

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг

г. Санкт-Петербург

« ____ » _____ 202 ____ г.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 49» (СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 49»), место нахождения 197343, г. Санкт-Петербург, ул. Ланская, дом 12, зарегистрированное решением Регистрационной Палаты Санкт-Петербурга от 08.02.2001 № 167-р, свидетельство о регистрации от 27.02.2001 № 237386, основной регистрационный номер записи в Едином государственном реестре юридических лиц **1027807570867** (свидетельство о регистрации 78 № 008472811), **ИНН 7814004198**, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице заведующего Поликлиникой №__ (Поликлинического отделения № __), действующего на основании приказа № __ от __.__.20__ и Доверенности № ____, с одной стороны, и гражданин:

(фамилия, имя и отчество)

адрес места жительства: _____,

данные документа, удостоверяющего личность: _____

именуемый в дальнейшем «**Потребитель**», с другой стороны, при совместном упоминании – «Стороны», заключили договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель предоставляет Потребителю следующие платные медицинские услуги:

№ п/п	Перечень услуг	Цена	Количество	Сумма

1.2. Исполнитель оказывает медицинские услуги согласно лицензии на осуществление медицинской деятельности Л041-01148-78/00365828, выданной Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга 01.04.2020, расположенным по адресу: 191023, Санкт - Петербург, Малая Садовая ул., д. 1, тел. (812)314-04-43; срок действия: бессрочно; по перечню работ составляющему медицинскую деятельность СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 49»: 197343, г. Санкт-Петербург, ул. Ланская, дом 12.

1.3. Органы исполнительной власти: Комитет по здравоохранению правительства Санкт-Петербурга: 191023, СПб, ул. Малая Садовая д.1; тел. 8(812) 571-08-11; e-mail: kzdrav@gov.spb.ru; Отдел здравоохранения Приморского района, адрес: 197183, СПб, ул. Школьная, д.29, тел. (812) 492-19-88, zdrav@tuprim.gov.spb.ru; Территориальный отдел Управления Роспотребнадзора по городу Санкт-Петербургу в Приморском, Петроградском, Курортном, Кронштадтском районах, адрес: 197198, СПб, Большая Пушкарская, д.18, тел. (812) 232-80-81, e-mail: to_5@78rospotrebnadzor.ru.

1.4. Работы и услуги, оказываемые Исполнителем:

- профилактических прививок), лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, медицинской статистике, медицинскому массажу, рентгенологии, сестринскому делу в педиатрии, физиотерапии, функциональной диагностике; **(образец)**

- при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), педиатрии; **(образец)**

- при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: детской кардиологии, инфекционным болезням, медицинской статистике, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, психотерапии, рентгенологии, спортивной медицине, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, физиотерапии, функциональной диагностике; **(образец)**

- при проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам профилактическим; **(образец)**

- при проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности, экспертизе качества медицинской помощи; **(образец)**

1.5. Потребитель подтверждает, что согласен на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

1.6. Потребитель обязуется оплачивать медицинские услуги, предоставляемые ему, и выполнять рекомендации Исполнителя, направленные на обеспечение качества предоставляемых медицинских услуг.

2. СТОИМОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

2.1. Стоимость медицинских услуг, оказываемых Потребителю, составляет _____ рублей, оплата осуществляется «___» _____ 202___ г. в кассу Исполнителя внесением наличных, либо банковской картой через терминал.

2.2. Медицинские услуги оказываются Потребителю в срок с «___» _____ по «___» _____ 202___ г.

2.3. Дополнительные услуги оказываются Исполнителем путем заключения дополнительного соглашения к настоящему договору.

3. Условия и порядок предоставления медицинских услуг

3.1. До заключения договора Потребитель уведомлен:

- о том, что несоблюдение им указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество оказываемой услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя;

- о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с федеральным законом «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 медицинской организации.

3.2. Медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя на медицинское вмешательство, данного в порядке, установленном законодательством РФ.

