Договор на оказание платных медицинских услуг в амбулаторных условиях

г. Петропавловск-Камчатский «___» _____20___г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Камчатского края «Петропавловск-Камчатская городская детская поликлиника № 2» (далее ГБУЗ КК ПК ГДП № 2), ОГРН № 1024101037730 ИНН 4101066527, расположенное по адресу: 683 013, Камчатский край, г. Петропавловск-Петропавловск, ул. Океанская, д. 123, , Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01025-41/00364119, действующая с 08.06.2019 - бессрочно, выдана Министерством здравоохранения Камчатского края, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Казареза Андрея Владимировича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

_____

_____

(фамилия, имя и отчество (при наличии), адрес места жительства/ регистрации, данные документа, удостоверяющего личность, телефон)

действующий(-ая) в интересах несовершеннолетнего

_____

именуемого(-ой) в дальнейшем «**Потребитель», «Законный представитель»** с другой стороны, заключили договор о нижеследующем.

1. Предмет договора

1.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется оказать Потребителю медицинские услуги в ГБУЗ КК ПК ГДП № 2, а Заказчик/Потребитель обязуется оплатить Исполнителю стоимость оказанных медицинских услуг в размере, установленном Прейскурантом медицинских услуг (далее — Прейскурант), утвержденным Исполнителем в установленном порядке, а также в порядке и сроки, установленные настоящим договором. 1.2. Объем и цена оказания медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, содержатся в Перечне медицинских услуг, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора, далее по тексту - Перечень (Приложение№ 1 к Договору).

1.3. При необходимости по требованию Заказчика/Потребителя либо Исполнителя по результатам оказания платных медицинских услуг может быть составлена Смета оказанных медицинских услуг.

1.4. Заказчик/Потребитель имеет возможность получить медицинскую помощь соответствующих видов и объемов без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в сроки и в соответствии с информацией, размещенной в открытом доступе в регистратуре и на сайте Исполнителя по адресу http://pkgdp2.ru.

1.5. Заказчик/Потребитель подтверждает, что при заключении настоящего договора получил от Исполнителя в доступной для него форме полную информацию о возможности и условиях получения Потребителем соответствующих видов и объемов 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, и выразил свое согласие и желание на оказание Потребителю платных медицинских услуг (далее — медицинские услуги) (Приложение № 4 к Договору)

1.6. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

1.7. Платные медицинские услуги предоставляются Потребителю Исполнителем в порядке и на условиях, определенных законодательством РФ, а также в соответствии с требованиями, предъявляемыми к стандарту, качеству медицинской помощи и порядку ее оказания.

1.8. Оплата оказания медицинских услуг осуществляется в соответствии с условиями настоящего договора. Заказчик/Потребитель ознакомлены с Прейскурантом, находящемся в открытом доступе в регистратуре и на сайте Исполнителя по адресу **http://pkgdp2.ru** , до подписания настоящего договора.

1.9. Подписывая настоящий Договор, Заказчик/Потребитель выражает свое желание получить медицинские услуги на платной основе.

1.10. Медицинские услуги предоставляются по адресу местонахождения Исполнителя: 6830013, Камчатский край, г. Петропавловск-Петропавловск, Океанская,123.

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Предоставлять Заказчику /Потребителю доступную и достоверную информацию об оказываемой медицинской помощи.

2.1.2. Заказчик в праве получать информацию от Исполнителя о Потребителе, только с письменного согласия Потребителя, заверенного Исполнителем или нотариусом.

2.1.3. Обеспечить своевременное оказание Потребителю медицинских услуг, фиксируя их объем, сроки и стоимость в Перечне к настоящему договору и дополнительных соглашениях к договору с подписанием Сторонами.

2.1.4. Оказывать Потребителю медицинские услуги надлежащего качества, с использованием современных методов диагностики в полном объеме в соответствии с настоящим договором.

2.1.5. Исполнитель предоставляет Потребителю (законному представителю Потребителя) по его требованию и интересующую, касаемо оказания платных медицинских услуг Исполнителем, его информацию в доступной для него форме.

