Приложение № 1 к приказу № от 25.07.2022

ДОГОВОР № _____
ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Санкт-Петербург « _____» _____ 20 _____г.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №114», _____№ _____, зарегистрированное Инспекцией Министерства Российской Федерации по налогам
(структурное подразделение)
и сборам по Приморскому району Санкт-Петербурга за основным государственным регистрационным номером 1037832003714 от 13.01.2003, осуществляющее медицинскую деятельность в соответствии с лицензией № Л041-01148-78/00363772 от 27.08.2019 года, выданной Комитетом по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, адрес: 191023, г. Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая д.1, тел. 8(812) 571-08-11, именуемое в дальнейшем «**ИСПОЛНИТЕЛЬ**», в лице _____ _____ действующего на основании _____ с одной стороны, и гражданин:_____,
(фамилия, имя и отчество Потребителя)
проживающий по адресу: _____,
паспортные данные: _____
_____
_____,
именуемый в дальнейшем «**ПОТРЕБИТЕЛЬ**, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1.ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ принимает на себя обязательства оказать ПОТРЕБИТЕЛЮ, по его желанию и сверх Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи в Санкт-Петербурге, следующие платные медицинские услуги:

№ п/п	Перечень платных медицинских услуг	Стоимость	Кол-во	Сумма

1.2. ПОТРЕБИТЕЛЬ обязан оплатить оказанные ИСПОЛНИТЕЛЕМ услуги в сроки и порядке, предусмотренные в пункте 4 настоящего договора.

2. ЛИЦЕНЗИЯ

2.1. Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01148-78/00363772 от 27.08.2019, с перечнем работ составляющего медицинскую деятельность СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 114» _____: выполняемые работы, оказываемые услуги: _____
(структурное подразделение)
_____,
(указать работы и услуги, выполняемые согласно лицензии)
выдана Комитетом по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, адрес: 191023, г. Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая д.1, тел. 8(812) 595-89-82.
2.2. Органы исполнительной власти: Комитет по здравоохранению правительства г. Санкт-Петербурга, адрес: 191023, г. Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая д.1, тел. 8(812) 571-08-11, e-mail: kzdrav@gov.spb.ru; Отдел здравоохранения Приморского района, адрес: 197183, г.Санкт-Петербург, ул. Школьная, д.29, (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, г.Санкт-Петербург, Большая Пушкарская, д.18, (812) 232-80-81, e-mail: to_5@78rospotrebnadzor.ru;

3.УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

3.1. ПОТРЕБИТЕЛЬ информирован о возможности получения соответствующих видов и объёмов 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.
3.2.ИСПОЛНИТЕЛЬ оказывает платные медицинские услуги ПОТРЕБИТЕЛЮ в _____по адресу: СПб, _____
3.3. ИСПОЛНИТЕЛЬ оказывает услуги ПОТРЕБИТЕЛЮ в срок до _____
(заполняется при заключении договора)
3.4. Ответственный за исполнение условий договора _____
(*заполняется при заключении договора Ф.И.О. врача*)

4.ЦЕНА И ПОРЯДОК РАСЧЁТОВ

4.1. Общий размер платежа, подлежащего оплате ПОТРЕБИТЕЛЕМ за предоставление платной медицинской услуги в соответствии с действующим прейскурантом ИСПОЛНИТЕЛЯ, составляет _____ рублей.

4.2. Оплата платных медицинских услуг осуществляется ПОТРЕБИТЕЛЕМ в порядке 100 % предоплаты до фактического получения таких услуг, путем внесения наличных денежных средств в кассу ИСПОЛНИТЕЛЯ, либо произвести оплату в безналичной форме, путем перечисления денежных средств на счет ИСПОЛНИТЕЛЯ.

4.3. Оплата платных медицинских услуг производится путем наличных денежных средств или путем внесения безналичных расчетов в кассу ИСПОЛНИТЕЛЯ с выдачей ПОТРЕБИТЕЛЮ документа, подтверждающего оплату.

5. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

5.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязан:

5.1.1. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг лицензии учреждения и требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешённым на территории Российской Федерации.

5.1.2. Информировать ПОТРЕБИТЕЛЯ о Территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Санкт-Петербурге;

5.1.3. Обеспечить в установленном в учреждении порядке следующей информацией:

1) режим работы учреждения;

2) адрес места нахождения юридического лица, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;

3) сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности (номер и дата регистрации, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего её лицензирующего органа);

4) перечень платных медицинских услуг с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты;

5) порядок и условия предоставления медицинской помощи в соответствии с программой и территориальной программой;

6) сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;

7) режим работы медицинской организации, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;

8) адреса и телефоны органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

5.1.4. Оказать ПОТРЕБИТЕЛЮ квалифицированную, качественную медицинскую услугу в установленный договором срок;

5.1.5. Информировать ПОТРЕБИТЕЛЯ о предлагаемых методах обследования и лечения, возможности развития осложнений при проведении лечебно-диагностических манипуляций и побочных эффектов при проводимой медикаментозной терапии;

5.1.6. Соблюдать правила медицинской этики во взаимоотношениях с ПОТРЕБИТЕЛЕМ, а также врачебную тайну.

5.1.7. Обеспечивать реализацию всех прав ПОТРЕБИТЕЛЯ, в соответствии с Федеральным законом № 323 от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

5.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право:

5.2.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ вправе самостоятельно определять объём исследований и необходимых действий, направленных на установление верного диагноза и оказание медицинской услуги.

