

УТВЕРЖДЕНО

Приказом ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии
им. ак. Н.Н. Бурденко» Минздрава России

«29» 12 2023г. № 304

ПОЛОЖЕНИЕ

о порядке возврата денежных средств по договорам
оказания платных медицинских услуг в
ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. ак. Н.Н. Бурденко» Минздрава России

1. Общие положения

1.1. Настоящее Положение определяет порядок возврата денежных средств физическим лицам по договорам оказания платных медицинских услуг в федеральном государственном автономной учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. ак. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, далее - Учреждение).

1.2. Настоящее Положение разработано в соответствии с:

- Гражданским кодексом Российской Федерации;
- Законом Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей»;
- постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006»;
- Уставом Учреждения;
- иными нормативными правовыми актами.

1.3. Настоящее Положение размещается на информационных стендах и на официальном сайте <https://www.nsi.ru/> Учреждения.

2. Условия возврата денежных средств

2.1. Возврат денежных средств производится следующим физическим лицам:

- пациенту, заключившему договор оказания платных медицинских услуг (далее - заказчик);
- лицу, заключившему договор оказания платных медицинских услуг в пользу пациента (далее- заказчик);
- представителю пациента/заказчика.

2.2. Денежные средства (полностью либо частично) по договору оказания платных медицинских услуг (далее-договор) возвращаются лицу, указанному в п.2.1. настоящего Положения в случаях, если оплаченная медицинская услуга не оказана по следующим причинам:

- в следствии отказа пациента/заказчика от платной медицинской услуги до начала ее оказания;
- платная медицинская услуга оказана не в полном объеме;
- при одностороннем расторжении договора;
- по иным причинам.

2.3. Денежные средства (полностью или частично) не возвращаются в случаях:

- когда медицинская услуга оплачена и оказана на момент расторжения договора;
- невозможности оказания платной медицинской услуги, возникшей по вине пациента/заказчика.

2.4. Частичный возврат денежных средств производится в случаях:

- при отказе пациента/заказчика от платной медицинской услуги в процессе ее оказания;
- при расторжении договора в одностороннем порядке и наличии остатка денежных средств по предварительной оплате (аванс) за не оказанную платную медицинскую услугу;

- если платная медицинская услуга, входящая в комплексную программу, не оказана. При этом скидка, предусмотренная при оплате за комплексную услугу (программу), не применяются. Производится перерасчет стоимости за каждую фактически оказанную единицу услуги по Прейскуранту, действующему на дату оплаты комплексной программы. Возврату подлежит остаток денежных средств после перерасчета.

3. Перечень документов, необходимых для оформления возврата денежных средств

3.1. Возврат денежных средств осуществляется при предоставлении следующих документов:

- заявления о возврате денежных средств по договору оказания платных медицинских услуг, оформленного по образцу, прилагаемому к настоящему Положению (далее-заявление);
- документа, удостоверяющего личность;
- документа, подтверждающего статус законного представителя пациента или полномочия представителя пациента (доверенности, оформленной в соответствии с действующим законодательством);
- банковской карты, с использованием которой была произведена оплата медицинской услуги либо ее реквизитов;
- реквизитов банковского счета (наименование банка, ИНН, КПП, БИК банка, номер расчетного счета, номер лицевого счета) в случае оплаты медицинской услуги путем перечисления денежных средств на расчетный счет Учреждения.

3.2. Документы, указанные в п.3.1. настоящего Положения подаются специалисту по договорной работе, с последующей передачи первичных документов для учета в бухгалтерию Учреждения.

4. Порядок возврата денежных средств

4.1. Денежные средства за не оказанную платную медицинскую услугу возвращаются лицам, указанным в п.2.1. настоящего Положения, не позднее десяти дней с даты подачи заявления и его рассмотрения.

4.2. Возврат денежных средств осуществляется:

- безналичным путем в случае оплаты медицинской услуги по банковской карте или перечислением на расчетный счет Учреждения со счета заказчика;
- наличными денежными средствами при оплате медицинской услуги в кассу Учреждения.

4.3. Возврат денежных средств производится в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации безналичным путем перечисления на банковский счет лица, указанного в п.2.1. настоящего Положения, либо на банковскую карту, с использованием которой была произведена оплата. Учреждение не несет ответственность за задержки перевода денежных средств на банковский счет или банковскую карту, если задержки произошли не по вине Учреждения.

4.4. Наличные денежные средства выдаются лицу, указанному в п.2.1. настоящего Положения, в кассе Учреждения в дни и часы работы Учреждения.

5. Заключительные положения

5.1. Правила для возврата денежных средств осуществляются в соответствии с правовыми нормативными актами Российской Федерации о ведении кассовых операций.

5.2. В случаях, не предусмотренных настоящим Положением, следует руководствоваться действующим законодательством Российской Федерации.

Приложение

Образец заявления о возврате денежных средств по договору оказания платных медицинских услуг

Заместителю директора по научной работе
ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. ак.
Н. Н. Бурденко» Минздрава России

_____ (Фамилия И.О.)

От _____
(Фамилия, Имя, Отчество (при наличии))

Адрес регистрации: _____

_____ Документ, удостоверяющий личность

_____ (наименование и реквизиты документа, серия, номер)

выдан _____
(дата и наименование органа, выдавшего документ)

Телефон _____

Адрес эл.почты _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

о возврате денежных средств по договору оказания платных медицинских услуг

«__» _____ 202__ г. между мной _____
(ФИО заказчика полностью)

и ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. ак. Н. Н. Бурденко» Минздрава России был заключен договор № _____ на оказание платных медицинских услуг мне/пациенту (нужное подчеркнуть) _____
(ФИО пациента полностью)

в стационарных/амбулаторных условиях (нужное подчеркнуть). Руководствуясь положениями Гражданского кодекса Российской Федерации, Закона Российской Федерации от 07.02.1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей», постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006», прошу вернуть уплаченные мной денежные средства в размере _____ руб. ___ коп. (_____ (прописью) _____) руб. ___ коп.).

- Наличными
 Безналичными, на банковскую карту
 На счет по банковским реквизитам

Заполняется заявителем в случае возврата денежных средств по безналичному расчету:

Получатель (полностью ФИО) _____

Наименование банка _____

Счет _____

БИК банка _____ ИНН/КПП _____

Номер карты (при наличии) _____

Возврат по причине: _____

За следующие неоконченные услуги: _____

_____ (перечислить копии приложенных документов, в том числе подтверждающих оплату услуг)

Заявление, приложения принял и оформил специалист

(личная подпись) / _____
(Фамилия И.О. (при наличии))

Дата «__» _____ 202__ г.

Подтверждение неполучения медицинских услуг:

Указанные в заявлении услуги пациенту _____ не оказаны.

Зав. отделения/Лечащий врач _____ / _____
(личная подпись) (Фамилия И.О. (при наличии))

Расписка (заполняется при получении наличных средств из кассы):

Мною _____
(Фамилия, Имя, Отчество (при наличии) получателя денежных средств)

получены денежные средства наличными в размере _____ руб. _____ копеек
(_____) руб. _____ копеек.

(личная подпись) / _____
(Фамилия И.О. (при наличии) получателя денежных средств) Дата «__» _____ 202__ г.