форме на информационных стендах Исполнителя, а также на сайтах Исполнителя: <https://frc-moynaki.ru>.

1.2. Перечень медицинских услуг, предоставляемых по договору:

№ п/п	Наименование и код услуги	Ед. изм.	Кол-во услуг	Цена за ед. услуги (без НДС)	Сумма в руб. без НДС.

1.3. Исполнитель оказывает услуги по месту нахождения: Республика Крым, Евпатория, ул. Полупанова строение 30, корп. 6, корп. 2 в соответствии с утвержденным Исполнителем Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг.

При заключении договора Пациент и Заказчик ознакомлены и согласны с: Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг, правилами пожарной и электробезопасности (размещены на сайте <https://frc-moynaki.ru/>).

1.4. Настоящий договор составлен в пользу следующего Пациента.

Сведения о Пациенте: \_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_, данные документа, удостоверяющего личность:

Свидетельство о рождении № \_\_\_\_\_ выдано \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_  
Паспорт гражданина РФ: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ кем выдан \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_, адрес места жительства: \_\_\_\_\_, иные адреса, на которые  
Номер телефона: +7 \_\_\_\_\_.

В связи с тем, что Пациент является несовершеннолетним лицом, обязанности, предусмотренные настоящим договором, от его имени и в его интересах исполняет Заказчик.

1.5. Информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации) размещена на сайте Исполнителя <https://frc-moynaki.ru/>.

1.6. В медицинской карте Пациента указывается вся необходимая информация и сведения, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации.

1.7. Условия и сроки ожидания платных медицинских услуг устанавливаются произведенной предварительной записью на получение медицинских услуг.

1.8. Заключая настоящий Договор и обращаясь за медицинскими услугами к Исполнителю, Заказчик подтверждает, что Исполнитель надлежащим образом, в наглядной и понятной форме, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации довел до его сведения следующие документы и сведения:

- порядок оказания платных медицинских услуг, действующий у Исполнителя;
- порядок обработки и защиты персональных данных в;
- внутренний распорядок для посетителей и пациентов;
- условия получения медицинских услуг и действующий прейскурант цен на момент оказания услуги;
- график работы медицинской организации;
- ключевые характеристики предлагаемых медицинских услуг, возможные противопоказания при отдельных заболеваниях, а также иную дополнительную информацию, связанную с особенностями предоставляемых услуг.

1.9. Заказчик понимает и принимает, что итог оказания медицинской услуги в большинстве случаев не имеет видимого выражения, а заключается в динамике состояния здоровья человека. Поскольку медицинские услуги носят индивидуальный характер и воздействие на каждого человека индивидуально, Исполнитель не может гарантировать заведомо положительный результат оказания услуги по причинам, не зависящим ни от него, ни от Пациента. При добросовестном и надлежащем исполнении обязательств обеими Сторонами, а также при применении наиболее эффективных и

## Форма № 1

научно обоснованных методов современной медицины, прогнозируемость результата медицинской услуги не может быть стопроцентной. Результатом медицинской помощи может быть как выздоровление или улучшение состояния здоровья, так и отсутствие каких-либо значимых изменений.

1.10. Сведения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи доводятся до сведения Пациента или его законного представителя в рамках информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство. Указанное согласие оформляется отдельным документом до начала оказания услуг.

## 2. Права и обязанности Сторон

### 2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе положениями об организации оказания медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, организации медицинской реабилитации, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи.

2.1.2. Предоставлять по просьбе законного представителя Пациента достоверную информацию об оказываемой медицинской помощи (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, лечащем враче, копии медицинских документов).

2.1.3. Сохранить конфиденциальность информации о здоровье Пациента в законодательно установленных рамках.

2.1.4. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

2.1.5. Не приступать к оказанию медицинских услуг по настоящему договору в случае отказа Пациента или его законного представителя от подписания Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

### 2.2. Заказчик обязуется, что Пациент будет:

2.2.1. Соблюдать Правила Исполнителя о пожарной и электробезопасности, порядок и условия предоставления платных медицинских услуг (размещены на сайте <https://frc-moynaki.ru/>).

2.2.2. Соблюдать режим работы медицинского учреждения, соблюдать режим лечения.

### 2.3. Заказчик обязуется:

2.3.1. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором, своевременно подписывать Акты оказанных Исполнителем услуг.

2.3.2. Если Заказчиком не предоставлено письменных мотивированных возражений к акту оказанных услуг в течение 3х рабочих дней со дня получения акта, услуги считаются выполненными в полном объеме и подлежат оплате.

2.3.3. До начала оказания услуг Заказчик обязан обеспечить информирование врача о перенесенных Пациентом заболеваниях, известных ему аллергических реакциях и противопоказаниях.

### 2.4. Исполнитель имеет право:

2.4.1. Получать от Заказчика или Пациента любую информацию, необходимую для исполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредоставления либо неполного или неверного предоставления Заказчиком или Пациентом информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

2.4.2. Требовать от законного представителя Пациента соблюдения правил оказания медицинских услуг.

2.4.3. Требовать от Заказчика оплаты услуг по настоящему Договору.

Форма № 1

2.4.4. В случае неоплаты Заказчиком стоимости услуг на условиях, указанных в разделе 4 настоящего договора, Исполнитель имеет право отказать Пациенту в дальнейшем оказании услуг до дня осуществления платежа.

2.4.5. Исполнитель вправе приостановить оказание услуг при несоблюдении Заказчиком п. 2.3.3 Договора.

2.4.6. Отказать в предоставлении услуги или приостановить её оказание (если это не создаёт угрозы жизни и не относится к экстренной помощи) в следующих случаях:

- запрашиваемая услуга отсутствует в действующем Прейскуранте или временно не производится;
- выявлено заболевание, требующее лечения только в специализированном учреждении;
- имеется медицинское противопоказание;
- по мнению врача, вмешательство сопряжено с неоправданным риском для здоровья или жизни Пациента;
- пациент находится в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения либо совершает действия, опасные для персонала.

2.5. Пациент имеет право:

2.5.1. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.5.2. Самостоятельно согласовывать с Исполнителем дату и час визита с учётом графика работы медицинской организации и занятости персонала (с учётом возраста Пациента – через Заказчика).

2.5.3. Переносить предварительно согласованное время получения услуг при условии заблаговременного уведомления Исполнителя (не менее чем за один день) и утверждения новой даты приёма.

2.6. Заказчик имеет право:

2.6.1. Отказаться от договора во время или до начала оказания Пациенту медицинских услуг оплатив Исполнителю стоимость фактически оказанных услуг.

