

СПб ГБУЗ «Кожно-венерологический диспансер №1», юридический адрес: 199106, г. Санкт-Петербург, Большой пр.В.О. д.85, лит.А, ИНН 7801085947, ОГРН 1027800546784, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____ (должность, ФИО ответственного на подписании договора согласно доверенности) СПб ГБУЗ «КВД№1», действующего на основании доверенности от _____, свидетельства № 1027800546784 о внесении записи в ЕГРЮЛ от 10.12.2002г., согласно Лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01148-78/00358928 от 16.12.2020г., выданной Комитетом по здравоохранению г. Санкт-Петербурга, адрес: 191023, г. СПб, ул. Малая Садовая, д.1, тел. (812)595-89-79, с одной стороны и

_____ (ФИО) именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель»(законный представитель несовершеннолетнего до 15 лет, ограниченного или недееспособного лица «Заказчика») «Стороны», заключили договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ

1.1. Исполнитель обязуется на условиях настоящего договора оказывать платные медицинские услуги Потребителю в амбулаторных условиях в соответствии с имеющейся лицензией на осуществление медицинской деятельности, а Потребитель/Заказчик обязуется оплачивать эти услуги в порядке, размере и в сроки, предусмотренные настоящим договором.

2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

2.1. Стоимость медицинских услуг определяется в соответствии с действующим на момент предоставления медицинских услуг Прейскурантом цен на платные медицинские услуги Исполнителя, с которым Потребитель/Заказчик ознакомлены до подписания настоящего договора и объемом (перечнем) оказанных медицинских услуг согласно перечня оказанных медицинских услуг, являющегося неотъемлемой частью настоящего договора (Приложение №1 к договору).

2.2. Оплата медицинских услуг производится Потребителем/Заказчиком в полном объеме до начала оказания каждой конкретной медицинской услуги в размере 100% предоплаты в кассу Исполнителя.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Потребитель/Заказчик имеет право:

3.1.1. Требовать предоставления платных медицинских услуг надлежащего качества в соответствии с условиями настоящего договора.

3.1.2. Отказаться от получения медицинских услуг при условии возмещения Исполнителю фактически понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по договору.

3.1.3. Получить достоверную, полную, доступную информацию об Исполнителе, оказываемых медицинских услугах, условиях исполнения настоящего договора.

3.2. Потребитель/Заказчик обязуется:

3.2.1. При заключении договора предъявить документ, удостоверяющий личность.

3.2.2. Оплатить стоимость медицинских услуг согласно Прейскуранту Исполнителя, действующему на момент оказания услуг, в порядке и сроки, предусмотренные настоящим договором.

3.2.3. Соблюдать правила внутреннего распорядка, действующие у Исполнителя, требования лечебно-охранительного режима, техники безопасности, пожарной безопасности. Подписанием настоящего договора Потребитель/Заказчик подтверждает ознакомление с указанными документами.

3.3. Потребитель обязуется:

3.3.1. В порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, дать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, являющееся неотъемлемой частью медицинской документации Потребителя.

3.3.2. Предоставить до оказания услуги лечащему врачу все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, медицинские изделия, перенесенных заболеваниях, операциях, травмах, иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения, включая информацию о злоупотреблении алкоголем, наркотическими препаратами или токсическими средствами; о принимаемых лекарственных средствах, а также обо всех изменениях в состоянии здоровья при получении назначенного лечения и лекарственных средств.

3.3.3. В период получения медицинских услуг соблюдать назначения, предписания, рекомендации врачей-специалистов, оказывающих медицинские услуги.

3.4. Исполнитель обязуется:

3.4.1. Оказывать Потребителю медицинские услуги надлежащего качества, соответствующие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, в сроки, установленные настоящим договором.

3.4.2. Предоставить Потребителю/Заказчику по его требованию при заключении договора и в процессе исполнения договора, информацию, содержащую следующие сведения:

- о порядках оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;

- информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

- информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

- информацию об используемых при предоставлении медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности, показаниях (противопоказаниях) к применению; - другие сведения, относящиеся к предмету договора.

3.4.3. Предупредить Потребителя/Заказчика если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором; не предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе без согласия Потребителя/Заказчика.

3.4.4. После оплаты выдать Потребителю/Заказчику контрольно-кассовый чек, квитанцию или иной бланк строгой отчетности, подтверждающий произведенную оплату.

3.4.5. Вести учет видов, объемов, стоимости медицинских услуг, оказанных Потребителю, а также денежных средств, поступивших от Потребителя/Заказчика.

