

**ДОГОВОР**  
**на оказание платных медицинских услуг**

г. Северодвинск

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2024 г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Архангельской области «Северодвинская городская детская клиническая больница» (ГБУЗ АО «СГДКБ»), действующее в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность № ЛО41-01152-29/00553324 от 14 августа 2020 г., в лице главного врача Киселевой Ольги Александровны, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и

\_\_\_\_\_, г.р., паспорт \_\_\_\_\_, действующий(ая) в интересах ребенка \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ г.р., именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, совместно именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. В соответствии с настоящим Договором Исполнитель обязуется оказывать Потребителю на возмездной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Потребитель обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых медицинских услуг, а также выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.

1.2. Перечень и стоимость услуг, предоставляемых Потребителю, оговариваются действующим прейскурантом Исполнителя, утвержденном в установленном порядке.

1.3. При исполнении настоящего Договора Стороны руководствуются действующим законодательством РФ, регулирующим предоставление платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями.

1.4. Потребитель ознакомлен с Программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на территории Архангельской области, порядком и условиями её предоставления и подтверждает, что услуги по настоящему Договору оказываются вне рамок данной Программы и являются платными в соответствии с пожеланиями Потребителя.

\_\_\_\_\_  
(подпись Потребителя)

1.5. Потребитель уведомлен о том, что несоблюдение им 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.

\_\_\_\_\_  
(подпись Потребителя)

1.6. Медицинские услуги по настоящему Договору оказываются в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») № ЛО41-01152-29/00553324 от 14 августа 2020 года, выданной министерством здравоохранения Архангельской области (адрес места нахождения: г. Архангельск, просп. Троицкий, д. 49; телефон: (8182) 45-45-00).

**2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**

2.1. Исполнитель оказывает по настоящему Договору следующие медицинские услуги:

\_\_\_\_\_  
в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Исполнителя и доводятся до сведения Потребителя.

2.2. Платные медицинские услуги по настоящему Договору предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя, данного в порядке, установленном [законодательством](#) Российской Федерации об охране здоровья граждан.

2.3. Услуги по настоящему Договору предоставляются Потребителю

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2024 года.

**3. СТОИМОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

3.1. Стоимость услуг, оказываемых по настоящему договору, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом платных медицинских услуг, утвержденным Исполнителем, и составляет \_\_\_\_\_ рублей.

3.2. Потребителю в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

3.3. Расчет за медицинские услуги производится непосредственно после подписания Договора в порядке 100% предоплаты в наличной или безналичной форме в российских рублях.

#### **4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

##### **4.1. Исполнитель обязуется:**

4.1.1. Своевременно и качественно оказывать услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

4.1.2. В своей деятельности по оказанию медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.

4.1.3. Обеспечить Потребителя в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

4.1.4. Обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию медицинских услуг силами собственных специалистов и/или сотрудников медицинских учреждений, имеющих с Исполнителем договорные отношения.

4.1.5. Предоставлять Потребителю кассовый чек или иной бланк строгой отчетности, подтверждающие прием наличных денежных средств.

##### **4.2. Исполнитель имеет право:**

4.2.1. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе, не предусмотренных настоящим Договором.

##### **4.3. Потребитель обязуется:**

4.3.1. Надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Потребителем настоящего Договора.

4.3.2. Произвести оплату за медицинские услуги в полном объеме в день оказания медицинской услуги.

4.3.3. Соблюдать правила внутреннего распорядка для пациентов, в том числе, правила санитарно-эпидемиологического режима, техники безопасности и противопожарной безопасности.

4.3.4. Своевременно предоставлять лечащему врачу достоверную информацию о своих жалобах, перенесенных заболеваниях, обращениях за медицинской помощью, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях и другую необходимую для проведения лечебного процесса информацию.

##### **4.4. Потребитель имеет право:**

4.4.1. На получение квалифицированных медицинских услуг.

4.4.2. Знакомиться с лицензией и сертификатами, имеющими отношение к оказываемой медицинской услуге.

4.4.3. На получение информации о состоянии здоровья в соответствии со ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4.4.4. На получение выписки из медицинских документов, касающихся Потребителя.

4.4.5. На отказ от диагностической процедуры и медицинского вмешательства.

4.4.6. На отказ от исполнения настоящего Договора при условии оплаты Исполнителю стоимости фактически оказанных медицинских услуг и других понесенных затрат.

#### **5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

5.1. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении.

5.2. С согласия Потребителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Потребителя.

#### **6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

6.1. Исполнитель несет ответственность в размере реального ущерба, причиненного Потребителю неисполнением или ненадлежащим исполнением условий настоящего Договора, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя, в соответствии с законодательством РФ.

6.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Потребителем условий настоящего Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

#### **7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

7.1. Все изменения и дополнения к настоящему Договору действительны, если они совершены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами.

7.2. Расторжение настоящего Договора допускается по соглашению Сторон или по основаниям, предусмотренным гражданским законодательством Российской Федерации.

7.3. При нарушении Потребителем правил внутреннего распорядка, и/или невыполнении врачебных назначений, Исполнитель вправе расторгнуть настоящий Договор в одностороннем порядке. При этом Потребитель обязан оплатить стоимость фактически оказанных услуг и иных реально понесенных Детской больницей затрат.

7.4. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе Потребителя при условии оплаты Исполнителю стоимости фактически оказанных медицинских услуг и других понесенных затрат.

7.5. При расторжении настоящего Договора в соответствии с п. 7.3. и 7.4. настоящего Договора Исполнитель возвращает Потребителю уплаченную сумму за вычетом суммы фактически оказанных услуг и других реально понесенных Исполнителем затрат.

## 8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

8.1. В случае возникновения разногласий по вопросу качества оказания услуги, спор между сторонами рассматривается главным врачом ГБУЗ АО «СГДКБ». В случае не устранения разногласий спор рассматривается клинико-экспертной комиссией ГБУЗ АО «СГДКБ» или в соответствии с действующим законодательством РФ.

8.2. Вся медицинская документация является собственностью Исполнителя, находится на хранении в ГБУЗ АО «СГДКБ» и может быть предоставлена третьим лицам только в соответствии с действующим законодательством РФ.

8.3. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

8.4. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах: по одному для Потребителя и для Исполнителя.

## 9. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

### «ИСПОЛНИТЕЛЬ»

государственное бюджетное учреждение  
здравоохранения Архангельской области  
«Северодвинская городская детская  
клиническая больница»  
164504 Архангельская обл.,  
г. Северодвинск, ул. Ломоносова, 49  
тел./факс (8184)580153; (8184)581922

ОГРН 1022900843239 (Св-во о внесении записи в  
ЕГРЮЛ выдано Межрайонной инспекцией ФНС  
России № 9 по Архангельской области и Ненецкому  
автономному округу; дата внесения записи: 26  
декабря 2002 года; бланк серии 29 № 001909641)

ИНН 2902031265 КПП 290201001  
УФК по Архангельской области  
(ГБУЗ АО «СГДКБ» л/с. 20246У70660)  
ГРКЦ ГУ Банка России по Архангельской области  
Р/с 40601810600001000001  
БИК 041117001

В назначении платежа указать -  
КБК 00000000000000000130 за оказание платной  
медицинской услуги (указать наименование услуги  
и фамилию, имя, отчество потребителя)

### «ПОТРЕБИТЕЛЬ»

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

домашний адрес \_\_\_\_\_

телефон \_\_\_\_\_

Главный врач \_\_\_\_\_ О.А.Киселева

## ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, \_\_\_\_\_, в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях оказания медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ АО «СГДКБ» (далее – Оператор) моих персональных данных (паспортные данные, сведения о месте жительства, данные о состоянии здоровья, реквизиты полиса ОМС (ДМС), а также иные сведения, полученные в ходе моего (моего ребенка) обследования или лечения. Предоставляю право Оператору осуществлять сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу в министерство здравоохранения Архангельской области и медицинские страховые компании, обезличивание, блокирование и уничтожение моих (моего ребенка) персональных данных.