2.6.2. В течение 5ти календарных дней со дня получения услуг или получения назначения врача без дополнительной оплаты обратиться к исполнителю по вопросам: разъяснить назначения, в случае ухудшения состояния здоровья, по договоренности с лечащим с врачом.

### **3. Порядок исполнения Договора**

3.1. Заказчик самостоятельно обращается к Исполнителю для согласования конкретной даты и времени получения Услуг.

Предварительная запись на приём осуществляется через регистратуру, по телефону или через официальный сайт Исполнителя.

3.2. При опоздании Пациента более чем на 10 минут, Пациенту предоставляется возможность получения услуги в ближайшее свободное время.

3.3. При наличии у Пациента медицинских противопоказаний медицинская услуга не оказывается.

3.4. После исполнения Договора Исполнитель выдает Пациенту медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы по письменному запросу в течение 5 рабочих дней со дня получения запроса.

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

3.6. Режим работы Исполнителя определяется администрацией и доводится до сведения Заказчика путем размещения информации в месте оказания услуг и на сайте Исполнителя.

3.7. Срок оказания конкретной услуги (консультации, диагностики, лечебной манипуляции) определяется датой и временем фактического обращения Пациента, если иное не указано в дополнительном соглашении.

3.8. При непредвиденном отсутствии лечащего врача или специалиста, оказывающего услугу, или выхода из строя медицинского оборудования в день, назначенный для оказания услуги,

предложить Пациенту другого специалиста или иную услугу (с согласия Пациента) либо перенести приём на другую дату по предварительному согласованию с Пациентом.

#### **4. Стоимость услуг и порядок оплаты**

4.1. Стоимость услуг по договору определяется в соответствии с действующим Прейскурантом цен на платные медицинские услуги, утвержденным Исполнителем. Цена договора составляет \_\_\_\_\_ рублей. НДС не облагается в соответствии с п.п.2 п.2 ст. 149 НК РФ. Услуги оплачиваются Заказчиком путем перечисления денежных средств на лицевой счет Исполнителя, указанный в разделе 8 договора, или путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя.

4.2. В случае невозможности завершить получение услуг в установленный срок по вине Исполнителя и при наличии технической возможности, Заказчик вправе перенести получение услуг на более поздний срок либо получить полный возврат уплаченной суммы без штрафных санкций.

4.3. Расчёт за фактически оказанные медицинские услуги производится Заказчиком не позднее дня получения платных медицинских услуг.

4.4. После получения денежных средств за оказанные услуги Исполнитель выдаёт Заказчику документ, подтверждающий факт оплаты, в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации. Таким документом может являться контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчётности (документ установленного образца).

4.5. В случае приобретения Заказчиком комплекса услуг Исполнителя и получения Пациентом данных услуг не в полном объеме, возврат денежных средств за неполученные услуги производится исходя из стоимости такой услуги в прейскуранте цен Исполнителя, а не от стоимости комплекса.

4.6. Если Заказчиком не предоставлено письменных мотивированных возражений к акту оказанных услуг в течение 3х рабочих дней со дня получения акта, услуги считаются выполненными в полном объеме и подлежат оплате.

4.7. В случае необходимости оказания дополнительных медицинских услуг Стороны заключают дополнительное соглашение к договору. Цена договора в таком случае составляет сумму всех оказанных услуг по Договору (в том числе дополнительных соглашений).

#### **5. Ответственность сторон и форс-мажор**

5.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора в соответствии с законодательством РФ.

5.2. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом. Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

5.3. Исполнитель не несёт ответственности за развитие осложнений, появление побочных эффектов, ухудшение ранее достигнутого результата лечения или его отсутствие в следующих случаях:

5.3.1. Пациент отказался от прохождения дополнительных диагностических исследований, которые были объективно необходимы для назначения и проведения адекватного лечения, а также для предотвращения возможных нежелательных осложнений.

5.3.2. Пациент не выполнил или выполнил ненадлежащим образом назначения и рекомендации лечащего врача и иных специалистов Исполнителя, в том числе в период нахождения вне медицинской организации (дома, на самонаблюдении и т.п.).

5.3.3. Пациент отказался от прохождения необходимого курса лечения либо самовольно прервал начатый курс лечения без согласования с лечащим врачом.

5.3.4. Претензии Заказчика относительно качества оказанной платной медицинской услуги должны быть направлены Исполнителю по электронной почте либо на бумажном носителе по

Форма № 1

адресу, указанному в разделе 8 Договора. Ответ должен быть направлен Исполнителем (электронно либо почтой) способом и в сроки установленные Законом РФ «О защите прав потребителей».

5.3.5. Обращение (жалоба) на действия Исполнителя может быть направлена в Территориальный орган Росздравнадзора по Республике Крым и городу федерального значения Севастополю, Запорожской области и Херсонской области по адресу: г. Симферополь, ул. Троллейбусная, зд. 23а помещ. 1 или по электронной почте info@reg82.roszdravnadzor.gov.ru.

## 6. Срок действия договора

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания обеими Сторонами и действует до 31.12.2026 г.

6.2. Обязательства Исполнителя по оказанию медицинских услуг Пациенту возникают со дня подписания договора и приложений к нему.

## 7. Заключительные положения

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

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

## 8. Реквизиты и подписи Сторон

<p><b>Исполнитель:</b> ФГАУ «ФРЦ «Кораблик «Мойнаки» Минздрава России Юридический адрес: 297407, Республика Крым, г. о. Евпатория, г. Евпатория, ул. Полупанова, стр.30, к.5 ИНН 9110035436/ КПП 911001001 ОГРН 1259100004426 МИ ФНС №6 по РК от 01.04.2025 ОКПО 98498049 ОКТМО 35712000001, ОКОПФ 75101 Банковские реквизиты: БИК Банка 013510002 Банк: ОКЦ № 7 ЮГУ Банка России//УФК по Республике Крым г. Симферополь Получатель: УФК по Республике Крым (ФГАУ «ФРЦ «Кораблик «Мойнаки» Минздрава России, л/с 30756ZЭ5Щ50) ЕКС 40102810645370000035 НКС 03214643000000017500 л/с 30756ZЭ5Щ50 КСР 001ZЭ5Щ5 КБК 0000000000000000000130 УИН 0 E-mail: info@frc-moynaki.ru</p>	<p>Заказчик: _____ (Ф.И.О.) Адрес: _____ _____  Адрес для направления ответов на письменные обращения: _____ _____, Данные документа, удостоверяющего личность: _____ _____  Телефон: _____ Адрес электронной почты:</p>
<p>По доверенности администратор отдела сопровождения медицинских и немедицинских услуг _____</p>	

**ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № \_\_\_\_\_**  
**к договору на оказание платных медицинских услуг**

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 2026 г.

