

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № 1
К ДОГОВОРУ
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 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 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 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.

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 Дополнительного соглашения.

4.2. Заказчик обязан:

-Оплатить предоставленные услуги на условиях Дополнительного соглашения.

-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 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 обстоятельств, 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 Российской Федерации.

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.

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 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

Главный врач

М.П. Ю.А. Новик

«Заказчик»

[FIO_ZAK2]

Паспорт: [DOCTYPE] серия: [DOCSE] № [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:
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)