ДОГОВОР № \_\_\_

 на оказание платных медицинских услуг

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| г. Краснодар |  |  | «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 г. |

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Специализированная клиническая инфекционная больница» министерства здравоохранения Краснодарского края, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с одной стороны и гражданин(ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в дальнейшем «Заказчик» с другой стороны, при совместном упоминании именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется оказать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

(Ф.И.О. лица, которому будет оказана медицинская услуга)

именуемому (ой) в дальнейшем «Потребитель», на возмездной основе медицинские услуги, указанные в пункте 1.2. настоящего Договора, а Заказчик обязуется оплатить медицинские услуги по цене, в сроки и на условиях, установленных настоящим Договором. В случае если Заказчик одновременно является Потребителем, далее по тексту договора в дальнейшем именуется Потребителем.

1.2. Перечень платных медицинских услуг:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код  услуги | Наименование медицинской услуги | Ед.  измерения | Кол-во  услуг | Цена, руб.  за единицу | Сумма |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| и т.д. |  |  |  |  |  |  |
| **Итого:** | | | | | |  |

2. Условия, срок и порядок оказания медицинских услуг

2.1. Исполнитель в соответствии с п. 1.2 настоящего Договора оказывает медицинские услуги по настоящему Договору в соответствии с режимом работы Исполнителя, доведенного до сведения Потребителя (Заказчика) при заключении настоящего Договора, в помещении Исполнителя, расположенном по адресу: 350015, Краснодарский край, г. Краснодар, Центральный внутригородской округ, улица им. Митрофана Седина, д.204.

2.2. При привлечении Исполнителем к оказанию медицинских услуг третьих лиц Исполнитель доводит до сведения Потребителя (Заказчика) место и время оказания ему медицинских услуг.

2.3. Срок оказания медицинских услуг: с «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г. по «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

2.4. Условия получения Потребителем (Заказчиком) медицинских услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(амбулаторно/в дневном стационаре/стационарно)

2.5. При оказании Потребителю (Заказчику) медицинских услуг, условия и срок их ожидания устанавливается в соответствии с режимом работы Исполнителя, графиком работы медицинских работников. При направлении Потребителя (Заказчика) лечащим врачом на консультацию, диагностическое исследование или госпитализацию при отсутствии экстренных показаний возможно ожидание в порядке очередности.

2.6. Исполнитель осуществляет свою деятельность в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности № Л041-01126-23/00347725 от 19.03.2020 года, срок действия – бессрочно, выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения. Перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией Исполнителя указывается в приложении № 3 к настоящему Договору.

2.7. После оказания медицинских услуг Стороны подписывают двусторонний акт, подтверждающий факт оказания услуг.

3. Стоимость услуг и порядок оплаты

3.1. Стоимость оказываемых медицинских услуг по настоящему договору определяется исходя из действующего у Исполнителя на дату составления настоящего договора прейскуранта цен на медицинские услуги и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей\_\_\_\_\_ копеек, НДС не облагается на основании п. 2 ст. 149 НК РФ.

3.2. Действующий прейскурант цен на медицинские услуги размещен на сайте http://www.skib-krasnodar.ru и на информационных стендах Исполнителя. Потребитель (Заказчик) ознакомлен с прейскурантом до подписания настоящего договора.

3.3. Оплата оказываемых медицинских услуг по настоящему договору осуществляется наличными денежными средствами или с использованием платежных банковских карт по выбору Потребителя (Заказчика) в момент подписания настоящего договора в порядке 100% предоплаты.

3.4. Потребителю (Заказчику) в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек).

4. Права и обязанности сторон

4.1. Права Потребителя (Заказчика):

4.1.1. Получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями порядков оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи.

4.1.2. В доступной для него форме получить информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

4.1.3. Получить у Исполнителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы, в порядке и на условиях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

4.2. Обязанности Потребителя (Заказчика):

4.2.1. Потребитель (Заказчик) обязан своевременно и в полном объеме оплачивать оказанные Потребителю Исполнителем услуги.

4.2.2. Потребитель (Заказчик) обязан сообщить Исполнителю сведения, необходимые для качественного исполнения услуги (реакции на медикаменты, перенесенные заболевания и пр.).