г. Евпатория \_\_\_\_\_ 2026 г.

\_\_\_\_\_, дата рождения: \_\_\_\_\_,  
 \_\_\_\_\_, паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ код подразделения \_\_\_\_\_, зарегистрирован по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик», с одной стороны, и **федеральное государственное автономное учреждение «Федеральный реабилитационный центр «Кораблик «Мойнаки» Министерства здравоохранения Российской Федерации**, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице администратора отдела сопровождения медицинских и немедицинских услуг \_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 2026г., лицензия на осуществление медицинской деятельности от 22.09.2025 г. № Л041-00110-91/03239869 выдана Территориальным органом Росздравнадзора по Республике Крым и городу федерального значения Севастополю, Запорожской области и Херсонской области, с другой стороны, совместно именуемые Стороны, заключили настоящее дополнительное соглашение к договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 2026 г., заключенному в интересах несовершеннолетнего Пациента:

\_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_, данные документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_, свидетельство о рождении № \_\_\_\_\_ выдано \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ РФ: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ кем выдан \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_, адрес места жительства: \_\_\_\_\_

Номер телефона: +7 \_\_\_\_\_,  
 (далее – Договор) о нижеследующем:

1. Дополнить п. 1.2. договора следующим перечнем дополнительных платных медицинских услуг, предоставляемых по договору:

№ п/п	Наименование и код услуги	Ед. изм.	Кол-во услуг	Цена за ед. услуги (без НДС)	Сумма в руб. без НДС.

2. Во всем остальном, что не затронуто настоящим дополнительным соглашением, Стороны руководствуются условиями Договора.

Форма № 1

3. Настоящее дополнительное соглашение является неотъемлемой частью Договора, вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует в течение всего срока действия Договора.

4. Дополнительное соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой Стороны.

<p><b>Исполнитель:</b> ФГАУ «ФРЦ «Кораблик «Мойнаки» Минздрава России Юридический адрес: 297407, Республика Крым, г. о. Евпатория, г. Евпатория, ул. Полупанова, стр.30, к.5 ИНН 9110035436/ КПП 911001001 ОГРН 1259100004426 МИ ФНС №6 по РК от 01.04.2025 ОКПО 98498049 ОКТМО 35712000001, ОКОПФ 75101 Банковские реквизиты: БИК Банка 013510002 Банк: ОКЦ № 7 ЮГУ Банка России//УФК по Республике Крым г. Симферополь Получатель: УФК по Республике Крым (ФГАУ «ФРЦ «Кораблик «Мойнаки» Минздрава России, л/с 30756ZЭ5Ц50) ЕКС 40102810645370000035 НКС 03214643000000017500 л/с 30756ZЭ5Ц50 КСР 001ZЭ5Ц5 КБК 00000000000000000130 УИН 0 E-mail: info@frc-moynaki.ru</p>	<p>Заказчик: _____ (Ф.И.О.)</p> <p>Адрес: _____ _____</p> <p>Адрес для направления ответов на письменные обращения: _____ _____</p> <p>Данные документа, удостоверяющего личность: _____ _____</p> <p>Телефон: _____</p> <p>Адрес _____ электронной _____ почты: _____</p>
<p>По доверенности администратор отдела сопровождения медицинских и немедицинских услуг</p> <p>_____</p>	<p>_____</p>

Форма № 2

До заключения договора на оказание платных медицинских услуг Федеральное государственное автономное учреждение «Федеральный реабилитационный центр „Кораблик „Мойнаки“ Министерства здравоохранения Российской Федерации (ОГРН 1259100004426, ИНН 9110035436) в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утверждёнными постановлением Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023 г. № 736, уведомляет пациента о следующем:

Несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего услугу), в том числе режима лечения, плана диагностики и лечения (при наличии), может снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определённый на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациентов в медицинской организации.

Пациент имеет право на получение медицинской услуги в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в медицинских организациях, участвующих в указанных программах. Информация о таких медицинских организациях размещена на сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования в разделе «Реестр медицинских организаций».

Я ознакомлен(а) с вышеуказанной информацией до заключения договора, а также с перечнем, стоимостью, сроками, условиями оказания и порядком оплаты медицинских услуг.

\_\_\_\_\_  
(ФИО, подпись Пациента)

## Договор на оказание платных медицинских услуг №

Республика Крым, г. Евпатория « » \_\_\_\_\_ 2026 г.

Гражданин \_\_\_\_\_, дата рождения: \_\_\_\_\_, паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_ код подразделения \_\_\_\_\_, зарегистрирован по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Заказчик, Пациент», с одной стороны, и федеральное государственное автономное учреждение «Федеральный реабилитационный центр «Кораблик «Мойнаки» Министерства здравоохранения Российской Федерации, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице администратора отдела сопровождения медицинских и немедицинских услуг \_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 2026г. Лицензия на осуществление медицинской деятельности от 22.09.2025 г. № Л041-00110-91/03239869 выдана Территориальным органом Росздравнадзора по Республике Крым и городу федерального значения Севастополю, Запорожской области и Херсонской области, с другой стороны, совместно именуемые Стороны, заключили настоящий договор (далее - договор) о нижеследующем:

### 1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту медицинские услуги в соответствии с условиями договора, а Пациент обязуется принять и оплатить оказанные медицинские услуги в размере, порядке и в сроки, установленные настоящим договором.

Перечень предоставляемых услуг, составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией, находится в доступной форме на информационных стендах Исполнителя, а также на сайте Исполнителя: <https://frc-moynaki.ru>.

1.2. Перечень медицинских услуг, предоставляемых по договору:

№ п/п	Наименование и код услуги	Ед. изм.	Кол-во услуг	Цена за ед. услуги (без НДС)	Сумма в руб. без НДС.


1.3. Исполнитель оказывает услуги по месту нахождения: Республика Крым, Евпатория, ул. Полупанова строение 30, корп. 6, корп. 2 в соответствии с утвержденным Исполнителем Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг.

При заключении договора Пациент ознакомлен и согласен с: Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг, правилами пожарной и электробезопасности (размещены на сайте <https://frc-moynaki.ru/>).

1.4. В целях настоящего Договора Заказчик является Пациентом.

1.5. Информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации) размещена на сайте Исполнителя <https://frc-moynaki.ru/>.

1.6. В медицинской карте Пациента указывается вся необходимая информация и сведения, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации.

1.7. Условия и сроки ожидания платных медицинских услуг устанавливаются произведенной предварительной записью на получение медицинских услуг Пациентом.