3.4.6. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

3.4.7. Выдавать Потребителю после получения платных медицинских услуг медицинские документы, по требованию (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья.

3.5. Исполнитель имеет право:

3.5.1. Самостоятельно определять методы и виды обследования и лечения Потребителя.

3.5.2. Отказать Потребителю в предоставлении медицинских услуг в случае нарушения Правил внутреннего распорядка Исполнителя: требования лечебноохранительного режима, техники безопасности, пожарной безопасности. При этом Потребитель/Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

3.5.3. Привлекать другие медицинские организации, имеющие соответствующую лицензию на осуществление медицинской деятельности, при невозможности оказания каких-либо медицинских услуг. В случае привлечения для оказания медицинских услуг иной медицинской организации Исполнитель несёт ответственность за качество оказанных услуг, как если бы эти услуги были оказаны им самим.

4. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

4.1. Предоставление платных медицинских услуг осуществляется в соответствии с графиком работы Исполнителя. По общему правилу срок оказания медицинских услуг определяется датой и временем обращения Потребителя/Заказчика к Исполнителю и может быть изменен по соглашению сторон.

4.2. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных перечнем, Исполнитель предупреждает об этом Потребителя/Заказчика. Без согласия Потребителя/Заказчика дополнительные медицинские услуги на возмездной основе не предоставляются.

4.3. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан по форме согласно Приложению №2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2021 г. N 1051н. (приложение №2 к договору).

4.4. Исполнитель самостоятельно определяет методы и виды обследования и лечения Потребителя/Заказчика.

4.5. В случае сокращения объема медицинских услуг либо отказа Потребителя от получения медицинских услуг, стороны осуществляют взаиморасчет с учетом объема фактически оказанных медицинских услуг. Исполнитель возвращает Потребителю/Заказчику излишне оплаченную сумму в течение 10 дней с момента получения заявления Потребителя/Заказчика. Возврат денежных средств производится лицу, оплатившему данный договор.

4.6. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя/Заказчика при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

4.7. При предоставлении платных медицинских услуг Исполнитель соблюдает порядки и стандарты оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе Потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

4.8. После исполнения договора Исполнитель по требованию Потребителя/Заказчика выдает 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.

4.9. До подписания настоящего договора, Потребитель/Заказчик уведомлен в письменной форме об обязанности граждан, находящихся на лечении в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности и правила поведения пациента в медицинских организациях.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. Исполнитель не несет ответственности по договору за качество и сроки оказания медицинских услуг, состояние здоровья Потребителя/Заказчика при неисполнении Потребителем/Заказчиком принятых по настоящему договору обязательств, в частности, невыполнении либо нарушении рекомендаций, предписаний и назначений врача, пропуске назначенных врачом приемов, медицинских осмотров, консультаций специалистов, самолечении, нарушении предписанного врачом режима, прекращении лечения, несообщении сведений либо предоставлении недостоверной информации, предусмотренной п. 3.3.2 настоящего договора, а так же нарушение правил внутреннего распорядка Исполнителя: требования лечебно-охранительного режима, техники безопасности, пожарной безопасности

5.3. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения настоящего договора.

5.4. При наступлении указанных в п. 5.3 обстоятельств, сторона, для которой наступили эти обстоятельства, должна немедленно известить об этом другую сторону.

5.5. Потребитель/Заказчик несет имущественную ответственность за причинение ущерба Исполнителю в размере действительной стоимости поврежденного (утраченного) имущества, если такое повреждение (утрата) явилось следствием действий Потребителя/Заказчика.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА. ИЗМЕНЕНИЕ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует в течение 1 (Одного) года.

6.2. Настоящий договор может быть изменен или расторгнут по основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

6.3. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор считается расторгнутым с момента отказа. Исполнитель информирует Потребителя/Заказчика о расторжении договора по инициативе потребителя. При этом Потребитель/Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

7.1. Стороны берут на себя обязательства по соблюдению конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении обязательств по настоящему договору.

7.2. Сведения о факте обращения Потребителя/Заказчика к Исполнителю, состоянии его здоровья, диагнозе, предоставленных медицинских услугах, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, возможно только с письменного согласия Потребителя, за исключением случаев, предусмотренных законом.

8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

8.1. Настоящий договор составлен в 3 экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй - у заказчика, третий - у потребителя. В случае если договор заключается потребителем и исполнителем, он составляется в 2 экземплярах.

