

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № 1  
К ДОГОВОРУ  
об оказании возмездных услуг

№ [NUM] от [DAT]

СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Праведного Иоанна Кронштадтского», в лице главного врача **Новика Юрия Алексеевича** (далее Исполнитель), с одной стороны и пациент **[FIO\_ZAK]** (далее Заказчик), с другой стороны заключили настоящее Дополнительное соглашение (далее - Дополнительное соглашение) о следующем:

**I. ПРЕДМЕТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО СОГЛАШЕНИЯ**

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 Дополнительного соглашения оказывает услуги в помещении СПб ГУЗ «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 Дополнительного соглашения.

Ознакомлен: \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. дата, подпись)

**III. ЦЕНА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ.**

3.1. Сумма оплаты согласно п.1 Дополнительного соглашения, составляет: [TOTAL2] руб. ( **[TOTAL TEXT]** )  
(сумма прописью)

3.2. Услуги оплачиваются заказчиком в размере 100% суммы п. 3.1. Дополнительного соглашения в течение срока действия настоящего Дополнительного соглашения.

3.3. Оплата наличными, с выдачей квитанции об оплате или с помощью платежных карт, с выдачей чека и квитанции об оплате .

**IV. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.**

4.1. Исполнитель обязан предоставить:

- Сервисные услуги в соответствии с п.1 настоящего Дополнительного соглашения.

4.2. Заказчик обязан:

-Оплатить предоставленные услуги на условиях Дополнительного соглашения.

-Выполнять требования соблюдения 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 Дополнительного соглашения.

5.2. При нарушении Исполнителем условий договора Заказчик в праве:

- Расторгнуть Дополнительное соглашение, с возмещением расходов в установленном законом порядке.

5.3. При нарушении Заказчиком требований п. 4.2. Дополнительного соглашения Исполнитель может досрочно расторгнуть договор в одностороннем порядке, без возмещения стоимости оплаченных и не предоставленных к моменту расторжения услуг, предусмотренных Дополнительным соглашением.

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 Дополнительному соглашению, 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. Дополнительного соглашения, освобождают сторону от ответственности, если они наступили после заключения Дополнительного соглашения.

**VII. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ ПРЕТЕНЗИОННЫЙ.**

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

### VIII. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

- 8.1. Дополнительное соглашение составлено в 2-х (двух) экземплярах, имеющих одинаковую силу.
- 8.2. Дополнительное соглашение 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.

### 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 0000000000002000130  
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»

[FIO\_ZAK2]

Паспорт: серия: [DOCSER] № [DOCNUM]

Выдан: [DOCDATE]г. [DOCWHERE]

Дата рождения: [BDATE]г.

Адрес регистрации: [ADDRESS]

Пенсионное свидетельство: [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](mailto: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)