2.1.6. Проинформировать Заказчика и Потребителя о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении медицинских услуг, о конкретном медицинском работнике, предоставляющем медицинские услуги (его профессиональном образовании и квалификации), о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи, возможных осложнениях и рисках предстоящих медицинских процедур и вмешательств, а также о возможности наступления неблагоприятных последствий при невыполнении Потребителем указаний и рекомендаций специалистов (медицинских работников) Исполнителя.

2.1.7. Вести медицинскую документацию Потребителя, соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их предоставления. 2.1.8. Информировать Заказчика и Потребителя путем размещения информации на официальном сайте в сети «Интернет», а также на информационных стендах Исполнителя о режиме работы Исполнителя, правилах внутреннего распорядка, о имеющейся лицензии, о перечне оказываемых услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг.

2.1.9. Информировать Заказчика и Потребителя о стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги, путем размещения на сайте исполнителя http://pkgdp2.ru ссылок на "Официальный интернет-портал правовой информации" (www.pravo.gov.ru) и официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации, на котором размещен рубрикатор клинических рекомендаций, а также путем размещения указанных ссылок на информационных стендах.

2.1.10. По окончании оказания медицинских услуг выдать Заказчику/ Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов) без взимания платы. По письменному заявлению Заказчика/Потребителя знакомить его с медицинской документацией, в порядке, предусмотренном действующим законодательством и локальными нормативными актами Исполнителя.

2.1.11. Соблюдать в течение всего срока исполнения настоящего договора права Заказчика. Потребителя определенные законодательством Российской Федерации.

2.1.12. Обеспечивать в соответствии с законодательством Российской Федерации режим конфиденциальности и врачебной тайны, обеспечения защиты прав и свобод Заказчика/Потребителя при обработке персональных данных, а также соблюдение правил медицинской этики и деонтологии.

2.2. Обязанности Заказчика, Потребителя.

2.2.1. Потребитель обязуется предоставить Исполнителю полную информацию, касающуюся состояния его здоровья (анамнез жизни и болезни, аллергологический анамнез, сведения о перенесенных заболеваниях и травмах). Исполнитель вправе отказать в оказании медицинских услуг в случае выявления у Потребителя противопоказаний к проведению соответствующих медицинских мероприятий.

2.2.2. Потребитель обязуется соблюдать и выполнять все назначения и рекомендации специалистов (медицинских работников) Исполнителя, незамедлительно ставить в известность специалистов Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

2.2.3. Заказчик/Потребитель обязуется оплачивать стоимость медицинских услуг, предусмотренных Перечнем и дополнительными соглашениями к договору, согласно Прейскуранту, в сроки и в порядке, определенном разделом 3 настоящего договора.

2.2.4. Потребитель обязуются давать информированные добровольные согласия в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации, в том числе, на медицинские вмешательства, письменное согласие на обработку персональных данных по формам, утвержденным Исполнителем.

2.2.5. Заказчик обязуется давать письменное согласие на обработку персональных данных по формам утвержденным Исполнителем.

2.2.6. Заказчик/Потребитель обязуются соблюдать правила внутреннего распорядка Исполнителя, правила гигиены, правила техники безопасности и пожарной безопасности, запреты и нормы, установленные законодательством Российской Федерации.

2.2.7. Заказчик/Потребитель обязуются бережно относиться к имуществу Исполнителя. В случае причинения ущерба имуществу Исполнителя, возместить причиненный ущерб, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. Отказаться от оказания услуг, являющихся предметом настоящего Договора, в случае обнаружения нецелесообразности их исполнения: в случае невыполнения Потребителем рекомендаций медицинского работника, непосредственно оказывающего услуги; в случае грубого и систематического нарушения Потребителем правил внутреннего распорядка, игнорирования рекомендаций медицинского работника, оказывающего медицинские услуги и нарушения правил поведения; если требования Заказчика и/или Потребителя не соответствуют требованиям технологий и могут вызвать нежелательные последствия для Потребителя; при наличии противопоказаний для Потребителя; при нарушении Заказчиком/Потребителем иных обязанностей, указанных в настоящем Договоре.

2.3.2. Запрашивать у Заказчика/Потребителя сведения и дополнительные документы, и их копии (в том числе, в случае предыдущего лечения в других медицинских организациях), необходимые для эффективного лечения.

2.4. Заказчик/Потребитель имеют право:

2.4.1. Если Заказчик и Потребитель разные лица, то Заказчик имеет право получать информацию о состоянии здоровья, о ходе обследования и лечения только с письменного согласия Потребителя, заверенного Исполнителем или нотариусом.