3.2.1. Потребителю предоставляется информация о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи (при наличии), применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

3.3. До сведения Потребителя доводится в установленном Исполнителем порядке информация о правилах предоставления медицинских услуг, информация о режиме работы, перечне услуг с указанием их стоимости по прейскуранту, условиях их получения, информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации), а также сведения о квалификации специалистов.

3.4. Срок ожидания оказания медицинских услуг в плановой форме составляют:

14 календарных дней со дня обращения пациента в медицинскую организацию.

3.5. Ответственный за исполнение условий договора _____

(Ф.И.О., должность)

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Исполнитель обязуется:

4.1.1. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг лицензии на осуществление медицинской деятельности и порядкам оказания медицинской помощи, утвержденным Министерством здравоохранения РФ.

4.1.2. Информировать Потребителя об обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема и стоимости оказываемых услуг, о предстоящих Потребителю лечебно-диагностических мероприятиях, о необходимых медикаментозных препаратах и расходных материалах и их стоимости, возможных осложнениях, которые могут возникнуть в ходе лечения.

4.1.3. Информировать Потребителя о Территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Санкт-Петербурге.

4.1.4. Информировать Потребителя о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

4.1.5. Выдавать Потребителю необходимые медицинские документы (листы временной нетрудоспособности, справки, выписные эпикризы и проч.).

4.1.6. По письменному заявлению Потребителя выдавать копии медицинских документов (выписки из медицинских документов), отражающих 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.

4.2. Исполнитель имеет право:

4.2.1. Самостоятельно определять характер исследований и манипуляций, необходимых для установления диагноза и лечения Потребителя.

4.2.2. Запрашивать у Потребителя и получать любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему договору и эффективного лечения (документы, а также их копии в случае лечения в других лечебных учреждениях).

4.2.3. Отказаться в предоставлении медицинских услуг в случае нарушения условий п. п. 4.3.1 и 4.3.2 настоящего договора.

4.2.4. Направлять ответы на письменные обращения по адресу места жительства (иному адресу _____), который указан в договоре) на фамилию, имя и отчество Потребителя, которые указаны в договоре.

4.3. Заказчик/Потребитель обязуется:

- 4.3.1. Оплатить медицинские услуги в сроки и в порядке, определенные настоящим договором.
- 4.3.2. Являться на прием в установленное время.
- 4.3.3. Сообщать лечащему врачу о состоянии здоровья, принимаемых им лекарственных препаратах, извещать лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья в процессе лечения.
- 4.3.4. Соблюдать указания (рекомендации) лечащего врача, в том числе назначенный режим лечения.
- 4.4. Потребитель имеет право:
- 4.4.1. На получение полной и достоверной информации о предоставляемой услуге, состоянии здоровья Потребителя.
- 4.4.2. На отказ от медицинского вмешательства.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

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

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ, ИЗМЕНЕНИЕ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

- 6.1. Настоящий договор вступает в силу со дня подписания и действует до 31.12. 202__ г. При отсутствии письменных возражений сторон, заявленных до истечения срока действия договора, он считается пролонгированным на один год. Аналогичный порядок пролонгации действует на все последующие годы.
- 6.2. Все изменения и дополнения считаются действительными, если они совершены в письменной форме.
- 6.3. Договор, может быть, расторгнут по соглашению сторон, в случае одностороннего отказа стороны от исполнения договора соответствии с гражданским законодательством.
- 6.4. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг, договор расторгается, при этом Потребитель оплачивает фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

7. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

7.1. Все споры и разногласия, возникающие при исполнении настоящего договора, разрешаются сторонами путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 8.1. Настоящий договор составлен в 2-х подлинных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.
- 8.2. Исполнителем доведена до сведения Потребителя информация о возможности и порядке получения медицинских услуг на бесплатной основе в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи в Санкт - Петербурге.
- 8.3. Потребитель:

(ФИО)

- в соответствии с требованиями ст. ст. 23, 24, 41, 42 Конституции РФ, ст. 9 федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных», федерального закона от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», подтверждаю свое согласие на обработку СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 49» персональных данных Потребителя, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный (ы) телефон (ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные Потребителя о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

- настоящим подтверждаю, что мое желание получить платные медицинские услуги является добровольным, и я проинформирован о возможности получения бесплатных медицинских услуг в рамках Территориальной программы ОМС.