1.8. Заключая настоящий Договор и обращаясь за медицинскими услугами к Исполнителю, Пациент подтверждает, что Исполнитель надлежащим образом, в наглядной и понятной форме, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации довел до его сведения следующие документы и сведения:

- порядок оказания платных медицинских услуг, действующий у Исполнителя;
- порядок обработки и защиты персональных данных;
- внутренний распорядок для посетителей и пациентов;
- условия получения медицинских услуг и действующий прейскурант цен на момент оказания услуги;
- график работы медицинской организации;
- ключевые характеристики предлагаемых медицинских услуг, возможные противопоказания при отдельных заболеваниях, а также иную дополнительную информацию, связанную с особенностями предоставляемых услуг.

1.9. Пациент понимает и принимает, что итог оказания медицинской услуги в большинстве случаев не имеет видимого выражения, а заключается в динамике состояния здоровья человека. Поскольку медицинские услуги носят индивидуальный характер и воздействие на каждого человека индивидуально, Исполнитель не может гарантировать заведомо положительный результат оказания услуги по причинам, не зависящим ни от него, ни от Пациента. При добросовестном и надлежащем исполнении обязательств обеими Сторонами, а также при применении наиболее эффективных и научно обоснованных методов современной медицины, прогнозируемость результата медицинской услуги не может быть стопроцентной. Результатом медицинской помощи может быть как выздоровление или улучшение состояния здоровья, так и отсутствие каких-либо значимых изменений.

1.10. Сведения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи доводятся до сведения Пациента или его законного представителя в рамках информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство. Указанное согласие оформляется отдельным документом до начала оказания услуг.

## **2. Права и обязанности Сторон**

### **2.1. Исполнитель обязуется:**

2.1.1. Организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе положениями об организации оказания медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, организации медицинской реабилитации, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи.

2.1.2. Предоставлять по просьбе Пациента достоверную информацию об оказываемой медицинской помощи (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, лечащем враче, копии медицинских документов).

Форма № 2

2.1.3. Сохранить конфиденциальность информации о здоровье Пациента в законодательно установленных рамках.

2.1.4. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

2.1.5. Не приступать к оказанию медицинских услуг по настоящему договору в случае отказа Пациента от подписания Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

2.2. Пациент обязуется:

2.2.1. Соблюдать Правила Исполнителя о пожарной и электробезопасности, порядок и условиях предоставления платных медицинских услуг (размещены на сайте <https://frc-moynaki.ru/>).

2.2.2. До начала оказания услуг Пациент обязан информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях и противопоказаниях.

2.2.3. Соблюдать режим работы медицинского учреждения, соблюдать режим лечения.

2.2.4. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором, своевременно подписывать Акты оказанных Исполнителем услуг.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. Получать от Пациента любую информацию, необходимую для исполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредоставления либо неполного или неверного предоставления Пациентом информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

2.3.2. Требовать от Пациента соблюдения правил оказания медицинских услуг.

2.3.3. Требовать от Пациента оплаты услуг по настоящему Договору.

2.3.4. В случае неоплаты Пациентом стоимости услуг на условиях, указанных в разделе 4 настоящего договора, Исполнитель имеет право отказать Пациенту в оказании услуги до оплаты последней.

2.3.5. Исполнитель вправе приостановить проведение оказания услуг при несоблюдении Пациентом п. 2.2 Договора.

2.3.6. Отказать в предоставлении услуги или приостановить её оказание (если это не создаёт угрозы жизни и не относится к экстренной помощи) в следующих случаях:

- запрашиваемая услуга отсутствует в действующем Прейскуранте или временно не производится;
- выявлено заболевание, требующее лечения только в специализированном учреждении;
- имеется медицинское противопоказание;
- по мнению врача, вмешательство сопряжено с неоправданным риском для здоровья или жизни Пациента;
- Пациент находится в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения либо совершает действия, опасные для персонала.

2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.4.2. Самостоятельно согласовывать с Исполнителем дату и час визита с учётом графика работы медицинской организации и занятости персонала.

2.4.3. Переносить предварительно согласованное время получения услуг при условии заблаговременного уведомления Исполнителя (не менее чем за один день) и утверждения новой даты приёма.

2.4.4. Отказаться от Договора во время или до начала оказания Пациенту медицинских услуг оплатив Исполнителю стоимость фактически оказанных услуг.

2.4.5. В течение 5ти календарных дней со дня получения услуг или получения назначения врача без дополнительной оплаты обратиться к Исполнителю по вопросам: разъяснить назначения, в случае ухудшения состояния здоровья, по договоренности с лечащим с врачом.

### **3. Порядок исполнения Договора**

3.1. Пациент самостоятельно обращается к Исполнителю для согласования конкретной даты и времени получения Услуг.

Предварительная запись на приём осуществляется через регистратуру, по телефону или через официальный сайт Исполнителя.

3.2. При опоздании Пациента более чем на 10 минут, Пациенту предоставляется возможность получения услуги в ближайшее свободное время.

3.3. При наличии у Пациента медицинских противопоказаний медицинская услуга не оказывается.

3.4. После исполнения Договора Исполнитель выдает Пациенту медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных

Форма № 2

препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы по письменному запросу в течение 5 рабочих дней со дня получения запроса.

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

3.6. Режим работы Исполнителя определяется администрацией и доводится до сведения Пациента путем размещения информации в месте оказания услуг и на сайте Исполнителя.

3.7. Срок оказания конкретной услуги (консультации, диагностики, лечебной манипуляции) определяется датой и временем фактического обращения Пациента, если иное не указано в дополнительном соглашении.

3.8. При непредвиденном отсутствии лечащего врача или специалиста, оказывающего услугу, или выхода из строя медицинского оборудования в день, назначенный для оказания услуги, предложить Пациенту другого специалиста или иную услугу (с согласия Пациента) либо перенести приём на другую дату по предварительному согласованию с Пациентом.

#### **4. Стоимость услуг и порядок оплаты**

4.1. Стоимость услуг по договору определяется в соответствии с действующим Прейскурантом цен на платные медицинские услуги, утвержденным Исполнителем. Цена договора составляет - \_\_\_\_\_ рублей. НДС не облагается в соответствии с п.п.2 п.2 ст. 149 НК РФ. Услуги оплачиваются Пациентом путем перечисления денежных средств на лицевой счет Исполнителя, указанный в разделе 8 договора, или путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя.

4.2. В случае невозможности завершить услугу в установленный срок по вине Исполнителя и при наличии технической возможности Пациент вправе перенести получение услуг на более поздний срок либо получить полный возврат уплаченной суммы без штрафных санкций.

4.3. Окончательный расчёт за фактически оказанные медицинские услуги производится Пациентом не позднее дня получения платных медицинских услуг.

