

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № _____

г. Краснодар

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 16 города Краснодара» министерства здравоохранения Краснодарского края (ГБУЗ «ГП № 16 г. Краснодара» МЗ КК), ИНН 2311039004, ОГРН 1032306426382, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Щербань Руслана Григорьевича, действующего на основании Устава, с одной стороны и гражданин(ка) _____ или его законный представитель _____, действующий на основании доверенности _____, именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ И ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В рамках настоящего договора используются следующие основные понятия:
"платные медицинские услуги" - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;
"потребитель" - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором.
Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";
"исполнитель" - ГБУЗ «ГП № 16 г. Краснодара» МЗ КК - медицинская организация, оказывающая платные медицинские услуги в соответствии с договором.

1.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензиями на медицинскую деятельность, порядками, стандартами и другими документами в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

1.3. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя или его законного представителя, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

2. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА

2.1. Сведения об Исполнителе:

2.1.1. Договор заключает Исполнитель, в лице бухгалтера Мурадян Гуарик Эдуардовны, действующего на основании доверенности № 1 от 23.11.2022г.

2.1.2. Адрес местонахождения: 350072, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Московская, 66.

2.1.3. Адрес официального сайта: <http://krdgp16.ru/>.

2.1.4. Адрес места оказания платных медицинских услуг: 350072, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Московская, 66.

2.1.5. Платные медицинские услуги (работы) предоставляются Исполнителем на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной Министерством здравоохранения Краснодарского края, № ЛО-23-01-013633 от 13.06.2019г, срок действия лицензии: бессрочно.

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность учреждения, содержится в соответствующей лицензии Исполнителя, копия которой находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) учреждения, а также на официальном сайте: <http://krdgp16.ru/>.

2.2. Сведения о Потребителе:

2.2.1. Фамилия, имя и отчество (при наличии): _____;

2.2.2. Адрес места жительства, иные адреса, на которые (при их указании в договоре) Исполнитель может направлять ответы на письменные обращения: _____;

2.2.3. Телефон: _____;

2.2.4. Данные документа, удостоверяющего личность _____.

3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

3.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю медицинские услуги на условиях, определенных настоящим Договором, а Потребитель обязуется оплатить указанные услуги в размере, порядке и сроках, которые установлены настоящим Договором.

3.1.1. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором:

№п/п	Наименование услуги	Кол-во	Цена, руб.	Сумма, руб.
	ИТОГО:			

3.1.2. Услугу будет оказывать врач: .

3.1.3. Сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, а также графике работы опубликованы на официальном сайте ГБУЗ «ГП № 16 г. Краснодара» МЗ КК <http://krdgp16.ru/>.

3.1.4. При необходимости Потребителю могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень и сроки оказания которых согласуются Сторонами в дополнительном соглашении к настоящему Договору.

3.1.5. Срок оказания услуг: в течение 5 рабочих дней с даты заключения настоящего договора.

4. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

4.1. Стоимость услуг по настоящему договору определяется исходя из действующего у Исполнителя прейскуранта (прейскурант на платные медицинские услуги находится в свободном доступе на официальном сайте ГБУЗ «ГП № 16 г. Краснодара» МЗ КК <http://krdgp16.ru/>), в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг, на основании перечня предоставленных платных медицинских услуг, указанных в п.п.

3.1.1. настоящего договора и составляет _____ рублей 00 копеек.

4.2. Оплата услуг осуществляется Потребителем путем внесения в кассу наличных денежных средств или с использованием платежных банковских карт по выбору Потребителя до предоставления медицинских услуг.

4.3. Потребитель ознакомлен с прейскурантом до подписания настоящего договора.

4.4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя.

Без оформления дополнительного соглашения к договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости Исполнитель вправе не предоставлять медицинские услуги.

4.5. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг их стоимость определяется в соответствии с действующим прейскурантом.

4.6. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Потребителя удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Потребителем по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

5. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

5.1. Исполнитель обязуется:

5.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в полном объеме с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

5.1.2. Предоставить Потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию о

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

5.1.3. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, а также денежных средств, поступивших от Потребителя.

5.1.4. Немедленно извещать Потребителя о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора. Дополнительные медицинские услуги при необходимости их оказания предоставляются на основании отдельно заключаемого договора.

5.1.5. Предоставить в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

5.1.6. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются дополнительные медицинские услуги по экстренным показаниям (экстренной помощи) для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

5.2. Исполнитель имеет право:

5.2.1. Оформлять договор только при наличии подписанного информированного добровольного согласия Потребителя или его законного представителя.

5.2.2. При выявлении у Потребителя противопоказаний к проведению лечебных и диагностических мероприятий отказать в их проведении.

5.2.3. Требовать от Потребителя соблюдения:

- графика прохождения процедур;
- лечебно-охранительного режима;
- назначений, рекомендаций специалистов;
- режима при приеме лекарственных препаратов;
- правил внутреннего распорядка лечебного учреждения;
- правил техники безопасности и пожарной безопасности.

5.2.4. Отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем правил внутреннего распорядка лечебного учреждения, рекомендаций и назначений специалистов и нарушении режима работы учреждения.

5.2.5. Использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Потребителя, достаточных для его идентификации.

5.3. Потребитель обязуется:

5.3.1. Оплатить оказанную Исполнителем медицинскую услугу (выполненную работу) в порядке и сроках, установленных настоящим договором.