8.2. Споры и разногласия, которые могут возникнуть при исполнении настоящего договора, будут по возможности разрешаться путем переговоров между Сторонами. В случае невозможности разрешения разногласий путем переговоров они подлежат рассмотрению в суде в установленном законом порядке. Соблюдение претензионного порядка обязательно. Срок ответа на претензию 30 дней.

8.3. По вопросам, не урегулированным настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

8.4. Сторонами достигнуто соглашение о том, что при подписании настоящего договора, приложений, изменений и дополнений к нему допускается использование воспроизведения подписи с помощью средств механического или иного копирования, электронной подписи либо иного аналога собственноручной подписи.

8.5. Потребитель/Заказчик подтверждает, что до заключения договора Исполнитель:

8.5.1. Ознакомил его с информацией об Исполнителе (местонахождении, режиме работы, перечне работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией) и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 и Правилами оказания платных медицинских услуг в СПб ГБУЗ «КВД№1», с требованиями лечебно-охранительного режима, техники безопасности, пожарной безопасности, действующим Прейскурантом цен на платные медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке.

8.5.2. Подписанием настоящего договора Потребитель/Заказчик подтверждает, что он уведомлен:

- в доступной форме 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;

- 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 потребителя.

8.6. Приложения к договору:

8.6.1. Приложение №1 – Перечень оказанных медицинских услуг.

8.6.2. Приложение №2 – Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

ПЕРЕЧЕНЬ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ РАБОТ (УСЛУГ), СОСТАВЛЯЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, В СООТВЕТСТВИИ С ЛИЦЕНЗИЕЙ

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике, медицинской статистике, сестринскому делу, сестринскому делу в косметологии, сестринскому делу в педиатрии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), дерматовенерологии, клинической лабораторной диагностике, косметологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, ультразвуковой диагностике, урологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: дерматовенерологии. При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности. При проведении медицинских освидетельствований организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинскому освидетельствованию на выявление ВИЧ-инфекции.

9. СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Заполняется Потребителем: Я, _____ (ФИО), ПАСПОРТ РФ серия _____, номер _____, выдан _____ кем выдан _____, даю свое согласие СПб ГБУЗ «КВД№1» (юридический адрес: 199106, г. Санкт-Петербург, Большой пр.В.О. д.85, лит.А) в целях оказания мне медицинских услуг на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях на _____ (неопределенный срок/срок действия договора). Настоящее согласие дано мной _____ (дата), вступает в силу со дня его подписания. В соответствии с п. п. 3, 4 ч. 2 ст. 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" оператор имеет право на обработку персональных данных, если она: необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц и получение согласия субъекта персональных данных невозможно; осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну. Согласие может быть отозвано посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес СПб ГБУЗ «КВД№1» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю СПб ГБУЗ «КВД№1».

подпись

ФИО

10. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ
СТОРОН

<p>«Исполнитель»: Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кожно- венерологический диспансер №1» Адрес: 199106, г. Санкт-Петербург, Большой проспект В.О., д.85, лит.А тел.:8(812)6350630,8(812)6350625 ИНН:7801085947,КПП 780101001 Банковские реквизиты: Северо-Западное ГУ банка России//УФК по г.Санкт-Петербургу, г.Санкт- Петербург БИК 014030106, к/с 40102810945370000005 р/сч.03224643400000007200 л./сч. 0491015 в Комитете финансов г. Санкт- Петербурга ОКТМО 40309000 ОГРН1027800546784 Свидетельство № 1027800546784 о внесении записи в ЕГРЮЛ, от 10.12.2002г.</p> <p>_____</p> <p>_____ (_____)</p>	<p>«Потребитель»: ПАСПОРТ РФ серия номер выдан _____ (дата) кем выдан _____ , адрес места жительства: _____ Тел. _____</p> <p>_____</p> <p>(ФИО)</p>
--	--

Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина
либо законного представителя)

"__" ____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина
либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту
регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании
согласия законным представителем)

"__" ____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании
законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств,
включенные в [Перечень](#) определенных видов медицинских вмешательств, на
которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе
врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной
помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального
развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н <1> (далее - виды
медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной
медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи
лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)
в _____

_____ (полное наименование медицинской организации)
Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии)
медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской
помощи, связанный с ними риск, 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, включенных в [Перечень](#), или потребовать его (их) прекращения,
за исключением случаев, предусмотренных [частью 9 статьи 20](#) Федерального
закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в
Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым)
в соответствии с [пунктом 5 части 5 статьи 19](#) Федерального закона от 21
ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской
Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или
состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное
зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

" " _____ г.
(дата оформления)