4.2.3. Потребитель (Заказчик) обязуется соблюдать в полном объеме правила и условия получения медицинской услуги, установленные Исполнителем, неукоснительно соблюдать рекомендации врачей.

4.2.3. Потребитель (Заказчик) обязуется своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Потребителем (Заказчиком) условий договора, а также о необходимости изменения назначенного Потребителю времени получения медицинской услуги.

4.3. Исполнитель вправе:

4.3.1. Требовать от Потребителя (Заказчика) предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему медицинских услуг.

4.3.2. Привлекать для исполнения обязательств по настоящему договору третьих лиц. При привлечении Исполнителем для оказания медицинских услуг Потребителю третьих лиц Исполнитель обязан довести до сведения Потребителя (Заказчика) всю необходимую информацию о третьем лице в объеме информации, предоставляемой об Исполнителе, а также информацию о времени и месте оказания Потребителю данных медицинских услуг.

4.3.3. Отсрочить или отменить оказание услуги, в том числе в день назначения, в случае обнаружения у Потребителя противопоказаний по состоянию здоровья, с последующим расторжением договора и возвратом Потребителю (Заказчику) денежных средств в размере стоимости оплаченных медицинских услуг.

4.3.4. В случае возникновения потенциальной угрозы жизни и здоровью Потребителя, а также в иных неотложных ситуациях, когда Потребитель не может самостоятельно выразить волю, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной договором.

4.4. Исполнитель обязан:

4.4.1. Своевременно и качественно оказать услуги Потребителю (Заказчику) с учетом состояния здоровья Потребителя (Заказчика), показаний и противопоказаний, установленных в отношении оказываемых медицинских услуг.

4.4.2. Предоставить Потребителю (Заказчику) достоверную информацию о предоставляемых услугах.

5. Ответственность сторон

5.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору в соответствии с настоящим Договором и законодательством Российской Федерации.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

6. Срок действия договора

6.1. Договор считается заключенным со дня его подписания и действует до момента полного оказания услуг Исполнителем Потребителю (Заказчику).

7. Изменение условий и расторжение Договора

7.1. Настоящий Договор может быть изменен или расторгнут Сторонами в период его действия на основе их письменного соглашения, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. В случае отказа Потребителя (Заказчика) после заключения настоящего договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

8. Заключительные положения

8.1. Настоящий Договор составлен в 3 экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй – у заказчика, третий – у потребителя. В случае если договор заключен между Потребителем и Исполнителем, он составляется в 2 экземплярах.

8.2. Потребитель (Заказчик) дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Потребителя (Заказчика) в объеме и способами, указанными в Законе от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору.

8.3. После исполнения настоящего договора Исполнитель выдает Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы, в порядке и на условиях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

8.4. Исполнитель уведомил Потребителя (Заказчика) о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

8.5. Все вопросы, не урегулированные настоящим Договором, разрешаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

8.6. Все приложения, дополнения и изменения к настоящему Договору являются действительными, если они составлены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами.

8.7. Стороны признают подписи Исполнителя, воспроизведенные им факсимильно, подлинными (ч.2 ст.160 ГК РФ).

8.8. Приложения:

1. Согласие с объемом и условиями оказываемых платных медицинских услуг.

2. Акт оказания услуг.

3. Перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией Исполнителя.

9. Информация о Потребителе, реквизиты и подписи сторон

СВЕДЕНИЯ О ПОТРЕБИТЕЛЕ (В случае, если Заказчик и Потребитель разные лица):

Ф. И. О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Иные адреса

Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность (серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СВЕДЕНИЯ О ЗАКОННОМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ ИЛИ ЛИЦЕ, ЗАКЛЮЧАЮЩЕМ ДОГОВОР ОТ ИМЕНИ ПОТРЕБИТЕЛЯ:

Ф. И. О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства и телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность (серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ):