5.3.2. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

5.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору.

5.3.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги, соблюдать Правила внутреннего распорядка медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

5.3.5. Согласовывать со специалистами, оказывающими платные медицинские услуги, употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, масел и прочего.

5.3.6. Потребитель обязан дать Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных для целей исполнения обязательств по настоящему договору.

5.4. Потребитель имеет право:

5.4.1. Получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями порядков оказания медицинской помощи, стандартов и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи.

5.4.2. В доступной для него форме получить информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

5.4.3. Получить у Исполнителя медицинские документы (копии медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения без взимания дополнительной платы.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

6.1. Исполнитель несет перед Потребителем ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации, за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя.

6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента (Потребителя) в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье в соответствии с п. 5.3.2 настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п. 5.3.4 настоящего договора.

6.4. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т.п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

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

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

7.3. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

8.1. При предъявлении Потребителем требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), Исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей".

8.2. Стороны обязуются все возникающие разногласия решать путем переговоров.

8.3. При не урегулировании Сторонами возникших разногласий спор разрешается в судебном порядке.

8.4. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством.

9. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

9.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

9.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении.

10. ИНЫЕ УСЛОВИЯ

10.1. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Потребителя.

11. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ

ГБУЗ «ГП № 16 г. Краснодара» МЗ КК
Адрес местонахождения и почтовый адрес:
350072, Краснодарский край, г. Краснодар,
ул. Московская, 66
ИНН 2311039004; КПП 231101001
ОГРН 1032306426382; ОКПО 16945406
ОКТМО 03701000001; ОКФС 13; ОКОПФ 75203
Банковские реквизиты:
Единый казначейский счет (к/сч.) 40102810945370000010
Казначейский счет (р/сч.) 03224643030000001800
Получатель: Минфин КК (ГБУЗ «ГП № 16 г. Краснодара» МЗ КК, л/с
828517020)
БИК ТОФК 010349101
КБК 82800000000000000130
Банк получателя: Южное ГУ Банка России//УФК по Краснодарскому
краю, г. Краснодар
секретарь: e-mail: pol16@kmivc.ru
тел: приемная: (861) 252-03-74
тел: платные услуги: 252-12-22
официальный сайт: <http://krdgp16.ru/>

ПОТРЕБИТЕЛЬ

[фамилия, имя и отчество (при наличии)], [дата рождения]
проживающий(ая) по адресу:
[адрес места жительства, иные адреса, на которые
исполнитель может направлять ответы на письменные
обращения]
паспорт: [данные документа, удостоверяющего личность]
телефон: [указать номер]

[подпись]

[фамилия, инициалы]

М.П.

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ УСЛУГ,
ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ, МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, _____, _____
(ФИО потребителя)

Паспорт: серия _____ № _____
выдан _____ « ____ » _____ Г.,
зарегистрированный по адресу: _____
(адрес регистрации потребителя)

в рамках договора об оказании платных медицинских услуг желаю получить в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Городская поликлиника № 16 города Краснодара» министерства здравоохранения Краснодарского края (ГБУЗ «ГП № 16 г. Краснодара» МЗ КК) платные услуги и даю свое согласие на:

1. На оказание платных услуг.
- 1.1. Я получил от сотрудников ГБУЗ «ГП № 16 г. Краснодара» МЗ КК полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи и даю свое согласие на оказание мне платных услуг и готов их оплатить.
- 1.2. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(на) оплатить стоимость оказанных услуг в соответствии с ним.
2. На обработку персональных данных.
- 2.1. В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 "О персональных данных" N 152-ФЗ (в редакции от 05.04.2013г.) подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ «ГП № 16 г. Краснодара» МЗ КК моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, паспортные данные, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.
- 2.2. Я даю согласие на использование моих персональных данных в целях выполнения обязательств по договору оказания платных медицинских услуг.
- 2.3. Настоящее согласие предоставляется на осуществление особых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных целей.
- 2.4. Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую своей волей и в своих интересах.
3. На медицинское вмешательство.
- 3.1. Мне разъяснены и понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Я понимаю необходимость проведения необходимых манипуляций (процедур), выполняемых в рамках заключенного настоящего договора.
- 3.2. Мне полностью ясно, что во время указанной манипуляции (процедуры) или после нее могут развиваться осложнения, что может потребовать дополнительного вмешательства (лечения).
- 3.3. Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.
- 3.4. Я предупрежден(а) о фактах риска и понимаю, что проведение оперативного лечения сопряжено с риском потери крови, возможности инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем органов, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.
- 3.5. Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне заболеваниях, травмах, операциях, в том числе носительстве ВИЧ инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.
- 3.6. Я согласен(а), что при несоблюдении назначений и рекомендаций, лечащий врач не несет ответственности за результаты моего лечения.
- 3.7. Я согласен(а), что в случае ухудшения самочувствия, при появлении первых признаков осложнений на фоне проводимого лечения я должен(а) незамедлительно обратиться к лечащему врачу или заведующему отделением.
4. Я удостоверяю, что текст моего добровольного информированного согласия на оказание платных медицинских услуг, на обработку персональных данных, на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют. Я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов платных услуг и даю согласие на их применение.

Исполнитель

(подпись)

« ____ » _____ 20 ____ г.

Потребитель

(подпись)

ФИО

« ____ » _____ 20 ____ г.