

ДОГОВОР № _____
оказания платных медицинских услуг

г. Санкт-Петербург

Дата _____

СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №54», (свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ серия 78 № 01266188 от 13.08.2002, выдано ИМНС РФ по Калининскому району Санкт-Петербурга; государственная лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-78-01-010569 от 28.01.2020 г., выдана Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга по адресу: 191023, г. Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая, д. 1, тел. 314-04-43), в лице главного врача Савинцева Романа Витальевича, действующего на основании Устава (далее – Исполнитель), с одной стороны и гражданин _____ ФИО заказчика _____ (далее – Заказчик), с другой стороны заключили настоящий договор (далее – Договор) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему Договору Исполнитель обязуется оказать Пациенту _____ ФИО пациента _____, а Заказчик оплатить следующие платные медицинские услуги согласно Приложению № 2 к настоящему Договору, далее «платные медицинские услуги».

2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

2.1. Исполнитель в соответствии с п.1.1 настоящего Договора оказывает платные медицинские услуги в помещении СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №54» по адресам: г. Санкт-Петербург, ул. Васенко, д.9; ул. Комсомола, дом 14; пр. Кондратьевский д. 25.; пр. Кондратьевский, д. 83/1; пр. Пискаревский, д.12; ул. Федосеевко, д.16 в соответствии с графиком работы учреждения.

2.2. Заказчик ознакомлен с Прейскурантом Исполнителя, действующим на момент заключения договора.

2.3. В момент подписания настоящего договора Заказчик ознакомлен с перечнем работ (услуг), отраженным в лицензии на медицинскую деятельность (приложение №1).

2.4. Заказчик (пациент) до заключения Договора уведомлен 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 ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

2.5. Заказчик (пациент) информирован о режиме работы Исполнителя, о методах обследования и лечения, возможности развития осложнений при проведении сложных лечебно-диагностических манипуляций или операций. Заказчик (пациент) подробно информирован об объеме медицинской помощи, предусмотренной в Программе государственных гарантий бесплатной медицинской помощи населению на территории Санкт-Петербурга. Заказчик своей волей выражает согласие на оказание платной медицинской помощи вне порядка и условий, установленных территориальной Программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи в Санкт-Петербурге, утвержденной распоряжением Правительства Санкт-Петербурга.

Ознакомлен, уведомлен, согласен: _____ дата _____.

2.6. Заказчик подписывает Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг и заключение договора оказания платных медицинских услуг (Приложение № 3), являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.

3. ЦЕНА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Общая стоимость оказываемых платных медицинских услуг составляет: Сумма руб _____
(сумма прописью)

3.2. Заказчик осуществляет оплату:

- путем внесения наличных денежных средств (эквайринг) с применением ККТ;
- путем перевода причитающихся Исполнителю сумм на его лицевой счет.

3.3. Исполнитель обязан выдать Заказчику документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

3.4. Возврат денежных средств, неизрасходованных (частично или полностью) в процессе оказания услуг, осуществляется в безналичном порядке на расчетный счет Заказчика в течение 30 календарных дней.

4. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Исполнитель обязан обеспечить:

- Соответствие предоставляемых платных медицинских услуг лицензии учреждения и требованиям, предъявленным к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ.

- Информацией о режиме работы Исполнителя, об объеме и порядке получения медицинской помощи, предусмотренной Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи в Санкт-Петербурге, перечне платных услуг с указанием стоимости по прейскуранту, условиях их получения.

- Информирование пациента о методах обследования и лечения, возможности развития осложнений при проведении сложных лечебно-диагностических манипуляций или операций, выдавать в случае необходимости, листок нетрудоспособности или выписную справку.

4.2. Исполнитель обязуется хранить информацию, содержащуюся в медицинских документах пациента в тайне (врачебная тайна), и не предоставлять ее третьим лицам, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

4.2. Заказчик обязан:

- Оплатить предоставленную услугу на условиях Договора.

4.3. Пациент обязан:

- Сообщить все сведения о состоянии своего физического и психического здоровья, перенесенных заболеваниях, наследственности, непереносимости лекарственных препаратов и прочие необходимые сведения для выбора метода лечения и предоставления побочных реакций или осложнений при оказании медицинской помощи.

- Выполнять требования медицинского персонала, обеспечивающие безопасность и качественное предоставление медицинской услуги, включая выполнение рекомендаций лечащего врача, соблюдать распорядок дня медицинских учреждений Исполнителя, правила санитарно-эпидемиологического режима, технику безопасности и противопожарной безопасности.

5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ ОТНОШЕНИЙ СТОРОН

5.1. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения пациента за медицинской помощью, сведения о состоянии его здоровья, диагноз, персональные данные заказчика (пациента), в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.2. В целях исполнения настоящего Договора, Заказчик (пациент) дает свое согласие на обработку, сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, (общее описание вышеуказанных способов обработки данных приведено в Федеральном законе от 27.07.2006 № 152-ФЗ), на передачу такой информации третьим лицам, в случаях, установленных нормативными документами вышестоящих органов и законодательством, а именно: фамилия, имя, отчество; дата

рождения; паспортные данные; данные страхового медицинского полиса; адрес места регистрации и проживания; контактный телефон (домашний, сотовый), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в целях оказания медицинских услуг, ведения внутреннего учета Исполнителя. Ответственный за обработку персональных данных в учреждении (оператор ЭВМ) вправе осуществлять действия с поименованными в согласии персональными данными путем автоматизированной обработки и обработки без использования средств автоматизации.

5.3. Представитель дает согласие Оператору ГИС ЕИАСБУ (Комитет финансов Санкт-Петербурга, адрес: 191144, Санкт-Петербург, Новгородская ул., д. 20, литера А) на обработку своих и пациента персональных данных в ГИС ЕИАСБУ.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН, ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнения настоящего Договора в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.2. Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком (пациентом) за нарушение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, вреда здоровью и жизни пациента.

6.3. При нарушении Исполнителем сроков, качества оказания медицинских услуг Заказчик (пациент) вправе:

- назначить новый срок оказания услуги;

- расторгнуть Договор, с возмещением расходов в установленном законом порядке.

6.4. В случае невозможности выполнения услуг по вине Заказчика (пациента), услуги подлежат оплате в фактическом оказанном Исполнителем объеме, если иное не предусмотрено законом.

6.5. В отношении услуги (работы), на которую установлен гарантийный срок, Исполнитель отвечает за ее недостатки, если не докажет, что они возникли после принятия услуги (работы) Заказчиком (пациентом) вследствие нарушения им правил использования результата услуги (работы), действий третьих лиц или непреодолимой силы.

6.6. При нарушении пациентом требований п. 4.3. Договора, Исполнитель может досрочно расторгнуть договор в одностороннем порядке, без возмещения стоимости оплаченных и не предоставленных к моменту расторжения услуг, предусмотренных Договором.

6.7. Исполнитель не вправе расторгнуть договор в одностороннем порядке в случае угрозы жизни и здоровья пациента.

6.8. Стороны вправе изменить и/или расторгнуть настоящий Договор по основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации, по решению суда, в соответствии с условиями настоящего Договора.

7. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА НЕПРЕОДОЛИМОЙ СИЛЫ

7.1. Сторона, не исполнившая или ненадлежащим образом исполнившая свое обязательство по настоящему Договору, будет освобождена от ответственности в случае, если такое неисполнение произошло в результате наступления чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств, то есть обстоятельств непреодолимой силы, за наступление которых ни одна из сторон не отвечает (пожары, наводнения, военные действия).

7.2. Обстоятельства непреодолимой силы, указанные в п.7.1. Договора, освобождают сторону от ответственности, если они наступили после заключения договора.

8. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

8.1. Споры между Сторонами по настоящему Договору разрешаются в сроки, установленные законодательством Российской Федерации с момента получения стороной претензии в письменной форме.

8.2. В случае невозможности урегулировать спор в досудебном (претензионном) порядке, спор передается на рассмотрение в соответствующий суд Российской Федерации.

9. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

9.1. Договор составлен в 2-х (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

9.2. Договор вступает в силу с момента его подписания обеими сторонами и действует до исполнения сторонами всех условий договора.

9.3. Заказчик (пациент) информирован с порядком и правилами предоставляемых услуг и дает свое согласие персоналу Исполнителя на их реализацию.

Приложения:

1. Приложение № 1 – Перечень работ и услуг, отраженных в лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-78-01-010569 от 28.01.2020 г.

2. Приложение № 2 – Перечень, стоимость платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с Договором, сроки их предоставления.

3. Приложение №3 - Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг и заключение договора оказания платных медицинских услуг.

10. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА, БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

«Исполнитель»

СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №54»

Адрес: 195197, Санкт-Петербург, ул. Васенко, д. 9

Тел. 540-70-07

E-mail: p54@zdrav.spb.ru

Банковские реквизиты:

ИНН 7804006904 КПП 780401001

Комитет финансов Санкт – Петербурга

СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №54»

Лицевой счет № 0511002

ОГРН 1027802484181 ОКАТО 40273563000 ОКТМО 40330000

ОКПО 44272656 ОКОГУ 49003 ОКВЭД 86.21 ОКФС 13 ОКПФ

20903

р/с 406 018 102 0000 3 0000000 в Северо-Западное ГУ Банка России

г. Санкт – Петербург

БИК 04403001

Главный врач _____ / Р.В. Савинцев

»Заказчик«

Ф.И.О. _____

Паспорт: серия _____ № _____

Выдан: _____

Дата рождения: _____

СНИЛС _____

Адрес проживания: _____

Телефон: _____

Заказчик: _____

к Договору № _____ от _____

Перечень работ и услуг, отраженных в лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-78-01-010569 от 28.01.2020 г.

Работы (услуги) выполняемые: при осуществлении доврачебной медицинской деятельности: лабораторной диагностике, медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым), медицинскому массажу, общей практике, рентгенологии, сестринскому делу, физиотерапии, функциональной диагностике, вакцинации (проведению профилактических прививок), стоматологии, стоматологии ортопедической, акушерскому делу.

- при осуществлении первичной медико-санитарной помощи по: аллергологии и иммунологии, инфекционным болезням, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, лечебной физкультуре и спортивной медицине, неврологии, общей практике (семейной медицине), оториноларингологии, офтальмологии, рентгенологии, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, ультразвуковой диагностике, эндокринологии, вакцинации, гастроэнтерологии, пульмонологии, эндоскопии, травматологии и ортопедии,
- при осуществлении специализированной медицинской помощи по: аллергологии и иммунологии, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, лечебной физкультуре и спортивной медицине, медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), неврологии, оториноларингологии, офтальмологии, рентгенологии, стоматологии терапевтической, терапии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, экспертизе на право владения оружием, экспертизе профпригодности, эндокринологии, мануальной терапии, медицинской реабилитации, психотерапии, рефлексотерапии, травматологии и ортопедии, гастроэнтерологии, колопроктологии, пульмонологии, эндоскопии, онкологии, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, диетологии, гериатрии, нефрологии, ортодонтии, профпатологии, ревматологии, сердечно-сосудистой хирургии, стоматологии общей практики, по акушерству и гинекологии.
- при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: общей врачебной практике (семейной медицине); терапии; специализированной медико-санитарной помощи по: кардиологии, неврологии, офтальмологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии, пульмонологии, гастроэнтерологии, онкологии, акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий).

Приложение № 2

к Договору № _____ от _____

Перечень, стоимость платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с Договором, сроки их предоставления.

№п/п	Код услуги	Наименование услуги	Срок исполнения	Стоимость	Кол-во	Сумма
1						
2						

ИТОГО: Сумма руб (сумма с прописью):

Заказчик: _____

Дата _____

**Информированное добровольное согласие
на получение платных медицинских услуг и заключение договора оказания платных медицинских услуг**

(ст.84 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановление правительства РФ от 04.10.2012г. №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»).

Я, гражданин(ка) _____

(ФИО заказчик, дата рождения, (прописывается полностью), паспортные данные, СНИЛС, адрес проживания)

до получения платной медицинской услуги в СПб ГБУЗ ГП №54 и до заключения договора оказания платных медицинских услуг в доступной для меня форме, проинформирован(а) о нижеследующем:

— о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы, в рамках реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в СПб ГБУЗ ГП №54;

-о перечне платных медицинских услуг, предоставляемых СПб ГБУЗ ГП №54 (Исполнитель), о ценах на платные услуги, условиях, форме и порядке их предоставления и оплаты;

-о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, уровне их профессионального образования и квалификации;

-мне предоставлена вся необходимая информация об учреждении, в том числе, о режиме работы учреждения, графике работы медицинских работников;

- я предупрежден(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- я информирован (а), что отказ потребителя от заключения договора оказания платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы ОМС.

- мною добровольно, своей волей и в своем интересе, без какого-либо принуждения, выбраны виды платных медицинских услуг, которые я хочу получить в СПб ГБУЗ ГП №54, я ознакомлен (-а) с действующим прейскурантом на платные медицинские и иные платные услуги в СПб ГБУЗ ГП №54 и согласен(-на) их оплатить в соответствии с ним.

Я, получив полную информацию о возможности и условиях оказания пациенту бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС, хочу воспользоваться своим правом на получение платных медицинских и иных услуг, даю свое согласие на их получение и готов (а) их оплатить.

Я удостоверяю, что текст настоящего информированное согласия мною прочитан, его положения мне понятны, я даю свое согласие на получение и оплату платных медицинских услуг в СПб ГБУЗ ГП №54 и на заключение договора оказания платных медицинских услуг.

_____ / ФИО

Дата ____ . ____ . ____ г.