2.4.2. Получать информацию о состоянии здоровья, о ходе обследования и лечения результатах исследований.
2.4.3. Решать вопрос о порядке предоставления конфиденциальной информации о Потребителе третьим лицам.
2.4.4. Получить полную и понятную информацию об оказываемых медицинских услугах и их стоимости.
2.4.5. Получить от Исполнителя полную и понятную информацию о возможности получения медицинских услуг в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, территориальной или целевой программами.
2.4.6. Получить от Исполнителя сведения о лицензии Исполнителя, квалификации, образовании специалистов, оказывающих платные медицинские услуги.
2.4.7. При отказе Потребителя от дальнейшего исполнения Договора, Заказчик /Потребителя обязан оплатить выполненные Исполнителем услуги/понесенные затраты.
2.4.8. Получить у Исполнителя (по требованию) смету на предоставляемые медицинские услуги.
2.4.9. Ознакомиться в регистратуре Исполнителя или на сайте Исполнителя http://pkgdp2.ru с перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, стандартами и Порядками оказания медицинской помощи, получить копию Лицензии Исполнителя.
2.4.10. Заказчик/ Потребитель имеет право получать социальные налоговые вычеты в сумме, уплаченной в налоговом периоде за услуги по лечению, предоставленные Потребителю Исполнителем.
2.4.11. По обращению Заказчика, Исполнитель выдает следующие документы, подтверждающие фактические расходы потребителя и (или) заказчика на оказанные медицинские услуги и (или) приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения:
а) копия договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения);
б) справка об оплате медицинских услуг по установленной форме.

3. Стоимость, цена и объем медицинских услуг. Порядок расчетов.

3.1. Цена договора составляет _____
(сумма прописью)
3.2. Перечень оформляется при обращении Заказчика /Потребителя за платными медицинскими услугами и является неотъемлемой частью настоящего Договора. Перечень к договору подписывается обеими Сторонами. Услуги, указанные в Перечне к договору, считаются выполненными, если по ним не осуществлен возврат денежных средств Заказчику /Потребителю.
3.3. Платные медицинские услуги могут предоставляться Исполнителем в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо в виде отдельных медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи в амбулаторных условиях.
3.4. Цена медицинских услуг по настоящему договору определяется Прейскурантом, утвержденным Исполнителем в установленном законом порядке, действующим на дату оплаты медицинских услуг.
3.5. Оплата медицинских услуг производится путем внесения денежных средств Заказчиком /Потребителем в кассу Исполнителя в размере 100% предоплаты с выдачей Заказчику /Потребителю контрольно-кассового чека и Перечня к договору, подтверждающих произведенную оплату медицинских услуг.
3.6. Возврат денежных средств Заказчику /Потребителю производится на основании заявления Заказчика /Потребителя в соответствии с кассовой дисциплиной Исполнителя в случае отказа Заказчика /Потребителя от услуги, невыполнения Услуги Исполнителем, изменения объема медицинских услуг, досрочного расторжения договора, в случае возникновения форс-мажорных обстоятельств, приведших к невозможности оказания услуги Исполнителем - при условии, если услуга уже оплачена.
3.7. В случае изменения объема оказанных Заказчику /Потребителю медицинских услуг или досрочного расторжения настоящего договора, производится перерасчет суммы, предназначенной к оплате в соответствии с Приложениями к настоящему договору.
3.8. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика /Потребителя.
3.9. В случае изменения объема медицинской помощи оказанных Заказчику /Потребителю медицинских услуг, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи и необходимости осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта. Заключается новый договор на оказание платных медицинских услуг в амбулаторных условиях.

4. Порядок предоставления медицинских услуг

4.1. Исполнитель приступает к оказанию медицинских услуг с момента оплаты медицинских услуг Заказчиком/ Потребителем. Результаты лабораторных исследований выдаются Потребителю по готовности, в соответствии со сроками, указанными в Прейскуранте на медицинские услуги.
4.2. Медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан (Приложение №6 к настоящему Договору).
4.3. Медицинские услуги предоставляются по согласованию даты и времени оказания услуги в Регистратуре Исполнителя.
4.4. Информация о медицинском работнике Исполнителя, оказывающем медицинские услуги в т.ч. фамилия, имя, отчество, должность, ученая степень в доступной форме доводится Исполнителем до Заказчика/ Потребителя при регистрации Потребителя до начала оказания медицинских услуг.
4.5. Объем медицинских услуг, оказываемых Заказчику /Потребителю в амбулаторных условиях, их общая стоимость и срок оказания, содержатся в акте сдачи-приема оказанных медицинских услуг (Приложение № 2 к Договору).

