

Медицинская организация – ГБУЗ «Городская поликлиника №112» (ОГРН 1037808001065, выписка из ЕГРЮЛ № 780420170121387 от 10.03.2017, МИФНС № 15 по СПб), именуемая в дальнейшем «Исполнитель», в лице ВРИО заведующего платным отделением Коротков Ю. С., действующего на основании Доверенности, с одной стороны и [ФИО], именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, именуемые при совместном упоминании «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Определения

1.1. Если иное не установлено в настоящем Договоре, определения, используемые в настоящем Договоре, будут иметь значения, как указано ниже:

«платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании настоящего Договора, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;

«потребитель» - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с настоящим Договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором

«исполнитель» - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги Потребителям;

«медицинская организация» - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

«медицинский работник» - физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность.

2. Предмет Договора

2.1. По настоящему Договору Исполнитель предоставляет Потребителю платные **медицинские услуги** по своему профилю деятельности в соответствии с выданной лицензией на осуществление медицинской деятельности (лицензия № ЛО-78-01-011077 от 26.08.2020 г. (срок действия: бессрочно), выданной Комитетом по здравоохранению г. Санкт-Петербурга (г. Санкт-Петербург, Малая Садовая ул., д.1, тел: 635-55-64), согласно Прейскуранту цен на медицинские услуги (далее – Прейскурант) утвержденному в установленном порядке приказом главного врача, а Потребитель обязуется оплатить оказанные услуги.

2.1.1. Медицинские услуги предоставляются в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, утвержденными в установленном порядке.

2.1.2. Медицинские услуги предоставляются:

- в полном объеме стандарта медицинской помощи;

- по просьбе Потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.1.3. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, в случае, если такое согласие требуется в соответствии с действующим законодательством.

2.1.4. Перечень медицинских услуг, оказываемых Потребителю в соответствии с настоящим Договором:

Перечень медицинских услуг	Стоимость	Кол-во	Сумма
[Т1]			

2.2. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил Потребителя с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012 г. №1006);

- ознакомил его с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;

- уведомил его о возможности и порядке получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи оказываемых по данному договору без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- уведомил о том, что оплаченные денежные средства по настоящему Договору не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования;

- уведомил Потребителя о том, что несоблюдение 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 её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

2.3. Подписывая настоящий Договор, получив в доступной форме информацию по пункту 2.2, Потребитель подтверждает, что он добровольно согласился на предоставление ему платных медицинских услуг, оговоренных в настоящем Договоре, и отказывается от оказания медицинских услуг, предусмотренных в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в утвержденном порядке их получения.

3. Права и обязанности Сторон

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых Потребителю платных медицинских услуг, согласно п. 2.1.4. настоящего Договора.

3.1.2. Оказывать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором.

3.1.3. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.

3.1.4. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством РФ порядке.

3.1.5. 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 дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.2. Потребитель обязуется:

3.2.1. Ознакомиться с условиями настоящего Договора.

3.2.2. Оплатить медицинские услуги, перечень которых указан в подп. 2.1.4, и в порядке, определенном разделом 4 настоящего Договора.

3.2.3. Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения или получения медицинских услуг.

3.2.4. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору.

3.2.5. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги по настоящему Договору.

3.2.6. При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) о любых изменениях самочувствия.

3.2.7. Отказаться на весь период предоставления медицинских услуг по настоящему Договору, от употребления наркотиков и лекарств, их содержащих, психотропных препаратов, алкогольсодержащих напитков.

3.2.8. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Исполнителем (медицинским работником, предоставляющим платные медицинские услуги) употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав и т. д.

3.2.9. Соблюдать график приема медицинских работников, предоставляющих медицинские услуги по настоящему Договору.

3.2.10. Соблюдать внутренний режим нахождения в медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

4. Цена и порядок оплаты услуг

4.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю согласно подп. 2.1.4 настоящего Договора, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом цен (тарифов) платных медицинских услуг, и составляет [P_SUM2] рублей 00 коп.

[P_SUM1]

(прописью)

4.2. Стоимость медицинских услуг по настоящему Договору определяется по Прейскуранту цен (тарифов) платных медицинских услуг, действующему на момент заключения настоящего Договора, и остается неизменной в течение всего срока действия настоящего Договора.

4.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения заключается новый договор на оказание платных медицинских услуг. Без согласия Потребителя, Исполнитель не имеет права предоставлять дополнительные платные медицинские услуги по настоящему Договору.

4.4. Оплата услуг осуществляется в форме предоплаты.

