

ДОГОВОР № ____
на оказание платных медицинских услуг

г. Краснодар

« » _____ 20 г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 19 города Краснодара» министерства здравоохранения Краснодарского края в лице кассира, Нейжмаковой Людмилы Григорьевны, действующего на основании доверенности № 01-07/213 от 21.04.2023 г., именуемый в дальнейшем "Исполнитель", с одной стороны, _____ и

паспорт _____ выдан _____, именуемый в дальнейшем "Потребитель", с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА

1.1. Сведения об Исполнителе.

1.1.1. Наименование организации: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 19 г. Краснодара» министерства здравоохранения Краснодарского края.

1.1.2. Адрес местонахождения: 350051, г. Краснодар, ул. Офицерская, д.33.

1.1.3. Адреса места оказания медицинских услуг: 350051, г. Краснодар, ул. Офицерская, д. 33, ул. Офицерская, д. 39, ул. Офицерская, д. 42.

1.1.4. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ, с указанием органа, осуществляющего государственную регистрацию: ОГРН 1022301220622, дата регистрации – 25.12.2002г., данные о регистрирующем органе – Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы № 16 по Краснодарскому краю, ИНН 2308056271.

1.1.5. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации наименование, адрес местонахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа: лицензия от 18.12.2019г. № ЛО41-01126-23/00337114 выдана Министерством здравоохранения Краснодарского края, находящимся по адресу: 350020, г. Краснодар, ул. Коммунаров, д. 276/1. Телефон: 88619925301.

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, содержится в соответствующей лицензии Исполнителя, копия которой является частью настоящего договора (приложением к настоящему договору) и находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на официальном сайте Исполнителя.

1.2. Сведения о Потребителе.

1.2.1. Фамилия, имя и отчество (при наличии) _____

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

1.2.3. Телефон: _____

1.2.4. Данные документа, удостоверяющего личность: паспорт _____

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

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

№ пп	Код услуги	Наименование услуги	Кол-во	Стоимость, руб	Сумма, руб.
1					
		ИТОГО :			

- 2.2. Потребитель подтверждает, что согласен на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.
- 2.3. При необходимости Потребителю могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень и сроки оказания которых согласуются Сторонами в дополнительном соглашении к настоящему Договору.
- 2.4. Продолжительность услуги: до 5 рабочих дней.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

- 3.1.1. 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 и санаторно-курортного лечения, проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи.
- 3.1.2. Обеспечить Потребителя бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской помощи.
- 3.1.3. Уведомить Потребителя о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.
- 3.1.4. После исполнения Договора выдать Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья 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.

3.2. Потребитель обязуется:

- 3.2.1. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.
- 3.2.2. Информировать Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.
- 3.2.3. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

3.3. Исполнитель имеет право:

- 3.3.1. Получать от Потребителя информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.
- 3.3.2. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

3.4. Потребитель имеет право:

- 3.4.1. Получать от Исполнителя услуги, предусмотренные настоящим Договором.
- 3.4.2. Получать информацию о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья.

3.5. Потребитель и Исполнитель обладают иными правами и несут иные обязанности, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

4. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

- 4.1. Стоимость услуг по настоящему договору определяется исходя из действующего у Исполнителя прейскуранта в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг и составляет **1082** (Одна тысяча восемьдесят два руб. 00 коп.) рублей.
- 4.2. Оплата Заказчиком стоимости услуг осуществляется путем перечисления суммы денежных средств, указанных в п. 3.1 настоящего Договора на расчетный счет Исполнителя, указанный в настоящем договоре, или путем внесения в кассу Исполнителя.
- 4.3. Потребитель ознакомлен с прейскурантом до подписания настоящего договора.

5. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Заказчика приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Заказчика.

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

5.3. Потребитель предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

5.4. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством России.

5.5. Потребитель незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

5.6. Исполнителем после исполнения договора выдаются потребителю (законному представителю потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

5.7. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя).

5.8. Заказчик (потребитель) дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Заказчика (потребителя) в объеме и способами, указанными в Федеральном законе от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору.

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. При наличии в настоящем договоре условий, ущемляющих права Потребителя, которые могут повлечь причинение ему убытков, они подлежат возмещению Исполнителем в полном объеме в соответствии со статьей 13 Закона РФ от 7 февраля 1992 г. N 2300-1 "О защите прав потребителей".

