

ДОГОВОР
об оказании возмездных услуг

№ [NUM] от [DAT]г.

СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Праведного Иоанна Кронштадтского», в лице главного врача **Новика Юрия Алексеевича** (далее Исполнитель), с одной стороны и, действующий в интересах пациента [FIO] представитель [FIO_ZAK] (далее – Заказчик) с другой стороны заключили настоящий договор (далее – Договор) о следующем:

I. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

Исполнитель обязуется оказать, а Заказчик – оплатить, по его добровольному желанию, сервисные услуги согласно плану:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость	Количество	Сумма
[T_1]					

ИТОГО: [TOTAL] руб. 00 коп.

II. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ.

- 2.1. Исполнитель в соответствии с п.1 настоящего Договора оказывает услуги в помещении СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Праведного Иоанна Кронштадтского» по адресам: СПб, г. Кронштадт, ул. Газовый Завод, д.3 и структурных подразделениях: СПб, г. Кронштадт, ул. Газовый Завод, дом 1, ул. Комсомола д. 4., ул. Владимирская, д. 48/8 в соответствии с графиком работы учреждения.
- 2.2. Заказчик ознакомлен с Прейскурантом Исполнителя, действующим на момент заключения договора.

Ознакомлен: _____
(Ф.И.О. дата, подпись)

III. ЦЕНА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ.

- 3.1. Сумма оплаты согласно п.1 Договора, составляет: [TOTAL2] руб. ([TOTAL_TEXT])
(сумма прописью)
- 3.2. Услуги оплачиваются заказчиком в размере 100% суммы п. 3.1. Договора в течение срока действия настоящего Договора.
Оплата наличными или с помощью платежных карт, с выдачей чека.

IV. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

- 4.1. Исполнитель обязан предоставить:
- Сервисные услуги в соответствии с п.1 настоящего Договора.
- 4.2. Заказчик обязан:
-Оплатить предоставленные услуги на условиях Договора.
-Выполнять требования по соблюдению режима работы больницы и инструкций по соблюдению правил санитарно-эпидемиологического режима, техники безопасности и противопожарной безопасности.

V. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.

- 5.1. Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком за нарушение условий Договора.
- 5.2. При нарушении Исполнителем условий договора Заказчик в праве:
- Расторгнуть Договор, с возмещением расходов в установленном законом порядке.
- 5.3. При нарушении Заказчиком требований п. 4.2. Договора Исполнитель может досрочно расторгнуть договор в одностороннем порядке, без возмещения стоимости оплаченных и не предоставленных к моменту расторжения услуг, предусмотренных Договором.
- 5.4 Заказчик несет материальную ответственность за порчу имущества, которое числится на балансе Исполнителя.

VI. ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ.

- 6.1.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 обстоятельствах, то есть обстоятельствах непреодолимой силы, за наступление которых ни одна из сторон не отвечает (пожары, наводнения, военные действия).
- 6.2.Обстоятельства непреодолимой силы, указанные в п.7.1. Договора, освобождают сторону от ответственности, если они наступили после заключения договора.

VII. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ ПРЕТЕНЗИОННЫЙ.

Споры, возникшие между сторонами в рамках настоящего договора или в связи с ним, урегулируются сторонами путем переговоров. В случае не достижения согласия сторонами, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

VIII. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

- 8.1. Договор составлен в 2-х (двух) экземплярах, имеющих одинаковую силу.
8.2. Договор вступает в силу с момента его подписания обеими сторонами и действует до исполнения сторонами всех условий договора.
8.3. Заказчик информирован с порядком и правилами предоставляемых услуг и дает свое согласие персоналу больницы на их реализацию.
8.4. Заказчик дает свое разрешение на обработку персональных данных.

IX. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА, БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН.

«Исполнитель»

СПб ГБУЗ «Городская больница
Святого Праведного Иоанна Кронштадтского»
197762, Санкт-Петербург, г. Кронштадт,
ул. Газовый завод, д. 3
ИНН 7818012190 КПП 784301001
л/с 0561018
ОКПО 13810172
ОГРН 1027808868119
ОКАТО 40280501000 ОКТМО 40360000
КБК 00000000000002000130
р/с 03224643400000007200
в Северо-Западном ГУ Банка России // УФК по Санкт-
Петербургу г. Санкт-Петербург
БИК 014030106
ИНН 7806042256 КПП 780601001
Корр. счет 40102810945370000005
Назначение платежа: 130 ПД КФ 90 КЗ 0

Главный врач

_____ Ю.А. Новик
М.П.

«Заказчик»

[FIO_ZAK2]

Паспорт: [DOCTYPE] серия: [DOCSER] № [DOCNUM]

Выдан: [DOCDATE]г. [DOCWHERE]

Дата рождения: [BDATE]г.

Адрес проживания: [ADDRESS]

Пенсионное свидетельство: [SNILS]

ИНН:

Заказчик: _____ (_____)

197762 Кронштадт, ул. Газовый Завод, д.3.
Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга
(СПб ГБУЗ «Городская больница Святого
Праведного Иоанна Кронштадтского», e-mail:
gorbol36@mail.ru
тел: 8 (812) 311-96-62
факс: 8 (812) 435-31-44

_____, _____ г.р.
[FIO1] [BDATE1]
Ф.И.О. пациента дата рождения

Документ, удостоверяющий личность, серия _____, номер _____,
[DOCSER1] [DOCNUM1]

Выдан _____ г.
[DOCWHERE1], [DOCDATE1]г.
кем, дата выдачи паспорта

Телефон, адрес электронной почты:

[PHONE] [EMAIL]

В соответствии с частью 2 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», во исполнение требований пункта 7 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006», до заключения договора оказания медицинских услуг вам разъясняется, что каждый Заказчик, потребитель (пациент) имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа). Вам также разъясняется, что Отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы.

Вышеуказанная информация мне разъяснена в полном объеме и понятна.

_____ (подпись)

Я ознакомлен с тем, что могу получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях на других условиях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной в договоре медицинской услуги именно в данной медицинской организации. Получив от сотрудников СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Праведного Иоанна Кронштадтского» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить. _____ (подпись)

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними прогнозируемые риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». _____ (подпись)

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. No 152-ФЗ «О персональных данных» и ст. 13 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. No 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» подтверждаю свое согласие на обработку и хранение медицинской организацией СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Праведного Иоанна Кронштадтского», моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты медицинского страхового полиса, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг. _____ (подпись)

Я выражаю согласие на получение информационных сообщений по каналам электросвязи (в том числе посредством подвижной радиотелефонной связи) следующими способами доставки: текстовое сообщение (SMS) на указанный мной при оформлении документации в СПб ГБУЗ "Городская больница Святого Праведного Иоанна Кронштадтского" и принадлежащий мне номер мобильного телефона; электронное сообщение на указанный мной при оформлении документации в СПб ГБУЗ "Городская больница Святого Праведного Иоанна Кронштадтского" и принадлежащий мне адрес электронной почты. _____ (подпись)

_____ [SYSDAT1] _____ г.
дата оформления

(подпись)

_____ [FIO2] _____
Ф.И.О (пациент)

_____ [SYSDAT] _____ г.
дата оформления

(подпись)

_____ [CASH] _____
Ф.И.О (представитель больницы)