4.5. Оплата услуг осуществляется путем наличного расчета с применением контрольно-кассовой машины или документа строгой отчетности - бланка-квитанции, утвержденной Письмом Минфина РФ от 20.04.95 г. №16-00-30-33.

5. Ответственность сторон

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье.

5.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Потребителем условий настоящего Договора.

6. Срок действия Договора, порядок изменения и расторжения

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до фактического выполнения обязательств, принятых Сторонами по настоящему Договору.

6.2. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме нового Договора. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.

6.3. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Потребителя от получения медицинских услуг, оформляется в письменной форме, Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

6.4. Настоящий Договор, может быть, расторгнут по инициативе Исполнителя в установленном законом порядке.

7. Заключительные положения

7.1. Договор на оказание медицинских услуг заключён в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

8. Юридические адреса и банковские реквизиты и подписи Сторон

Исполнитель

СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 112»
195427, Санкт-Петербург, ул. Ак. Байкова д.25, к.1
ИНН 7804009870 КПП 780404001 ОГРН 1037808001065
Комитет Финансов Санкт-Петербурга, г. Санкт-Петербург (СПб ГБУЗ
«Городская поликлиника №112» л/с 0511006) Северо-Западное ГУ Банка
России г. Санкт-Петербург р/с 40601810200003000000
БИК 04403001 Код дохода 849 0000000000000130

Заказчик

Ф.И.О. [fio2]
Адрес [address]
Паспорт [p_ser] [p_num] выдан [p_iss] [p_date] г.

ВРИО Заведующего платным отделением
СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 112»

(подпись)

/ Коротков Ю. С./
М.П.

СОГЛАСИЕ СУБЪЕКТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ НА ОБРАБОТКУ ЕГО ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Ф.И.О. субъекта персональных данных: [fio3] Адрес регистрации: [address1]

Паспорт Серия [p_ser1] номер [p_num1] и дата выдачи: [p_date1] Орган, выдавший документ: [p_iss1]

Даю согласие СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №112» (далее – Оператор), расположенному по адресу: Санкт-Петербург ул.Ак. Байкова 25 на обработку моих персональных данных для осуществления медико-профилактических целей, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицами, профессионально занимающимися медицинской деятельностью и обязанными в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну по следующему перечню персональных данных: фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), пол, дата рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, дата регистрации, страховой номер индивидуального лицевого счета, номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица, анамнез, диагноз, сведения об организации, оказавшей медицинские услуги, вид оказанной медицинской помощи, условия оказания медицинской помощи, сроки оказания медицинской помощи, объем оказанной медицинской помощи, результат обращения за медицинской помощью, серия и номер выданного листа нетрудоспособности (при наличии), сведения об оказанных медицинских услугах, примененные стандарты медицинской помощи, сведения о медицинском работнике или медицинских работников, оказавших медицинскую услугу. Предоставляю Оператору право осуществлять ведение персонализированного учета при осуществлении медицинской деятельности. В случае, если Оператор поручит обработку персональных данных другому лицу, ответственность перед субъектом персональных данных за действия указанного лица несет Оператор. Лицо, осуществляющее обработку персональных данных по поручению Оператора, несет ответственность перед Оператором.

Даю согласие субъекта персональных данных на обработку моих персональных данных в течение срока хранения медицинской карты амбулаторного больного (форма медицинской документации №025/у) – двадцать пять лет. Оставляю за собой право отозвать согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных посредством составления соответствующего письменного заявления, которое будет вручено лично под расписку представителю Оператора или направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении.

«[DD2]» [MM2] 20[YY2]г. Субъект персональных данных [fio4] / _____

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ВЫПОЛНЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ, НЕ ВКЛЮЧЕННЫХ В ПЕРЕЧЕНЬ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ, НА КОТОРЫЕ ГРАЖДАНЕ ДАЮТ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ
СОГЛАСИЕ ПРИ ВЫБОРЕ ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ
ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

Я, _____, _____ года рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении «Городская поликлиника №112» доверяю Врачу и его коллегам (ФИО врача):

_____ выполнить следующие медицинские вмешательства/медицинские мероприятия: _____

_____ Мне в доступной форме разъяснены и понятны цели медицинских вмешательств/медицинских мероприятий, связанный с ними риск, а также предполагаемые их результаты, получены рекомендации.

Я уведомлен (а) о необходимости поставить в известность врача обо всех проблемах связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об иных факторах, воздействующих на меня (представляемого), о принимаемых лекарственных средствах, алкоголя и токсических веществ.

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата _____