

ДОГОВОР
об оказании возмездных услуг

№ [NUM] от [DAT]

СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Праведного Иоанна Кронштадтского», зарегистрированное в ЕГРЮЛ 04.07.2013г. Межрайонной ИФНС №15 по Санкт-Петербургу и действующее в соответствии с государственной лицензией на осуществление медицинской деятельности: № ЛО-78-01-009973 от 09.07.2019г., выданной Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга по адресу: 191023, г. Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая, д.1, тел. 314-04-43, постановлением Правительства Российской Федерации №1006 от 04.10.2012г. «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» и Уставом, в лице главного врача **Новика Юрия Алексеевича** (далее Исполнитель), с одной стороны и пациент **[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 и вне порядка и условий Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Санкт-Петербурге, согласно плану медицинских услуг :

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

ИТОГО: [TOTAL] руб. 00 коп.

II. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ.

- 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.
- Заказчик ознакомлен с Прейскурантом Исполнителя, действующим на момент заключения договора.
- Заказчик подробно информирован об объеме медицинской помощи, предусмотренной в Программе государственных гарантий бесплатной медицинской помощи населению на территории Санкт-Петербурга.
- Заказчик 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.

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

III. ЦЕНА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ.

- Сумма оплаты согласно п.1 Договора, составляет: [TOTAL2] руб. ([TOTAL_TEXT])
- 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.

- Исполнитель обязан обеспечить:
 - Соответствие предоставляемых 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 Заказчика 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. Хранить информацию, содержащуюся в медицинских документах заказчика в тайне (врачебная тайна), и не предоставлять ее третьим лицам, за исключением случаев, предусмотренных Законодательством РФ.

- Заказчик обязан:
 - Оплатить предоставленную услугу на условиях Договора.
 - 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, соблюдение режима работы больницы, правил санитарно-эпидемиологического режима, техники безопасности и противопожарной безопасности.

V. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ ОТНОШЕНИЙ СТОРОН.

5.1. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Заказчика за медицинской помощью, сведения о состоянии его здоровья, диагноз, персональные данные Заказчика.

5.2. Заказчик дает свое разрешение на обработку персональных данных.

VI. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.

6.1. Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком за нарушение условий Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики лечения, разрешенным на территории РФ, вреда здоровью и жизни Заказчика.

6.2. При нарушении Исполнителем сроков оказания медицинских услуг Заказчик в праве:

- назначить новый срок оказания услуги

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

6.3. В случае невозможности выполнения услуг по вине Заказчика, услуги подлежат оплате в фактическом оказанном исполнителе объеме, если иное не предусмотрено законом.

6.4. 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.

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

VII. ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ.

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 обстоятельства 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.

VIII. 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.

IX. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

9.1. Договор составлен в 2-х (двух) экземплярах, имеющих одинаковую силу.

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

9.3. Заказчик информирован с порядком и правилами предоставляемых услуг и дает свое согласие персоналу больницы на их реализацию.

X. 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

«Заказчик»

ФИО: [FIO_ZAK2]
Адрес: [ADDRESS]
Документ: [DOCTYPE]
Серия: [DOCSER] номер:[DOCNUM]
Дата выдачи:[DOCDATE]
Кем выдан:[DOCWHERE]
Телефон: [TELEPHONE]
Дата рождения: [BDATE] г.
СНИЛС: [SNILS]
ИНН:

Главный врач

Ю.А. Новик
М.П.

Заказчик: _____ (_____)

197762 Кронштадт, ул. Газовый Завод, д.3.
Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга
(СПб ГБУЗ «Городская больница Святого
Праведного Иоанна Кронштадтского», e-mail:
kassa.gb36@mail.ru
тел: 8 (812) 409-81-33

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

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

Выдан _____ г.
[DOCWHERE1] [DOCDATE1]
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 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». _____ (подпись)

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и ст. 13 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 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)

Информированное согласие на проведение обследования на ВИЧ-инфекцию

Я,

_____ [FIO3] _____, _____ [BDATE3] г.р.
Ф.И.О. пациента дата рождения

настоящим подтверждаю, что на основании предоставленной мне информации, свободно и без принуждения, отдавая отчет о последствиях обследования, принял решение пройти тестирование на антитела к ВИЧ. Для этой цели я соглашаюсь сдать анализ крови.

Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему важно пройти тестирование на ВИЧ, как проводится тест и какие последствия может иметь тестирование на ВИЧ.

Я проинформирован, что:

- тестирование на ВИЧ проводится в Центре СПИД и других медицинских учреждениях. Тестирование по моему добровольному выбору может быть добровольным анонимным (без предъявления документов и указания имени) или конфиденциальным (при предъявлении паспорта, результат будет известен обследуемому и лечащему врачу). В государственных медицинских учреждениях тестирование на ВИЧ проводится бесплатно;
- доказательством наличия ВИЧ-инфекции является присутствие антител к ВИЧ в крови обследуемого лица. Вместе с тем в период между заражением и появлением антител к ВИЧ (так называемое "серонегативное окно", обычно 3 месяца) при тестировании не обнаруживаются антитела к ВИЧ и обследуемое лицо может заразить других лиц;
- ВИЧ-инфекция передается только тремя путями:
 - парентеральный - чаще всего при употреблении наркотиков, но может передаваться также при использовании нестерильного медицинского инструментария, переливании компонентов крови, нанесении татуировок, пирсинге зараженным инструментом, использовании чужих бритвенных и маникюрных принадлежностей;
 - при сексуальных контактах без презерватива;

Результаты тестирования на ВИЧ по телефону не сообщаются. Их сообщает консультант.

Дата: _____ [SYSDAT3]

(подпись обследуемого на ВИЧ)