4.4. После получения денежных средств за оказанные услуги Исполнитель выдаёт Пациенту документ, подтверждающий факт оплаты, в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации. Таким документом может являться контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчётности (документ установленного образца).

4.5. В случае приобретения Пациентом комплекса услуг Исполнителя и получения данных услуг не в полном объеме, возврат денежных средств за неполученные услуги производится исходя из стоимости такой услуги в прейскуранте цен Исполнителя, а не от стоимости комплекса.

4.6. Если Пациентом не предоставлено письменных мотивированных возражений к акту оказанных услуг в течение 3х рабочих дней со дня получения акта, услуги считаются выполненными в полном объеме и подлежат оплате.

4.7. В случае необходимости оказания дополнительных медицинских услуг Стороны заключают дополнительное соглашение к договору. Цена договора в таком случае составляет сумму всех оказанных услуг по Договору (в том числе дополнительных соглашений).

#### **5. Ответственность сторон и форс-мажор**

5.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора в соответствии с законодательством РФ.

5.2. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом. Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

5.3. Исполнитель не несёт ответственности за развитие осложнений, появление побочных эффектов, ухудшение ранее достигнутого результата лечения или его отсутствие в следующих случаях:

5.3.1. Пациент отказался от прохождения дополнительных диагностических исследований, которые были объективно необходимы для назначения и проведения адекватного лечения, а также для предотвращения возможных нежелательных осложнений.

Форма № 2

5.3.2. Пациент не выполнил или выполнил ненадлежащим образом назначения и рекомендации лечащего врача и иных специалистов Исполнителя, в том числе в период нахождения вне медицинской организации (дома, на самонаблюдении и т.п.).

5.3.3. Пациент отказался от прохождения необходимого курса лечения либо самовольно прервал начатый курс лечения без согласования с лечащим врачом.

5.3.4. Претензии Пациента относительно качества оказанной платной медицинской услуги должны быть направлены Исполнителю по электронной почте либо на бумажном носителе по адресу, указанному в разделе 8 Договора. Ответ Пациенту должен быть направлен Исполнителем тем же способом (электронно либо почтой) и в сроки, установленные Законом РФ «О защите прав потребителей».

5.3.5. Обращение (жалоба) на действия Исполнителя может быть направлено в Территориальный орган Росздравнадзора по Республике Крым и городу федерального значения Севастополю, Запорожской области и Херсонской области по адресу: г. Симферополь, ул. Троллейбусная, зд. 23а помещ. 1 или по электронной почте [info@reg82.roszdravnadzor.gov.ru](mailto:info@reg82.roszdravnadzor.gov.ru).

## 6. Срок действия договора

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания обеими Сторонами и действует до 31.12.2026 г.

6.2. Обязательства Исполнителя по оказанию медицинских услуг Пациенту возникают со дня подписания договора и приложений к нему.

## 7. Заключительные положения

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

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

## 8. Реквизиты и подписи Сторон

<b>Исполнитель:</b> ФГАУ «ФРЦ «Кораблик «Мойнаки» Минздрава России Юридический адрес: 297407, Республика Крым, г. о. Евпатория, г. Евпатория, ул. Полупанова, стр.30, к.5 ИНН 9110035436/ КПП 911001001 ОГРН 1259100004426 МИ ФНС №6 по РК от 01.04.2025 ОКПО 98498049 ОКТМО 35712000001, ОКОПФ 75101 Банковские реквизиты: БИК Банка 013510002 Банк: ОКЦ № 7 ЮГУ Банка России//УФК по Республике Крым г. Симферополь Получатель: УФК по Республике Крым (ФГАУ «ФРЦ «Кораблик «Мойнаки» Минздрава России, л/с 30756ZЭ5Ц50) ЕКС 40102810645370000035 НКС 03214643000000017500 л/с 30756ZЭ5Ц50 КСР 001ZЭ5Ц5 КБК 0000000000000000130 УИН 0 E-mail: <a href="mailto:info@frc-moynaki.ru">info@frc-moynaki.ru</a>	<b>Заказчик (Пациент):</b>  _____ (Ф.И.О.)  Адрес: _____  Адрес для направления ответов на письменные обращения: _____  Данные документа, удостоверяющего личность: _____ _____  Телефон: _____  Адрес электронной почты: _____
По доверенности администратор отдела сопровождения медицинских и немедицинских услуг  _____	

**ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № \_\_\_\_**  
**к договору на оказание платных медицинских услуг**

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 2026 г.

г. Евпатория \_\_\_\_\_ 2026 г.

Гражданин \_\_\_\_\_, дата рождения: \_\_\_\_\_,  
 \_\_\_\_\_, паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_,  
 выдан \_\_\_\_\_ код  
 подразделения \_\_\_\_\_, зарегистрирован по  
 адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «**Заказчик, Пациент**», с одной стороны, и **федеральное государственное автономное учреждение «Федеральный реабилитационный центр «Кораблик «Мойнаки» Министерства здравоохранения Российской Федерации**, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице администратора отдела сопровождения медицинских и немедицинских услуг \_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 2026г. Лицензия на осуществление медицинской деятельности от 22.09.2025 г. № Л041-00110-91/03239869 выдана Территориальным органом Росздравнадзора по Республике Крым и городу федерального значения Севастополю, Запорожской области и Херсонской области, с другой стороны, совместно именуемые Стороны, заключили настоящее дополнительное соглашение к договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_. 2026 г. (далее – Договор) о нижеследующем:

1. Дополнить п. 1.2. договора следующим перечнем дополнительных платных медицинских услуг, предоставляемых по договору:

№ п/п	Наименование и код услуги	Ед. изм.	Кол-во услуг	Цена за ед. услуги (без НДС)	Сумма в руб. без НДС.

2. Во всём остальном, что не затронуто настоящим дополнительным соглашением, Стороны руководствуются условиями Договора.

Форма № 2

3. Настоящее дополнительное соглашение является неотъемлемой частью Договора, вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует в течение всего срока Договора.

4. Дополнительное соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой Стороны.