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:**  ГБУЗ «СКИБ»  350015, Краснодарский край, г. Краснодар,  ул. им. Митрофана Седина, дом 204  Тел./факс: (861) 255-29-97  E-mail: mail@skib-krasnodar.ru  ИНН 2310016942 КПП 231001001  ОГРН 1022301616765 от 06.12.2002  ОКТМО 03701000 ОКПО 32297510  Банковские реквизиты:  Единый казначейский счет (к/сч) 40102810945370000010  Казначейский счет (р/сч) 03224643030000001800  Получатель:  Минфин КК (ГБУЗ «СКИБ», Л/С 828.51.194.0)  БИК ТОФК: 010349101  Банк: Южное ГУ Банка России // УФК по Краснодарскому краю г. Краснодара  **От исполнителя:**  По доверенности медицинский регистратор  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) | **Заказчик:**  Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Отчество  Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт (номер) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  СНИЛС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Заказчик:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Приложение № 1 к Договору

№\_\_\_ от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 года

Согласие

с объемом и условиями оказания платных медицинских услуг

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

в полной мере проинформирован(а), что являюсь Потребителем (Заказчиком), в рамках договора об оказании платных медицинских услуг   
№ \_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., желаю получить медицинские услуги в ГБУЗ «СКИБ» за плату, при этом мне разъяснено и мною осознанно следующее:

|  |
| --- |
| **Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:**  Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт: серия:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.  Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  являюсь законным представителем **(мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)** ребенка или лица, признанного недееспособным \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)  в полной мере проинформирован(а), что являюсь Заказчиком в рамках договора об оказании платных медицинских услуг в пользу моего  подопечного № \_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., желаю получить медицинские услуги в ГБУЗ «СКИБ» за плату, при этом мне разъяснено и мною осознанно следующее: |

1. Я, получив от работников ГБУЗ «СКИБ» в доступной для меня форме полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание платных медицинских услуг и готов(а) их оплатить.

2. Я подтверждаю, что при заключении договора об оказании платных медицинских услуг, мне предоставлена следующая информация:

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи 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). 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;

- перечень платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, с указанием цен в рублях;

- сроки ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой;

- сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг;

- иная информация, предусмотренная Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.

3. Я подтверждаю, что при заключении договора об оказании платных медицинских услуг мне в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

- информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);

- график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;

- другие сведения, относящиеся к предмету договора.

4. До заключения договора я уведомлен(а) Исполнителем о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

5. Я уведомлен(а) о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

6. Я подтверждаю, что исполнителем до моего сведения в наглядной и доступной форме доведены Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденные постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. N 736.

7. Я согласен на предоставление платных медицинских услуг в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

8. Я подтверждаю, что мне предоставлена Исполнителем информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

9. Я информирован о том, что необходимым предварительным условием оказания медицинской помощи является информированное добровольное согласие в соответствии с требованиями ст. 20, 22 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

10. Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг, в то время как я рассмотрел(а) различные варианты получения медицинских услуг, и то, что мне могут оказать аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе.

11. Я уведомлен(а) о возможной необходимости предоставления на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором.

12. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом (специалистом), и я даю свое согласие на их оплату.

13. Не возражаю против записи медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием – исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

14. Я даю согласие на обработку необходимых персональных данных в объеме и способами в соответствии с п.1,3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

15. Внимательно прочитав все вышеуказанное, я подтверждаю, что получил исчерпывающую информацию о лечении и его условиях в доступной для меня форме, и выбираю оказание платных медицинских услуг, о чем свидетельствует моя подпись под этим документом.

16. Настоящее согласие подписано мною после проведения предварительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

Потребитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт: серия:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

(подпись) (расшифровка)

|  |
| --- |
| **Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:**  Законный представитель Потребителя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) (расшифровка)  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. |

Приложение № 2 к Договору

№\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 года

Акт оказания услуг

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| г. Краснодар |  |  | «\_\_» \_\_\_\_\_\_ 2023 года |

 Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Специализированная клиническая инфекционная больница» министерства здравоохранения Краснодарского края, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с одной стороны и гражданин(ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в дальнейшем «Заказчик» (Потребитель) с другой стороны, при совместном упоминании именуемые «Стороны», подписали настоящий акт оказания услуг о нижеследующем:

1. В соответствии с пунктом 1.2. Договора об оказании медицинских услуг №\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023г., заключенного между Потребителем (Заказчиком) и Исполнителем, Исполнитель оказал качественно и в срок, а Потребитель (Заказчик) принял следующие медицинские услуги:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код  услуги | Наименование медицинской услуги | Ед.  измерения | Кол-во  услуг | Цена, руб.  за единицу | Сумма |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| и т.д. |  |  |  |  |  |  |
| **Итого:** | | | | | |  |

**Адреса и подписи сторон:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:**  ГБУЗ «СКИБ»  350015, Краснодарский край, г. Краснодар,  ул. им. Митрофана Седина, дом 204  Тел./факс: (861) 255-29-97  E-mail: mail@skib-krasnodar.ru  ИНН 2310016942 КПП 231001001  ОГРН 1022301616765 от 06.12.2002  ОКТМО 03701000 ОКПО 32297510  Банковские реквизиты:  Единый казначейский счет (к/сч) 40102810945370000010  Казначейский счет (р/сч) 03224643030000001800  Получатель:  Минфин КК (ГБУЗ «СКИБ», Л/С 828.51.194.0)  БИК ТОФК: 010349101  Банк: Южное ГУ Банка России // УФК по Краснодарскому краю г. Краснодара  **От исполнителя:**  По доверенности медицинский регистратор  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) | **Заказчик:**  Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Отчество  Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт (номер) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  СНИЛС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Заказчик:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Приложение № 3 к Договору

№\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 года

**Перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией Исполнителя**

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); гистологии; лабораторной диагностике; медицинской статистике; медицинскому массажу; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; функциональной диагностике;

при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); педиатрии; терапии;

при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: инфекционным болезням; клинической лабораторной диагностике; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; рентгенологии; ультразвуковой диагностике; эндоскопии;

при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); аллергологии и иммунологии; анестезиологии и реаниматологии; гастроэнтерологии; дерматовенерологии; инфекционным болезням; клинической лабораторной диагностике; клинической фармакологии; неврологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; психиатрии-наркологии; трансфузиологии; ультразвуковой диагностике; фтизиатрии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; эндоскопии;

При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); аллергологии и иммунологии; анестезиологии и реаниматологии; гастроэнтерологии; гистологии; дерматовенерологии; инфекционным болезням; клинической лабораторной диагностике; клинической фармакологии; лабораторной диагностике; медицинской микробиологии; медицинской статистике; медицинскому массажу; неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; патологической анатомии; психиатрии-наркологии; пульмонологии; рентгенологии; сестринскому делу; терапии; трансфузиологии; ультразвуковой диагностике; фтизиатрии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; эндоскопии;

при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); аллергологии и иммунологии; анестезиологии и реаниматологии; вакцинации (проведению профилактических прививок); гастроэнтерологии; гистологии; дерматовенерологии; диетологии; инфекционным болезням; клинической лабораторной диагностике; клинической фармакологии; лабораторной диагностике; медицинской микробиологии; медицинской статистике; медицинскому массажу; неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; патологической анатомии; психиатрии-наркологии; пульмонологии; рентгенологии; сестринскому делу; терапии; трансфузиологии; ультразвуковой диагностике; фтизиатрии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; эндоскопии;

При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи;

При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым).

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:**  ГБУЗ «СКИБ»  350015, Краснодарский край, г. Краснодар,  ул. им. Митрофана Седина, дом 204  Тел./факс: (861) 255-29-97  E-mail: mail@skib-krasnodar.ru  ИНН 2310016942 КПП 231001001  ОГРН 1022301616765 от 06.12.2002  ОКТМО 03701000 ОКПО 32297510  Банковские реквизиты:  Единый казначейский счет (к/сч) 40102810945370000010  Казначейский счет (р/сч) 03224643030000001800  Получатель:  Минфин КК (ГБУЗ «СКИБ», Л/С 828.51.194.0)  БИК ТОФК: 010349101  Банк: Южное ГУ Банка России // УФК по Краснодарскому краю г. Краснодара  **От исполнителя:**  По доверенности медицинский регистратор  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) | **Заказчик:**  Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Отчество  Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт (номер) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  СНИЛС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Заказчик:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |