

ДОГОВОР
на оказание платных медицинских услуг с Потребителем

№ _____

г. Барнаул

_____ г.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Алтайской краевой госпиталь для ветеранов войн», сокращенное наименование КГБУЗ «АКГВВ», адрес места нахождения и оказания медицинских услуг: 656045, г. Барнаул, Змеиногорский тракт, 112 (ОГРН 1022201763462, ИНН 2225007136) в лице регистратора консультативно-поликлинического отделения

действующего на основании доверенности № _____ от _____ г., (телефон регистратуры: (3852)566-379; лицензия на медицинскую деятельность Исполнителя: регистрационный номер Л041-01151-22/00364352, дата предоставления лицензии: 01.11.2019, лицензирующий орган: Минздрав Алтайского края, срок действия лицензии: бессрочно)

и Потребителя

(фамилия, имя, отчество Потребителя)¹

заключили настоящий договор (далее – Договор) на оказание платных медицинских услуг (далее также – услуги) о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. В соответствии с Договором Исполнитель обязуется оказать Потребителю на возмездной основе платные медицинские услуги из перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя, указанных в лицензии Исполнителя на осуществление медицинской деятельности, стоимость которых указана в Прейскуранте на платные медицинские услуги КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн», а Потребитель обязуется своевременно оплатить оказанные Исполнителем услуги, в соответствии с настоящим Договором.

1.2. Перечень, объем, сроки оказания и стоимость услуг, оказываемых в соответствии с Договором, указывается в прилагаемом к Договору Перечне и стоимости платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю (Смете) (Приложение № 1 к Договору), согласовывается Сторонами и является неотъемлемой частью Договора.

Дополнительные платные медицинские услуги оказываются Исполнителем с согласия Потребителя и оформляются в порядке, установленном абзацем 1 пункта 1.2 Договора.

1.3. Лицензия Исполнителя на медицинскую деятельность: регистрационный номер лицензии: Л041-01151-22/00364352; дата предоставления лицензии: 01.11.2019; лицензирующий орган: Министерство здравоохранения Алтайского края.

Сведения (выписка) об актуальной лицензии на осуществление медицинской деятельности Исполнителя с перечнем видов деятельности Исполнителя опубликован на сайте Росздравнадзора по адресу <https://roszdravnadzor.gov.ru/services/licenses> и доступна на сайте по ИНН Исполнителя 2225007136 и доведен до сведения Потребителя при заключении настоящего Договора.

1.4. При предоставлении платных медицинских услуг, оказание гражданам медицинской помощи в экстренной форме осуществляется бесплатно в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2. Условия и порядок предоставления платных медицинских услуг

¹ При оказании платных медицинских услуг гражданину анонимно сведения о Потребителе фиксируются со слов Потребителя.

2.1. При заключении договора Потребителю предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

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.

2.2. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается в соответствии с законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, нормативными актами Минздрава России, Минздрава Алтайского края с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Минздравом России, на основе клинических рекомендаций, а также Положением о порядке оказания платных медицинских услуг в КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн», которые размещены для сведения на информационных стендах в помещении Исполнителя и на официальном сайте Исполнителя в сети интернет по адресу: <http://altay-kgvv.ru/>.

2.3. Платные медицинские услуги, предусмотренные Договором, оказываются Исполнителем Потребителю в здании Исполнителя по адресу: 656045, Змеиногорский тракт, 112, телефон регистратуры: (3852)566-379.

Исполнитель вправе оказывать медицинские услуги по другим адресам, указываемым в лицензии Исполнителя на медицинскую деятельность, а также привлекать третьих лиц (медицинских организаций-соисполнителей) к оказанию медицинских услуг Потребителю по настоящему Договору.

2.4. Договор заключается при условии: предоставления Потребителем документа, удостоверяющего личность (паспорта, иного документа в соответствии с законодательством); информированного добровольного согласия Потребителя на медицинское вмешательство, которое без согласия Потребителя допускается только в случаях предусмотренных действующим законодательством. Потребитель имеет право на отказ от медицинского вмешательства.

2.5. Исполнитель обязан по требованию Потребителя в доступной для него форме предоставить информацию о состоянии здоровья Потребителя, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.6. После оказания платных медицинских услуг Исполнитель выдает Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после оказания медицинских услуг.

Выдача медицинских документов осуществляется в порядке, установленном законодательством Российской Федерации и локальным нормативным актом Исполнителя. Информация о порядке и сроках выдачи медицинской документации в связи с Договором доводится Исполнителем до сведения Потребителя.

2.7. Потребитель предупрежден Исполнителем, о том, что при необходимости может потребоваться оказание на возмездной основе дополнительных платных медицинских услуг, на которые требуется обязательное согласие Потребителя.