<b>Исполнитель:</b> ФГАУ «ФРЦ «Кораблик «Мойнаки» Минздрава России Юридический адрес: 297407, Республика Крым, г. о. Евпатория, г. Евпатория, ул. Полупанова, стр.30, к.5 ИНН 9110035436/ КПП 911001001 ОГРН 1259100004426 МИ ФНС №6 по РК от 01.04.2025 ОКПО 98498049 ОКТМО 35712000001, ОКОПФ 75101 Банковские реквизиты: БИК Банка 013510002 Банк: ОКЦ № 7 ЮГУ Банка России//УФК по Республике Крым г. Симферополь Получатель: УФК по Республике Крым (ФГАУ «ФРЦ «Кораблик «Мойнаки» Минздрава России, л/с 30756ZЭ5Щ50) ЕКС 40102810645370000035 НКС 03214643000000017500 л/с 30756ZЭ5Щ50 КСР 001ZЭ5Щ5 ББК 00000000000000000130 УИН 0 E-mail: info@frc-moynaki.ru	<b>Заказчик (Пациент):</b>  _____ (Ф.И.О.)  Адрес: _____  Адрес для направления ответов на письменные обращения: _____  Данные документа, удостоверяющего личность: _____  Телефон: _____  Адрес электронной почты: _____
По доверенности администратор отдела сопровождения медицинских и немедицинских услуг _____	_____

Форма № 3

До заключения договора на оказание платных медицинских услуг Федеральное государственное автономное учреждение «Федеральный реабилитационный центр „Кораблик „Мойнаки“ Министерства здравоохранения Российской Федерации (ОГРН 1259100004426, ИНН 9110035436) в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утверждёнными постановлением Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023 г. № 736, уведомляет пациента и заказчика о следующем:

Несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего услугу), в том числе режима лечения, плана диагностики и лечения (при наличии), может снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определённый на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациентов в медицинской организации.

Пациент имеет право на получение медицинской услуги в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в медицинских организациях, участвующих в указанных программах. Информация о таких медицинских организациях размещена на сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования в разделе «Реестр медицинских организаций».

Я ознакомлен(а) с вышеуказанной информацией до заключения договора, а также с перечнем, стоимостью, сроками, условиями оказания и порядком оплаты медицинских услуг.

\_\_\_\_\_  
(ФИО, подпись Заказчика)

\_\_\_\_\_  
(ФИО, подпись Пациента)

### Договор на оказание платных медицинских услуг №

Республика Крым, г. Евпатория  
\_\_\_\_\_ 2026 г.

« \_\_\_\_\_ »

Гражданин \_\_\_\_\_, дата рождения: \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код подразделения \_\_\_\_\_, зарегистрирован по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Заказчик», с одной стороны, и федеральное государственное автономное учреждение «Федеральный реабилитационный центр «Кораблик «Мойнаки» Министерства здравоохранения Российской Федерации, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице администратора отдела сопровождения медицинских и немедицинских услуг \_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 2026г., лицензия на осуществление медицинской деятельности от 22.09.2025 г. № Л041-00110-91/03239869 выдана Территориальным органом Росздравнадзора по Республике Крым и городу федерального значения Севастополю, Запорожской области и Херсонской области, с другой стороны, совместно именуемые Стороны, заключили настоящий договор (далее - договор) о нижеследующем:

#### 1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту медицинские услуги в соответствии с условиями договора, а Заказчик обязуется принять и оплатить оказанные медицинские услуги в размере, порядке и в сроки, установленные настоящим договором.

Форма № 3

Перечень предоставляемых услуг Исполнителя, составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией, находится в доступной форме на информационных стендах Исполнителя, а также на сайте Исполнителя: <https://frc-moynaki.ru>.

1.2. Перечень медицинских услуг, предоставляемых по договору:

№ п/п	Наименование и код услуги	Ед. изм.	Кол-во услуг	Цена за ед. услуги (без НДС)	Сумма в руб. без НДС.

1.3. Исполнитель оказывает услуги по месту нахождения: Республика Крым, Евпатория, ул. Полупанова строение 30, корп. 6, корп. 2 в соответствии с утвержденным Исполнителем Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг.

При заключении договора Пациент и Заказчик ознакомлены и согласны с: Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг, правилами пожарной и электробезопасности (размещены на сайте <https://frc-moynaki.ru/>).

1.4. Настоящий договор составлен в пользу следующего Пациента.

Сведения о Пациенте: \_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_, данные документа, удостоверяющего личность: Паспорт гражданина РФ: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ кем выдан \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_, адрес места жительства: \_\_\_\_\_, иные  
Номер телефона: +7 \_\_\_\_\_.

1.5. Информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации) размещена на сайте Исполнителя <https://frc-moynaki.ru/>.

1.6. В медицинской карте Пациента указывается вся необходимая информация и сведения, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации.

1.7. Условия и сроки ожидания платных медицинских услуг устанавливаются произведенной предварительной записью на получение медицинских услуг Заказчиком в амбулаторных условиях.

1.8. Заключая настоящий Договор и обращаясь за медицинскими услугами к Исполнителю, Пациент и Заказчик подтверждают, что Исполнитель надлежащим образом, в наглядной и понятной форме, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации довел до его сведения следующие документы и сведения:

- порядок оказания платных медицинских услуг, действующий у Исполнителя;
- порядок обработки и защиты персональных данных;
- внутренний распорядок для посетителей и пациентов;
- условия получения медицинских услуг и действующий прейскурант цен на момент оказания услуги;
- график работы медицинской организации;
- ключевые характеристики предлагаемых медицинских услуг, возможные противопоказания при отдельных заболеваниях, а также иную дополнительную информацию, связанную с особенностями предоставляемых услуг.

1.9. Заказчик понимает и принимает, что итог оказания медицинской услуги в большинстве случаев не имеет видимого выражения, а заключается в динамике состояния здоровья человека. Поскольку медицинские услуги носят индивидуальный характер и воздействие на каждого человека индивидуально, Исполнитель не может гарантировать заведомо положительный результат оказания услуги по причинам, не зависящим ни от него, ни от Пациента. При добросовестном и надлежащем исполнении обязательств обеими Сторонами, а также при применении наиболее эффективных и научно обоснованных методов современной медицины, прогнозируемость результата медицинской услуги не может быть стопроцентной. Результатом медицинской помощи может быть как выздоровление или улучшение состояния здоровья, так и отсутствие каких-либо значимых изменений.

1.10. Сведения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи доводятся до сведения Пациента или его законного представителя в рамках информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство. Указанное согласие оформляется отдельным документом до начала оказания услуг.

## **2. Права и обязанности Сторон**

### **2.1. Исполнитель обязуется:**

2.1.1. Организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе положениями об организации оказания медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, организации медицинской реабилитации, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи.

2.1.2. Предоставлять по просьбе Пациента достоверную информацию об оказываемой медицинской помощи (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, лечащем враче, копии медицинских документов).

2.1.3. Сохранить конфиденциальность информации о здоровье Пациента в законодательно установленных рамках.

2.1.4. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

2.1.5. Не приступать к оказанию медицинских услуг по настоящему договору в случае отказа Пациента от подписания Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

### **2.2. Пациент обязуется:**

2.2.1. Соблюдать Правила Исполнителя о пожарной и электробезопасности, порядок и условия предоставления платных медицинских услуг (размещены на сайте <https://frc-moynaki.ru/>).