Требование Потребителя о возмещении убытков подлежит удовлетворению в течение десяти дней со дня его предъявления.

6.4. Потребитель несет ответственность за нарушение условий договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством России.

6.5. Потребитель несет ответственность за нарушение условий договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.7. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору при возникновении непреодолимых препятствий, под которыми понимаются стихийные бедствия, массовые беспорядки, запретительные действия властей и иные форс-мажорные обстоятельства.

7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

7.1. Договор может быть изменен и дополнен по соглашению Сторон.

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

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

7.4. 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. Стороны обязуются все возникающие разногласия решать путем переговоров.

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

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

8.4. Потребитель вправе направить обращение (жалобу) в органы государственной власти и организации в письменном виде по адресу: Министерство здравоохранения Краснодарского края (г. Краснодар, ул. Коммунаров, д. 276/1, т. 88002000366, а также в электронном виде: mz@krasnodar.ru).

9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ

9.1. Настоящий Договор вступает в силу с «___» _____ 20__ г. и действует по «___» _____ 20__ г.

9.2. Договор составлен в 2 экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

10. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель

ГБУЗ «ГП № 19 г. Краснодара» МЗ КК

Адрес: 350051, г. Краснодар,

ул. Офицерская, д. 33, pol19@kmivc.ru

тел. (861)224-72-11

ИНН 2308056271 КПП 230801001

ОГРН 1022301220622

ОКПО 16858110

Сайт учреждения: www.krdgp19.ru

Южное ГУ Банка России/УФК по Краснодарскому краю г. Краснодар

Минфин КК (ГБУЗ «ГП № 19 г. Краснодара» МЗ КК, л/с 828536570)

БИК 010349101

ЕКС 40102810945370000010

КС 03224643030000001800

Заказчик (ФИО): _____

Адрес места жительства: _____

Телефон: _____

Паспорт: _____ выдан _____

код подразделения _____

Данные документа, удостоверяющего представительство: _____

По доверенности №01-07/213 от 21.04.2023

Л. Г. Нейжмакова

М.П.

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

Я, _____ Паспорт: _____ выдан _____ города, зарегистрированный по адресу: _____, в рамках договора об оказании платных услуг желаю получить в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Городская поликлиника № 19 г. Краснодара» министерства здравоохранения Краснодарского края, (далее по тексту - Учреждение) платные услуги и даю свое согласие:

1. На оказание платных услуг.

1.1. Я получил от сотрудников ГБУЗ «Городская поликлиника № 19 г. Краснодара» МЗ КК полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных услуг и готов ее оплатить.

1.2. Я ознакомлен (а) с действующим прейскурантом и согласен (на) оплатить стоимость оказанных услуг в соответствии с ними.

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 «Городская поликлиника № 19 г. Краснодара» МЗ КК моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер Индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СПИЛС), 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 услуг.

2.3. Настоящее согласие предоставляется на осуществление особых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных целей, а также даю свое согласие на получение результатов лабораторных исследований на мой электронный адрес: _____.

2.4. При передаче результатов лабораторных исследований по открытым каналам связи (электронная почта) ГБУЗ «Городская поликлиника №19 г. Краснодара» МЗ КК не несет ответственности в случае возможного нарушения конфиденциальности передаваемой информации.

2.5. 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.

Потребитель _____

(подпись)

_____ 202_ г.

Акт выполненных работ по оказанию медицинских услуг

Мы нижеподписавшиеся, Исполнитель ГБУЗ "ГП № 19 Г. КРАСНОДАРА" МЗ КК, в лице Нейжмаковой Людмилы Григорьевны с одной стороны, и Заказчик _____ с другой стороны, составили настоящий акт о том, что исполнителем ГБУЗ "ГП № 19 Г. КРАСНОДАРА" МЗ КК 05.09.2023 выполнены, а пациентом _____ приняты следующие виды работ:

№	Виды работ (описание выполненных работ, оказанных услуг)	Кол	Исполнители		Сумма
			Врач	Медсестра	
1					
ИТОГО:					

Итого на сумму :

Сдал

Исполнитель _____ /Нейжмакова Л.Г. /

Принял

Пациент _____ /

Обработка