

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № 1  
К ДОГОВОРУ  
об оказании возмездных услуг

№ [NUM] от [DAT]г.

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 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 и вне порядка и условий Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Санкт-Петербурге, следующие медицинские услуги 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**

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, д. 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.

2.3. Заказчик подробно информирован об объеме медицинской помощи, предусмотренной в Программе государственных гарантий бесплатной медицинской помощи населению на территории Санкт-Петербурга.

2.4. 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.**

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

**IV. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.**

4.1. 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.

4.2. Заказчик обязан:

- Оплатить предоставленную услугу на условиях Дополнительного соглашения.

- 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 Дополнительного соглашения, 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 вправе:  
- назначить новый срок оказания услуги  
- расторгнуть Дополнительное соглашение, с возмещением расходов в установленном законом порядке.  
6.3. В случае невозможности выполнения услуг по вине Заказчика, услуги подлежат оплате в фактическом оказанном Исполнителем объеме, если иное не предусмотрено законом.  
6.4. При нарушении Заказчиком требований п. 4.2. Дополнительного соглашения Исполнитель может досрочно расторгнуть Дополнительное соглашение в одностороннем порядке, без возмещения стоимости оплаченных и не предоставленных к моменту расторжения услуг, предусмотренных Дополнительным соглашением.  
6.5. Исполнитель не вправе расторгнуть Дополнительное соглашение в одностороннем порядке в случае угрозы жизни и здоровью пациента.

## VII. ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ.

- 7.1. 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 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. Дополнительного соглашения, освобождают сторону от ответственности, если они наступили после заключения договора.

## VIII. 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.

## IX. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

- 9.1. Дополнительное соглашение составлено в 2-х (двух) экземплярах, имеющих одинаковую силу.  
9.2. Дополнительное соглашение вступает в силу с момента его подписания обеими сторонами и действует до исполнения сторонами всех условий Дополнительного соглашения.  
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

Главный врач

\_\_\_\_\_  
Ю.А. Новик  
М.П.

### «Заказчик»

ФИО: [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](mailto:kassa.gb36@mail.ru)  
тел: 8 (812) 409-81-33

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

Документ, удостоверяющий личность, серия \_\_\_\_\_ [DOCSER1] \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_ [DOCNUM1] \_\_\_\_\_,

Выдан [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 №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)