2.2.2. До начала оказания услуг Пациент обязан информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях и противопоказаниях.

2.2.3. Соблюдать режим работы медицинского учреждения, соблюдать режим лечения.

### **2.3. Заказчик обязуется:**

2.3.1. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором, своевременно подписывать Акты оказанных Исполнителем услуг.

### **2.4. Исполнитель имеет право:**

2.4.1. Получать от Заказчика или Пациента любую информацию, необходимую для исполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредоставления либо неполного или неверного предоставления Заказчиком или Пациентом информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

2.4.2. Требовать от Пациента соблюдения правил оказания медицинских услуг.

2.4.3. Требовать от Заказчика оплаты услуг по настоящему Договору.

2.4.4. В случае неоплаты Заказчиком стоимости услуг на условиях, указанных в разделе 4 настоящего договора, Исполнитель имеет право отказать Пациенту в дальнейшем оказании услуг до дня осуществления платежа.

2.4.5. Исполнитель вправе приостановить оказание услуг при несоблюдении Заказчиком п. 2.2.2 Договора.

2.4.6. Отказать в предоставлении услуги или приостановить её оказание (если это не создаёт угрозы жизни и не относится к экстренной помощи) в следующих случаях:

- запрашиваемая услуга отсутствует в действующем Прейскуранте или временно не производится;
- выявлено заболевание, требующее лечения только в специализированном учреждении;
- имеется медицинское противопоказание;

### Форма № 3

- по мнению врача, вмешательство сопряжено с неоправданным риском для здоровья или жизни Пациента;
- пациент находится в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения либо совершает действия, опасные для персонала.

#### 2.5. Пациент имеет право:

2.5.1. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с п. 1.1 настоящего Договора.

2.5.2. Самостоятельно согласовывать с Исполнителем дату и час визита с учётом графика работы медицинской организации и занятости персонала.

2.5.3. Переносить предварительно согласованное время получения услуг при условии заблаговременного уведомления Исполнителя (не менее чем за один день) и утверждения новой даты приёма.

#### 2.6. Заказчик имеет право:

2.6.1. Отказаться от договора во время или до начала оказания Пациенту медицинских услуг оплатив Исполнителю стоимость фактически оказанных услуг.

2.6.2. В течение 5ти календарных дней со дня получения услуг или получения назначения врача без дополнительной оплаты обратиться к исполнителю по вопросам: разъяснить назначения, в случае ухудшения состояния здоровья, по договоренности с лечащим с врачом.

### 3. Порядок исполнения Договора

3.1. Пациент самостоятельно обращается к Исполнителю для согласования конкретной даты и времени получения Услуг.

Предварительная запись на приём осуществляется через регистратуру, по телефону или через официальный сайт Исполнителя.

3.2. При опоздании Пациента более чем на 10 минут, Пациенту предоставляется возможность получения услуги в ближайшее свободное время.

3.3. При наличии у Пациента медицинских противопоказаний медицинская услуга не оказывается.

3.4. После исполнения Договора Исполнитель выдает Пациенту медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы по письменному запросу в течение 5 рабочих дней со дня получения запроса.

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

3.6. Режим работы Исполнителя определяется администрацией и доводится до сведения Пациента и Заказчика.

3.7. Срок оказания конкретной услуги (консультации, диагностики, лечебной манипуляции) определяется датой и временем фактического обращения Пациента, если иное не указано в дополнительном соглашении.

3.8. При непредвиденном отсутствии лечащего врача или специалиста, оказывающего услугу, или выхода из строя медицинского оборудования в день, назначенный для оказания услуги, предложить Пациенту другого специалиста или иную услугу (с согласия Пациента) либо перенести приём на другую дату по предварительному согласованию с Пациентом.

3.9. При опоздании Пациента более чем на 10 минут, пациенту предоставляется возможность ожидания приема в ближайшее свободное время.

### 4. Стоимость услуг и порядок оплаты

4.1. Стоимость услуг по договору определяется в соответствии с действующим Прейскурантом цен на платные медицинские услуги, утвержденным Исполнителем. Цена договора составляет \_\_\_\_\_ рублей. НДС не облагается в соответствии с п.п.2 п.2 ст. 149 НК РФ. Услуги оплачиваются Заказчиком путем перечисления денежных средств на лицевой счет Исполнителя, указанный в разделе 8 договора, или путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя.

Форма № 3

4.2. В случае невозможности завершить услугу в установленный срок по вине Исполнителя и при наличии технической возможности Заказчик вправе перенести получение услуг на более поздний срок либо получить полный возврат уплаченной суммы без штрафных санкций.

4.3. Расчёт за фактически оказанные медицинские услуги производится Заказчиком не позднее дня получения платных медицинских услуг.

4.4. После получения денежных средств за оказанные услуги Исполнитель выдаёт Заказчику (Пациенту) документ, подтверждающий факт оплаты, в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации. Таким документом может являться контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчётности (документ установленного образца).

4.5. В случае приобретения Заказчиком комплекса услуг Исполнителя и получения данных услуг не в полном объеме, возврат денежных средств за неполученные услуги производится исходя из стоимости такой услуги в прейскуранте цен исполнителя, а не от стоимости комплекса.

4.6. Если Заказчиком не предоставлено письменных мотивированных возражений к акту оказанных услуг в течение 3х рабочих дней со дня получения акта, услуги считаются выполненными в полном объеме и подлежат оплате.

4.7. В случае необходимости оказания дополнительных медицинских услуг Стороны заключают дополнительное соглашение к договору. Цена договора в таком случае составляет сумму всех оказанных услуг по Договору (в том числе дополнительных соглашений).

### **5. Ответственность сторон и форс-мажор**

5.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора в соответствии с законодательством РФ.

5.2. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом. Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

5.3. Исполнитель не несёт ответственности за развитие осложнений, появление побочных эффектов, ухудшение ранее достигнутого результата лечения или его отсутствие в следующих случаях:

5.3.1. Пациент отказался от прохождения дополнительных диагностических исследований, которые были объективно необходимы для назначения и проведения адекватного лечения, а также для предотвращения возможных нежелательных осложнений.

5.3.2. Пациент не выполнил или выполнил ненадлежащим образом назначения и рекомендации лечащего врача и иных специалистов Исполнителя, в том числе в период нахождения вне медицинской организации (дома, на самонаблюдении и т.п.).

5.3.3. Пациент отказался от прохождения необходимого курса лечения либо самовольно прервал начатый курс лечения без согласования с лечащим врачом.