5.3. ПОТРЕБИТЕЛЬ обязан:

5.3.1. Оплатить ИСПОЛНИТЕЛЮ оказываемые по настоящему договору платные медицинские услуги;

5.3.2. Информировать врача о перенесённых заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях;

5.3.3. Соблюдать правила поведения пациентов в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения;

5.3.4. Выполнять требования медперсонала, обеспечивающие безопасность и качественное предоставление медицинской услуги, включая выполнение рекомендаций лечащего врача, строгое выполнение последовательности и своевременности медицинских назначений, соблюдение распорядка работы кабинетов учреждения, правил санитарно-противоэпидемиологического режима и противопожарной безопасности.

5.4. ПОТРЕБИТЕЛЬ имеет право:

5.4.1. На предоставление бесплатной, доступной, достоверной информации о медицинской услуге;

5.4.2. Знакомиться с документами, подтверждающими право ИСПОЛНИТЕЛЯ на оказание данного вида медицинской услуги;

6.ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.2. При несоблюдении ИСПОЛНИТЕЛЕМ сроков оказания медицинских услуг ПОТРЕБИТЕЛЬ вправе, по своему выбору:

6.2.1. Назначить новый срок оказания услуги.

6.2.2. Расторгнуть договор и потребовать возмещение фактических затрат.

6.2.3. Потребовать исполнения услуги другими специалистами.

6.3. Стороны вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения настоящего договора по условиям в соответствии со ст. 78 РФ.

6.4. В случае отказа ПОТРЕБИТЕЛЯ после заключения настоящего 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 настоящему Договору.

7.ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

7.1. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором или в связи с ним, стороны примут все меры к их разрешению путём переговоров. В случае невозможности урегулировать спор путём переговоров, споры подлежат разрешению в установленном законодательством порядке.

8.ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

8.1. Договор вступает в силу с момента его подписания обеими сторонами и действует до _____.

8.2. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую силу.

8.3. ПОТРЕБИТЕЛЬ ознакомлен с Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Санкт-Петербурге и возможностью и порядком получения данной медицинской услуги на бесплатной основе и дает добровольное согласие на получение данной медицинской услуги на платной основе.

9.ПОДПИСИ СТОРОН

ПОТРЕБИТЕЛЬ:

_____

_____

_____

(Ф.И.О. полностью, телефон)

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

_____

СПб ГБУЗ «Городская поликлиника 114»

_____/_____

УВЕДОМЛЕНИЕ

Исполнитель в письменной форме уведомляет потребителя о том, что не соблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (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.

Исполнитель_____/_____ ПОТРЕБИТЕЛЬ _____/_____

Приложение № 1

Я, нижеподписавшийся_____
(ФИО потребителя)

настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 114» _____ по настоящему Договору № _____ от «_____» _____ 20 года.

Мне разъяснен и понятен порядок получения медицинской помощи на территории Российской Федерации, а также я уведомлен(а) о возможности получения бесплатной медицинской помощи, предусмотренной программами обязательного медицинского страхования. Я понимаю назначения данного документа, имеющего юридическую силу и являющегося частью медицинской карты несовершеннолетнего потребителя.

«_____»_____20_____г. _____/_____/
(Подпись потребителя, расшифровка)

Приложение № 2

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ.

Я, _____, карта Пациента № _____, в рамках договора о предоставлении платных медицинских услуг, желаю получить медицинские услуги в СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 114» _____. При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я получил(а) от сотрудников учреждения здравоохранения полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в данном учреждении в рамках программы государственных гарантий получения бесплатной медицинской помощи и даю свое согласие на предоставление мне платных медицинских услуг.

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько или целый комплекс платных медицинских услуг.

3. Мне разъяснено, и я полностью осознаю, что проводимое мне лечение не гарантирует 100% результат и что как при предоставлении медицинских услуг, так и после их предоставления, возможны различные осложнения, обусловленные индивидуальными биологическими особенностями организма.

4. Я полностью согласен(а) с тем, что используемая при моем лечении технология не может на 100% исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных индивидуальными биологическими особенностями организма, и в том случае, если предоставленная медицинская услуга была осуществлена с учетом всех необходимых требований, учреждение здравоохранения не несет ответственности за их возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения, я должна исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей учреждения здравоохранения.

6. Мной добровольно, без какого-либо принуждения, и по согласованию с врачом были выбраны(а) следующие виды медицинских услуг, которые я желаю получить на платной основе:

_____

7. Я ознакомлен(а) с действующим в учреждении здравоохранения прейскурантом цен на платные медицинские услуги и согласна оплатить стоимость медицинской (их) услуги(г) в соответствии с ним.

8. Виды выбранных мною и согласованных с врачом платных медицинских услуг я согласна оплатить в кассу учреждения здравоохранения либо безналичным перечислением на лицевой счет учреждения в сумме _____ руб.

9. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной(ых) медицинской(их) услуг(и) в данном учреждении здравоохранения.

10. Настоящее информированное согласие мной внимательно прочитано, претензий и замечаний к данному мной информированному согласию не имеется, в связи с чем я даю свое согласие на проведение вышеуказанных медицинских услуг.

11. Специалист, оказывающий платную медицинскую услугу _____

(Ф.И.О.,вторая, первая, высшая категория, ученая степень, звание – нужное подчеркнуть)

"ИСПОЛНИТЕЛЬ"	"ПОТРЕБИТЕЛЬ"
_____ СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 114» _____ /	_____ _____ _____ _____ (Ф.И.О. представителя, подпись, расшифровка подписи)