- настоящим подтверждаю, что до заключения настоящего договора я уведомлен Исполнителем о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя и правила поведения пациента в медицинской организации.

_____ «__» _____ 202__ г.

(подпись)

9. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель: Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 49» СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 49» Юридический адрес: 197343, г.Санкт-Петербург, ул. Ланская, д. 12 т/ф: 241-33-47; 241-54-43 Фактический адрес: 197343, г.Санкт-Петербург, ул. Ланская, д. 12 ИНН 7814004198, КПП 781401001 ОГРН 1027807570867 р/с № 03224643400000007200 СЕВЕРО-ЗАПАДНОЕ ГУ БАНКА РОССИИ// УФК по г. Санкт-Петербургу, г. Санкт- Петербург БИК 014030106 счет банка получателя 40102810945370000005 Комитет финансов Санкт- Петербурга (СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 49»), лицевой счет № 0641023) e-mail: p49@zdrav.spb.ru	Потребитель: _____ Адрес: _____ _____ тел. _____ эл. /почта _____ Паспорт: серия _____ № _____ Кем выдан _____ _____ Дата выдачи « ____ » _____ г.
--	--

Заведующий поликлиникой № ____

Ф.И.О. _____ (_____)

« ____ » _____ 202 ____ г.

« ____ » _____ 202 ____ г.

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ №
к договору № _____ от ____ . ____ . ____ года

г. Санкт-Петербург

« ____ » _____ 202__ года

СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 49», в лице заведующего Поликлиникой № ____ Ф.И.О _____, действующего на основании приказа № ____ от _____ и Доверенности № __ от _____, с одной стороны, и граждан:

_____,
(ФИО)
паспорт: серия _____ № _____ выдан _____ г., проживающий/ая по адресу

_____, тел. _____, именуемый/ая в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, при совместном упоминании – «Стороны», заключили настоящее дополнительное соглашение о нижеследующем:

1. Дополнительно к медицинским услугам, предусмотренным п.1.1 договора, Исполнитель обязуется оказать Потребителю следующие медицинские услуги:

№ п/п	Перечень услуг	Цена	Количество	Сумма

2. Стоимость медицинских услуг, оказываемых Потребителю, составляет _____ рублей, оплата осуществляется « ____ » _____ 202__ г. в кассу Исполнителя внесением наличных, либо банковской картой через терминал.

3. Медицинские услуги оказываются Потребителю в срок с « ____ » _____ по « ____ » _____ 20__ г.

4. В остальном, что не предусмотрено настоящим дополнительным соглашением, стороны руководствуются положениями договора.

5. Настоящее дополнительное соглашение вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до полного исполнения сторонами принятых на себя обязательств.

6. Настоящее дополнительное соглашение является неотъемлемой частью договора, составлено в 2-х подлинных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

7. Адреса, реквизиты, подписи сторон:

<p>Исполнитель: Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 49» СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 49» Юридический адрес: 197343, СПб, ул. Ланская, д. 12 т/ф: 241-33-47; 241-54-43 Фактический адрес: 197343, СПб, ул. Ланская, д. 12 ИНН 7814004198, КПП 781401001 ОГРН 1027807570867 р/с № 03224643400000007200 СЕВЕРО-ЗАПАДНОЕ ГУ БАНКА РОССИИ// УФК по г. Санкт-Петербургу, г. Санкт-Петербург БИК 014030106 счет банка получателя 40102810945370000005 Комитет финансов Санкт-Петербурга (СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 49», лицевой счет № 0641023) e-mail: p49@zdrav.spb.ru</p>	<p>Потребитель: _____ Адрес: _____ _____ тел. _____ эл. /почта _____ Паспорт: серия _____ № _____ Кем выдан _____ _____ дата выдачи « ____ » _____ г.</p>
--	--

Заведующий поликлиникой № ____

Ф.И.О. _____ (_____)

« ____ » _____ 202__ г.

« ____ » _____ 202__ г.