5.3.4. Претензии Пациента относительно качества оказанной платной медицинской услуги должны быть направлены Исполнителю по электронной почте либо на бумажном носителе по адресу, указанному в разделе 8 Договора. Ответ Пациенту должен быть направлен Исполнителем тем же способом (электронно либо почтой) и в сроки, установленные Законом РФ «О защите прав потребителей».

5.3.5. Обращение (жалоба) на действия Исполнителя может быть направлено в Территориальный орган Росздравнадзора по Республике Крым и городу федерального значения Севастополю, Запорожской области и Херсонской области по адресу: г. Симферополь ул. Троллейбусная, зд. 23а помещ. 1 или по электронной почте [info@reg82.roszdravnadzor.gov.ru](mailto:info@reg82.roszdravnadzor.gov.ru).

### **6. Срок действия договора**

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания обеими Сторонами и действует до 31.12.2026 г.

6.2. Обязательства Исполнителя по оказанию медицинских услуг Пациенту возникают со дня подписания договора и приложений к нему.

### 7. Заключительные положения

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

7.2. Настоящий Договор составлен в трех экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон (для Исполнителя, Заказчика и Пациента).

### 8. Адреса, реквизиты и подписи Сторон

<p><b>Исполнитель:</b>                  ФГАУ «ФРЦ «Кораблик «Мойнаки»                  Минздрава России                  Юридический адрес: 297407, Республика Крым,                  г. о. Евпатория, г. Евпатория, ул. Полупанова,                  стр.30, к.5                  ИНН 9110035436/ КПП 911001001                  ОГРН 1259100004426 МИ ФНС №6 по РК                  от 01.04.2025                  ОКПО 98498049                  ОКТМО 35712000001, ОКОПФ 75101                  Банковские реквизиты:                  БИК Банка 013510002                  Банк: ОКЦ № 7 ЮГУ Банка России//УФК по                  Республике Крым г. Симферополь                  Получатель: УФК по Республике Крым                  (ФГАУ                  «ФРЦ «Кораблик «Мойнаки»                  Минздрава России, л/с 30756ZЭ5Ц50)                  ЕКС 40102810645370000035                  НКС 03214643000000017500                  л/с 30756ZЭ5Ц50                  КСР 001ZЭ5Ц5                  КБК 0000000000000000130 УИН 0                  E-mail: info@frc-moynaki.ru</p>	<p>Заказчик:                  _____                  (Ф.И.О.)                  _____                  Адрес:                  _____                  _____                  Адрес для направления                  ответов на письменные                  обращения: _____                  _____                  Данные документа,                  удостоверяющего                  личность: _____                  _____                  Телефон:                  _____                  _____                  Адрес электронной почты:                  _____                  _____</p>	<p>Пациент:                  _____                  (Ф.И.О.)                  _____                  Адрес:                  _____                  _____                  Адрес для направления                  ответов на письменные                  обращения: _____                  _____                  Данные документа,                  удостоверяющего                  личность: _____                  _____                  Телефон:                  _____                  _____                  Адрес электронной                  почты:                  _____                  _____</p>
<p>По доверенности                  администратор отдела сопровождения                  медицинских и немедицинских услуг                  _____</p>		

**ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № \_\_\_\_\_**  
**к договору на оказание платных медицинских услуг**  
**№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 2026 г.**

г. Евпатория

\_\_\_\_\_ 2026 г.

\_\_\_\_\_, дата рождения: \_\_\_\_\_,  
 \_\_\_\_\_, паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_,  
 \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_,  
 \_\_\_\_\_ код подразделения \_\_\_\_\_, зарегистрирован по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, именуемый (ая) в дальнейшем «**Заказчик**», с одной стороны, и **федеральное государственное автономное учреждение «Федеральный реабилитационный центр «Кораблик «Мойнаки» Министерства здравоохранения Российской Федерации**, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице администратора отдела сопровождения медицинских и немедицинских услуг \_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 2026г., лицензия на осуществление медицинской деятельности от 22.09.2025 г. № Л041-00110-91/03239869 выдана Территориальным органом Росздравнадзора по Республике Крым и городу федерального значения Севастополю, Запорожской области и Херсонской области, с другой стороны, совместно именуемые Стороны, заключили настоящее дополнительное соглашение к договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 2026 г., заключенному в интересах Пациента:

\_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_, данные документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_, свидтельство о рождении № \_\_\_\_\_ выдано \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ паспорт гражданина РФ: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ кем выдан \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_, адрес места жительства: \_\_\_\_\_,

Номер телефона: +7 \_\_\_\_\_,

(далее – Договор) о нижеследующем:

1. Дополнить п. 1.2. договора следующим перечнем дополнительных платных медицинских услуг, предоставляемых по договору:

№ п/п	Наименование и код услуги	Ед. изм.	Кол-во услуг	Цена за ед. услуги (без НДС)	Сумма в руб. без НДС.

2. Во всём остальном, что не затронуто настоящим дополнительным соглашением, Стороны руководствуются условиями Договора.

3. Настоящее дополнительное соглашение является неотъемлемой частью Договора, вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует в течение всего срока Договора.

Форма № 3

4. Дополнительное соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой Стороны.

<p><b>Исполнитель:</b> ФГАУ «ФРЦ «Кораблик «Мойнаки» Минздрава России Юридический адрес: 297407, Республика Крым, г. о. Евпатория, г. Евпатория, ул. Полупанова, стр.30, к.5 ИНН 9110035436/ КПП 911001001 ОГРН 1259100004426 МИ ФНС №6 по РК от 01.04.2025 ОКПО 98498049 ОКТМО 35712000001, ОКОПФ 75101 Банковские реквизиты: БИК Банка 013510002 Банк: ОКЦ № 7 ЮГУ Банка России//УФК по Республике Крым г. Симферополь Получатель: УФК по Республике Крым (ФГАУ «ФРЦ «Кораблик «Мойнаки» Минздрава России, л/с 30756ZЭ5Ц50) ЕКС 40102810645370000035 НКС 03214643000000017500 л/с 30756ZЭ5Ц50 КСР 001ZЭ5Ц5 КБК 000000000000000000130 УИН 0 E-mail: info@frc-moynaki.ru</p>	<p>Заказчик: _____ (Ф.И.О.)  Адрес: _____  Адрес для направления ответов на письменные обращения: _____ _____  Данные документа, удостоверяющего личность: _____ _____  Телефон: _____  Адрес электронной почты: _____</p>	<p>Пациент: _____ (Ф.И.О.)  Адрес: _____  Адрес для направления ответов на письменные обращения: _____ _____  Данные документа, удостоверяющего личность: _____ _____  Телефон: _____  Адрес электронной почты: _____</p>
<p>По доверенности администратор отдела сопровождения медицинских и немедицинских услуг _____</p>		