2.8. Оказание медицинских услуг, предусмотренных Договором, производится только после полной оплаты Потребителем их стоимости.

2.9. Исполнитель оказывает медицинские услуги согласно режиму работы Исполнителя, который доводится до сведения Потребителя.

2.10. Дата и время оказания платных медицинских услуг устанавливаются в Приложении № 1 к Договору и зависят от объема оказываемых услуг. В случае возникновения форс-мажорных обстоятельств (поломки оборудования, болезни медицинского работника, оказывающего медицинскую услугу и прочих обстоятельств)

срок оказания медицинских услуг может быть перенесен по согласованию с Потребителем.

2.11. Потребитель обязан явиться на прием к медицинскому работнику Исполнителя во время, указанное в Перечне и стоимости платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю (Смете) (Приложении № 1 к Договору); в случае опоздания Потребителя Исполнитель оставляет за собой право на перенос или отмену срока оказания медицинской услуги.

2.12. Потребитель вправе отказаться от получения платных медицинских услуг и (или) расторгнуть Договор. В случае отказа Потребителя от получения медицинской услуги, указанной в приложении к Договору, денежные средства подлежат возврату Потребителю, в соответствии с действующим законодательством.

2.13. Исполнитель вправе в одностороннем порядке отказаться от оказания платных медицинских услуг и (или) расторгнуть настоящий Договор при отсутствии возможности предоставить Потребителю соответствующие платные медицинские услуги. В случае оплаты Потребителем платных медицинских услуг и последующего отказа Исполнителя от оказания медицинской услуги, в связи с невозможностью ее оказания, денежные средства подлежат возврату Потребителю, в соответствии с действующим законодательством РФ.

2.14. Для оказания платных медицинских услуг Потребителю Исполнитель вправе привлекать третьих лиц (организации, имеющие право на оказание медицинских и (или) лабораторных услуг) в порядке, установленном действующим законодательством.

2.15. Исполнитель вправе отказаться от исполнения Договора в случае невыполнения Потребителем рекомендаций медицинского работника Исполнителя, предоставляющего платную медицинскую услугу, или в случае нарушения Потребителем правил поведения пациента в медицинской организации Исполнителя, а также при наличии противопоказаний у Потребителя к проведению медицинских исследований (процедур), входящих в перечень платных медицинских услуг, оказываемых Исполнителем.

3. Обязанности Сторон

3.1. Исполнитель обязуется:

1. Своевременно и качественно оказать платные услуги в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи и настоящим Договором.

2. Обеспечить Потребителя бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской помощи, использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, разрешенные к применению в порядке, установленном законодательством.

3. Соблюдать установленные законодательством требования к оформлению и ведению медицинской документации.

4. Предоставить Потребителю по его требованию в доступной форме достоверную информацию отражающую 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.

5. Уведомить Потребителя о режиме работы Исполнителя и правилах поведения пациента в медицинской организации Исполнителя.

6. В течение 5 рабочих дней после исполнения Договора выдать Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после оказания платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования и поставленном диагнозе, без взимания дополнительной платы.

7. Хранить в тайне сведения об обращении Потребителя за оказанием платной медицинской помощи, состоянием его здоровья, диагнозе, иные сведения, полученные при медицинском обследовании Потребителя (врачебную тайну), а также осуществлять

обработку необходимых персональных данных Потребителя в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3.2. Потребитель обязуется:

1. Оплатить услуги Исполнителя в порядке и сроки, установленные Договором.
2. Подробно информировать Исполнителя (медицинских работников Исполнителя, оказывающих услуги) об имеющихся заболеваниях, ранее перенесенных травмах, операциях, отравлениях, наследственных заболеваниях, непереносимости лекарств и других аллергических реакциях.
3. Соблюдать режим лечения, режим работы Исполнителя и правила поведения пациента в медицинской организации Исполнителя.

4. Стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты

4.1. Стоимость платных медицинских услуг определяется перечнем (прейскурантом) платных медицинских услуг Исполнителя и указана в прилагаемом к настоящему Договору Перечне и стоимости платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю (Смете) (Приложение № 1 к Договору).

4.2. Услуги оплачиваются Потребителем в бухгалтерии Исполнителя до их фактического оказания.

4.3. Оплата услуг осуществляется в полном объеме наличными денежными средствами, через платежные терминалы банков или безналичным расчетом, по выбору Потребителя, в зависимости от имеющегося у Исполнителя оборудования для приема платежей или путем перевода денежных средств на расчетный счет исполнителя, указанный в разделе 6 настоящего Договора.