5. Ответственность сторон

5.1 За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.
5.2 Исполнитель несет ответственность за качество выполненных медицинских услуг, достаточных и адекватных состоянию Потребителя на момент обращения.
5.3 Исполнитель не несет ответственности за результаты и качество оказания медицинских услуг в случаях несоблюдения Потребителем требований и рекомендаций; возникновения осложнений по вине Потребителя (невыполнение Потребителем рекомендаций медицинских работников, оказывающих медицинские услуги; несвоевременное сообщение Потребителем /Заказчиком о возникших изменениях в состоянии его здоровья и т.п.);
5.4 Исполнитель не несёт ответственности за осложнения, наступившие в результате несоблюдения Потребителем рекомендаций медицинских работников Исполнителя, травм и осложнений, полученных Потребителем при оказании Потребителю медицинских услуг другими организациями.
5.5 В случае невозможности выполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Потребителя/Заказчика, в том числе при не соблюдении Потребителем рекомендаций медицинских работников Исполнителя, нарушения правил внутреннего распорядка и правил поведения, и др., стоимость фактически оказанных медицинских услуг подлежит оплате в полном объеме.
5.6 Заказчик/Потребитель несет ответственность за своевременность и полноту оплаты медицинских услуг, предоставленных Потребителю.
5.7 Исполнитель не несет ответственности за денежные средства, ценности, документы и имущество Заказчика/ Потребителя.
5.8 Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием непреодолимой силы или других форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки, принятие компетентными органами решений и т.п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

6. Конфиденциальность

6.1. Стороны принимают на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

7. Качество медицинских услуг

7.1. Качество оказания медицинских услуг по настоящему договору определяется соблюдением требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.
7.2. Заказчик /Потребитель уведомлен и согласен, что Исполнитель не гарантирует наступление положительного результата от оказанной медицинской услуги в связи с тем, что результат медицинской помощи носит нематериальный характер, выражается в определенном состоянии здоровья и его наступление зависит, в том числе от обстоятельств, не зависящих от Исполнителя (реакции организма Потребителя на лечение, улучшение/ухудшение патологических процессов, отторжение и др.).
7.3. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Заказчиком/ Потребителем по вопросу качества оказания медицинских услуг спор между сторонами рассматривается Врачебной комиссией Исполнителя.

8. Сроки действия договора

8.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до выполнения сторонами обязательств, принятых согласно Приложениям, к настоящему договору, либо до изменения существенных условий настоящего договора.
8.2. Сроки оказания конкретных медицинских услуг определяются Приложениями к настоящему договору, порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, дополнительной договоренностью Сторон согласно п. 4.3. Договора.

9. Порядок изменения и расторжения договора

9.1. Все изменения и дополнения к настоящему договору считаются действительными при условии, что они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями сторон.
9.2. Исполнитель вправе в одностороннем порядке вносить изменения в Прейскурант. Такие изменения доводятся до сведения Заказчика /Потребителя путем размещения соответствующей информации на информационных стендах Исполнителя и официальном сайте Исполнителя в информационной сети Интернет.
9.3. Настоящий договор может быть расторгнут по соглашению сторон, по другим основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.
9.4. До выполнения сторонами обязательств, принятых согласно Приложениям, к настоящему договору, настоящий договор может быть расторгнут в случае отказа Заказчика/Потребителя от получения медицинских услуг. Отказ от получения медицинских услуг оформляется в письменной форме. Исполнитель информирует

Заказчика/Потребителя о расторжении настоящего договора по инициативе Заказчика/Потребителя, при этом последний оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему договору в течении 10 (десяти) рабочих дней.
9.5. В случае временного приостановления деятельности медицинской организации для проведения санитарных, ремонтных и иных мероприятий исполнитель информирует потребителей путем размещения информации на сайте медицинской организации либо в иной доступной форме о дате приостановления деятельности и времени, в течение которого деятельность медицинской организации будет приостановлена.

10.Порядок разрешения споров

10.1. При предъявлении потребителем и (или) заказчиком требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей" (10 дней).
10.2.В случае если такая информация исполнителем не предоставлена, Потребитель и (или) Заказчик вправе направить обращение (жалобу): - лично (по предварительной записи) с предоставлением документа, удостоверяющего личность; - в письменном виде, почтой на адрес 683 013, Камчатский край, г. Петропавловск-Петропавловск, ул. Океанская,123;
- электронной почтой на адрес dp2sekretar@yandex.ru.
Потребитель и (или) Заказчик может обратиться с жалобой в вышестоящие инстанции и уполномоченные органы.
10.3. Исполнитель доводит до Потребителя и (или) заказчика информацию о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации, путём размещения соответствующей информации на информационных стендах Исполнителя и официальном сайте Исполнителя в информационной сети Интернет.
10.4. Все неурегулированные сторонами споры в рамках исполнения настоящего договора разрешаются в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

11.Прочие условия

11.1. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих равную юридическую силу для Заказчика и Исполнителя, в случае если Заказчик и Потребитель — одно лицо, и в 3-х экземплярах, имеющих равную юридическую силу, если Заказчик и Потребитель — разные лица, по одному для каждой из сторон (Заказчик, Потребитель, Исполнитель). Договор хранится в порядке, определенном законодательством Российской Федерации об архивном деле в Российской Федерации.
11.2. Перечень работ (услуг) составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, указан в Лицензии Исполнителя от 08.06.2019 г. № Л041-01025-41/00364119, выданной Министерством здравоохранения Камчатского края, копия которой находится в доступной форме на информационных стендах в месте осуществления медицинской деятельности, а также размещен на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети Интернет http://pkgdp2.ru.
11.3. Неотъемлемой часть договора являются следующие приложения:
11.3.1. Приложение № 1 «Перечень медицинских услуг»;
11.3.2. Приложение № 2 «Акт сдачи-приема оказанных медицинских услуг»;
11.3.3. Приложение № 3 «Перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность ГБУЗ КК ПК ГДП № 2, в соответствии с лицензией».
11.3.4. Приложение № 4 «Уведомление о возможности получения медицинской помощи без взимания платы в рамках ОМС»
11.3.5. Приложение № 5«Информированное добровольное согласие на получение платных услуг. Информированное согласие на обработку персональных данных. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств».
11.3.6. Приложение № 6 «Смета оказанных услуг (по запросу)».

12.Адреса и реквизиты сторон

Исполнитель: **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Камчатского края «Петропавловск -Камчатская городская детская поликлиника № 2"** 683013 г. Петропавловск-Камчатский, ул. Океанская, д. 123, т. 24-17-67, ф. 24-43-49
Банковские реквизиты:
Казначейский счет
03224643300000003800
Министерство финансов Камчатского края (ГБУЗ КК ПК ГДП № 2, л/с 20386Щ02030)
Единый казначейский счет 40102810945370000031
ОТДЕЛЕНИЕ ПЕТРОПАВЛОВСК-КАМЧАТСКИЙ БАНКА РОССИИ //УФК по Камчатскому краю г. Петропавловск-Камчатский
ИНН 4101066527 КПП 410101001 БИК 013002402

Главный врач _____ А.В. Казарез

М.П.

Потребитель /Законный представитель:
Ф.И.О._____
Паспорт: серия ___ номер _____ выдан _____
_____
Адрес регистрации: _____
_____
Адрес места жительства: _____
_____
СНИЛС_____
Тел. _____
E-mail:_____

_____/_____

Приложение № 1

к Договору на оказание платных медицинских услуг

от «___» _____20__г.

Перечень медицинских услуг к Договору на оказание платных медицинских услуг

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Код услуги	Стоимость медицинской услуги согласно Прейскуранту, за одну единицу (руб.)	Кол-во оказанных услуг (шт.)	Общая стоимость, оказанных медицинских услуг (руб.)
	Итого				

Сумма прописью: _____рублей _____копеек
Без учета НДС (НДС не облагается на основании ст.149 Налогового кодекса Российской Федерации)

Перечень работ (услуг) составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, указан в Лицензии Исполнителя от 08.06.2019 № Л041-01025-41/00364119 выданной Министерством здравоохранения Камчатского края, копия которой находится в доступной форме на информационных стендах в месте осуществления медицинской деятельности, а также размещена на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» http://pkgdp2.ru

Исполнитель: **Потребитель /Законный представитель:**

Главный врач _____ А.В. Казарез Ф.И.О._____

Приложение 2
к Договору об оказании платных медицинских услуг
От «___»_____20___г.

АКТ сдачи-приема оказанных медицинских услуг

г. Петропавловск-Камчатский «____» _____20___г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Камчатского края «Петропавловск-Камчатская городская детская поликлиника № 2» (далее ГБУЗ КК ПК ГДП № 2), ОГРН № 1024101037730 ИНН 4101066527, расположенное по адресу: 683 013, Камчатский край, г. Петропавловск-Петропавловск, ул. Океанская, д. 123, , Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01025-41/00364119, действующая с 08.06.2019 - бессрочно, выдана Министерством здравоохранения Камчатского края, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Казареза Андрея Владимировича, действующего на основании Устава с одной стороны и «Заказчик» действующий(-ая) от своего имени и в интересах «Потребителя/пациента», с другой стороны, совместно Стороны составили настоящий Акт сдачи-приема оказанных медицинских услуг (далее - Акт) о нижеследующем:

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Код услуги	Стоимость медицинской услуги согласно Прейскуранту, за одну единицу (руб.)	Кол-во оказанных услуг (шт.)	Общая стоимость, оказанных медицинских услуг (руб.)	Медицинский работник, ФИО
	Итого					
Сумма прописью: _____рублей _____копеек Без учета НДС (НДС не облагается на основании ст.149 Налогового кодекса Российской Федерации)						

Вышеперечисленные платные медицинские услуги, оказанные пациенту в период лечения в амбулаторных условиях оказаны Исполнителем своевременно, в необходимом объеме, в количестве, установленном Перечнем(-ями) медицинских услуг (Приложение № 1 к Договору) и в соответствии с требованиями, установленными Договором.

2. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет. Оказанными услугами и их качеством удовлетворен.

3. Акт составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу для Заказчика и Исполнителя, в случае если Заказчик и Пациент — одно лицо, и в 3-х экземплярах, имеющих равную юридическую силу.

Исполнитель:

Главный врач _____ А.В. Казарез

М.П.

Потребитель /Законный представитель:

_____/_____

Приложение № 3 к
Договору на оказание платных медицинских услуг от
«___» _____20__г.

Перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность
ГБУЗ КК ПК ГДП № 2, в соответствии с Лицензией № Л041-01025-41/00364119 от 08.06.2019

1000. При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):
при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:
вакцинации (проведению профилактических прививок)
лабораторной диагностике
лечебной физкультуре
медицинской статистике
медицинскому массажу
рентгенологии
сестринскому делу в педиатрии
физиотерапии
функциональной диагностике
при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:
вакцинации (проведению профилактических прививок)
организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии
педиатрии
при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по:
педиатрии
при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:
акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)
аллергологии и иммунологии
гастроэнтерологии
детской кардиологии
детской хирургии
детской эндокринологии
инфекционным болезням
кардиологии
клинической лабораторной диагностике
медицинской реабилитации
неврологии
организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии
ортодонтии
оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации)
офтальмологии
рентгенологии
спортивной медицине
стоматологии детской
стоматологии общей практики
стоматологии терапевтической
стоматологии хирургической
травматологии и ортопедии
ультразвуковой диагностике
функциональной диагностике
эндоскопии
при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по:
аллергологии и иммунологии
гастроэнтерологии
детской кардиологии
медицинской реабилитации
неврологии
1030. При оказании паллиативной медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):
при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях по:
педиатрии
1070. При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по:
экспертизе временной нетрудоспособности
экспертизе качества медицинской помощи
1080. При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по:
медицинским осмотрам профилактическим

Приложение 4
к Договору об оказании платных медицинских услуг
От «___» _____20___г. № ___

УВЕДОМЛЕНИЕ
о возможности получения медицинской помощи без взимания платы в рамках ОМС

Я, _____, _____ г.р., в доступной форме проинформирован(а) исполнителем Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Камчатского края «Петропавловск -Камчатская городская детская поликлиника № 2" о возможности получения соответствующих видов и объемов 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.
Аналогичная медицинская услуга в рамках ОМС может быть оказана в медицинской организации по месту прикрепления пациента

«___» _____ 20____г. _____/_____

УВЕДОМЛЕНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ О НЕСОБЛЮДЕНИИ УКАЗАНИЙ (РЕКОМЕНДАЦИЙ)

В соответствии с пунктом 24 раздела IV Постановления Правительства РФ от 11 мая 2023 г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», государственное бюджетное учреждение здравоохранения Камчатского края «Петропавловск-Камчатская городская детская поликлиника № 2» (далее Исполнитель) настоящим уведомляет Потребителя(Заказчика)_____ 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 Потребителя.

Информацию до заказчика довел _____/_____

Уведомление получил (а) _____/_____

Приложение 5
к Договору об оказании платных медицинских услуг
От «___» _____20___г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ УСЛУГ

Я. _____, являясь законным представителем _____, _____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____ (далее- Пациент), настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в ГБУЗ КК ПК ГДП № 2 (Исполнитель)

При этом Исполнитель в доступной для меня форме:

- ознакомил с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023г. г. № 736);

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

- уведомил о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий оказания медицинской помощи, т.е. по месту жительства (в поликлинике), при наличии полиса обязательного страхования, СНИЛСА и паспорта.

Настоящее соглашение мною прочитано и подписано после проведения разъяснительной беседы и ознакомления с информацией по порядку представления платных медицинских услуг и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

Заказчик V_____ _____ _____

(подпись) (расшифровка подписи) (дата)

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____, являясь законным представителем _____, _____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____ (далее- Пациент), в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27.07.2006, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» подтверждаю своё согласие на обработку моих персональных данных и персональных данных Пациента, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу указанным в настоящем информированном согласии организациям, обезличивание, блокирование, уничтожение ГБУЗ КК ПК ГДП № 2», моих персональных данных и персональных данных Пациента, включающих: фамилию, имя. отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности, в том числе свидетельства о рождении), реквизиты полиса ОМС/ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), место работы, учебы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны (или - при условии, что эта обработка осуществляется лицом, уполномоченным Оператором и обязанным сохранять профессиональную тайну).

Я предоставляю Оператору право осуществлять следующие способы обработки персональных данных: с использованием бумажных носителей, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Я предоставляю Оператору право обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры, регистры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договору ОМС/ДМС, договору оказания платных медицинских услуг; осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой медицинской организацией, организацией - заказчиком медицинских услуг во исполнение своих обязательств по договору ДМС, договору оказания платных медицинских услуг с использованием машинных носителей информации, по защищённому каналу связи и (или) документы на бумажных носителях, с соблюдением мер. обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Я предоставляю Оператору право на обмен (приём и передачу) всеми моими персональными данными со страховыми организациями, территориальным фондом ОМС. министерством здравоохранения Российской Федерации, Федеральным сегментом Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, с использованием машинных носителей или по защищённым каналам связи, с соблюдением мер. обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их приём и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

В процессе оказания Оператором медицинских услуг Пациенту я предоставляю право уполномоченным медицинским работникам передавать мои персональные данные/персональные данные Пациента, в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах обследования, лечения и внутреннего учета Оператора.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения медицинской документации для данной категории больных, и составляет 5 лет. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие действует бессрочно, и может быть отозвано мною путем направления в адрес Оператора соответствующего письменного документа (по почте заказным письмом с уведомлением о вручении) либо путем вручения лично под расписку представителю Оператора. Паспортные данные Заказчика: N_____ №_____ Адрес: _____.

Заказчик V_____ _____ _____

(подпись) (расшифровка подписи) (дата)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ВИДЫ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Я, _____, настоящим даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные 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, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 №390 н (далее -Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь в ГБУЗ КК ПК ГДП № 2 _____, _____ года рождения, а так же на все медицинские вмешательства, перечисленные в п.3. Договора об оказании платных медицинских услуг, заключенных мною с ГБУЗ КК ПК ГДП № 2» от _____._____.20____ № _____.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы обследования и оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств в отношении представляемого, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, и их тяжесть, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств в отношении представляемого, перечисленных в данном информированном согласии и п.3. Договора об оказании платных медицинских услуг, заключенных мною с ГБУЗ КК ПК ГДП № 2», или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне разъяснено, что при необходимости других методов обследования и лечения потребуется подписание отдельного информационного согласия.

Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно, что потребует взятия отдельного информированного согласия.

В соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» информацию о состоянии моего здоровья, диагнозе заболевания, результатах обследования и лечения разрешаю (не разрешаю) сообщать следующим лицам:
1._____2. _____

Заказчик V_____ _____ _____

(подпись) (расшифровка подписи) (дата)

Подпись медицинского работника _____/_____/

Приложение № 6
к Договору на оказание платных медицинских услуг
от «___»_____20__г

Смета оказанных услуг (по запросу)

г. Петропавловск-Камчатский «____» _____20___г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Камчатского края «Петропавловск-Камчатская городская детская поликлиника № 2» (далее ГБУЗ КК ПК ГДП № 2), ОГРН № 1024101037730 ИНН 4101066527, расположенное по адресу: 683 013, Камчатский край, г. Петропавловск-Петропавловск, ул. Океанская, д. 123, , Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01025-41/00364119, действующая с 08.06.2019 - бессрочно, выдана Министерством здравоохранения Камчатского края ,именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Казареза Андрея Владимировича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и _____фамилия, имя и отчество (при наличии), адрес места жительства/ регистрации, данные документа, удостоверяющего личность, телефон в дальнейшем совместно Стороны, согласовали настоящий перечень медицинских услуг, устанавливающий стоимость, объем оказываемых Пациенту платных медицинских услуг и срок их оказания.

(Заполняется в случае, если Потребителем является несовершеннолетний)

и _____, именуемый в дальнейшем «Законный представитель», действующий(-ая) в интересах несовершеннолетнего_____
_____ именуемого(-ой) в дальнейшем «Потребитель»

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Код услуги	Стоимость медицинской услуги согласно Прейскуранту, за одну единицу (руб.)	Кол-во оказанных услуг (шт.)	Общая стоимость, оказанных медицинских услуг (руб.)	Медицинский работник, ФИО	Срок (период) оказания медицинской услуги (при наличии)
	Итого						

Сумма прописью: _____рублей _____копеек
Без учета НДС (НДС не облагается на основании ст.149 Налогового кодекса Российской Федерации)

В случае, если Потребитель в день окончания оказания Исполнителем медицинских услуг в амбулаторных условиях не предъявил каких-либо претензий и возражений, то медицинские услуги, оказанные Исполнителям, считаются оказанными в полном объеме и принятыми Потребителем.

Исполнитель:
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Камчатского края «Петропавловск -Камчатская городская детская поликлиника № 2" 683013 г. Петропавловск-Камчатский, ул. Океанская, д. 123, т. 24-17-67, ф. 24-43-49
Банковские реквизиты:
Казначейский счет
03224643300000003800
Министерство финансов Камчатского края (ГБУЗ КК ПК ГДП № 2, л/с 20386Щ02030)
Единый казначейский счет 40102810945370000031
ОТДЕЛЕНИЕ ПЕТРОПАВЛОВСК-КАМЧАТСКИЙ БАНКА РОССИИ //УФК по Камчатскому краю г. Петропавловск-Камчатский
ИНН 4101066527 КПП 410101001 БИК 013002402
Контактный телефон: 84152241436
Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01025-41/00364119, действующая с 08.06.2019 - бессрочно, выдана Министерством здравоохранения Камчатского края.

Потребитель /Законный представитель:
Ф.И.О._____
Паспорт: серия ___ номер _____ выдан _____
_____
Адрес регистрации: _____
_____
Адрес места жительства: _____
_____
СНИЛС_____
Тел. _____
E-mail:_____
_____/_____

Главный врач _____ А.В. Казарез

М.П.

Перечень работ (услуг) составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, указан в Лицензии Исполнителя от 08.06.2019 № Л041-01025-41/00364119 выданной Министерством здравоохранения Камчатского края, копия которой находится в доступной форме на информационных стендах в месте осуществления медицинской деятельности, а также размещена на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» http://pkgdp2.ru