5. Заключительные положения

5.1. Настоящий Договор вступает в силу со дня подписания его Сторонами, действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств и может быть досрочно расторгнут по основаниям, установленным законодательством Российской Федерации; в указанном случае Сторона, принявшая решение о досрочном расторжении Договора, предупреждает другую Сторону о предстоящем расторжении в письменной форме не позднее, чем за 10 (десять) дней до планируемого расторжения Договора.

5.2. За невыполнение или ненадлежащее исполнение обязательств, предусмотренных настоящим Договором, стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель несет ответственность в случае неисполнения или некачественного исполнения своих обязанностей при наличии своей вины, установленной в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.4. Исполнитель не несет ответственности за качество предоставляемых услуг, если Потребитель не выполняет предписаний лечащего врача или прерывает лечение без письменного уведомления Исполнителя.

5.5. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение, или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, если оно явилось следствием непреодолимой силы и (или) результатом препятствия, находящегося вне контроля Сторон.

5.6. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Потребителем по вопросу качества оказанных услуг, спор между сторонами решается путем переговоров.

При не устранении разногласий между Сторонами спор передается на рассмотрение суда по месту нахождения истца.

5.7. Подписанием настоящего Договора Стороны установили, что информационный обмен между Сторонами по вопросам исполнения Договора возможен путем переписки по адресам электронной почты Сторон, указанными в разделе 6 настоящего Договора.

Информация, содержащая врачебную тайну и (или) персональные данные Потребителя, по электронной почте не передается. Электронное сообщение, направленное Стороной по адресу электронной почты считается полученным другой стороной и

считается официальным уведомлением.

5.8. Настоящий Договор и приложения к нему, являющиеся его неотъемлемыми частями, составлены в 2 (двух) экземплярах по одному для каждой из Сторон и имеют равную юридическую силу.

6. Реквизиты и подписи Сторон:

Потребитель:

паспорт: _____

выдан _____

адрес регистрации (места жительства)

телефон(ы): _____

электронная почта:

Ф.И.О. полностью

(подпись Потребителя)

И.О. Фамилия

я

Исполнитель:

КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь
для ветеранов войн»

Адрес места нахождения:
656045, г. Барнаул, Змеиногорский
тракт, 112

ИНН 2225007136,

ОГРН 1022201763462

тел. регистратуры: (3852) 566-379;

электронная почта: akgvv@zdravalt.ru

сайт в сети Интернет:

<http://altay-kgvv.ru/>

Платежные реквизиты:

Представитель Исполнителя
по доверенности (регистратор)
консультативно-поликлинического
отделения

(подпись)

И.О. Фамилия

Информирование Потребителя

о необходимости соблюдения рекомендаций медицинского работника.

Я, _____ настоящим подтверждаю, что до заключения Договора на оказание платных медицинских услуг я уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн», оказывающего платную медицинскую услугу, в том числе рекомендованного (назначенного) режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

_____ / _____
дата Г. подпись и Ф.И.О. потребителя

Информированное добровольное согласие Потребителя (пациента) на получение платных медицинских услуг.

Я, _____ настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн». При этом в доступной для меня форме я проинформирован о возможности и условиях бесплатного получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в порядке, установленном действующим законодательством РФ, и подтверждаю свое добровольное согласие на оказание мне медицинских услуг в КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн» за отдельную плату.

Мне разъяснено, что платные медицинские услуги соответствуют номенклатуре медицинских услуг, утверждённой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и предоставляются в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по моему письменному согласию.

Я даю свое добровольное согласие на отступление при необходимости от стандарта медицинской помощи и предоставление мне медицинской помощи в объёме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Я ознакомлен с перечнем и стоимостью платных услуг КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн» и подтверждаю свое добровольное согласие на оплату этих услуг.

_____ / _____
дата Г. подпись и Ф.И.О. потребителя

Информирование Потребителя

о порядке оказания платных медицинских услуг, правилах поведения в медицинской организации, о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы, о наименованиях оказываемых платных медицинских услуг и их стоимости.

Я, _____ до заключения договора на оказание платных услуг в КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн» (КГБУЗ «АКГВВ») ознакомлен с содержанием следующих документов:

- **Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг**, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736;

- **Положением о порядке оказания платных медицинских услуг** в КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн», утвержденным приказом начальника КГБУЗ «АКГВВ» от 26.04.2024 № 95;

- **Правилами внутреннего распорядка для пациентов (посетителей)** консультативно-поликлинического отделения КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн», утвержденными приказом начальника КГБУЗ «АКГВВ» от 08.11.2023 № 272.

- **Информацией о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы** в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- **Прейскурантом на платные медицинские услуги** КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн»;

- **Порядком возврата денежных средств физическим лицам** по договорам на оказание платных медицинских услуг в КГБУЗ «АКГВВ».

_____ / _____
дата Г. подпись и Ф.И.О. потребителя