

Настоящим я, _____ подтверждаю, что до заключения Договора на оказание платных медицинских услуг уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (лечащего врача, медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в т.ч. назначенного режима лечения, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента (Потребителя). На обработку персональных данных о состоянии здоровья согласен(а). Подтверждаю, что до заключения Договора на оказание платных медицинских услуг уведомлен Исполнителем о возможности бесплатного получения соответствующих объемов и видов медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам в Алтайском крае без взимания платы.

Подпись потребителя _____

Дата _____

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № ____

г. Барнаул _____

КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства», сокращённое наименование - КГБУЗ «АККЦОМД», адрес местонахождения: 656019, г. Барнаул, ул. Гущина, 179 и адрес места оказания медицинских услуг: 656019, г. Барнаул, ул. Гущина, 179/ул. Попова, д.27, в лице главного врача Смирнова Константина Владимировича (приказ Министерства здравоохранения Алтайского края от 29.12.2022 №920-к/р «О назначении на должность»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», действующего на основании Устава (ОГРН 1022201387856, ИНН 2223023559), регистрационный номер лицензии № Л041-01151-22/00552195 от 27.09.2019 выдана Министерством здравоохранения Алтайского края:, г. Барнаул, пр. Красноармейский, 95 а, тел.: 8 (3852) 50-63-41, сроком действия «бессрочно», ссылка на сведения, содержащиеся в электронных реестрах лицензий: <https://roszdravnadzor.gov.ru/services/licenses>,¹, с одной стороны, и гражданин(ка) _____ (Ф.И.О.), телефон _____, являющийся законным представителем ребенка _____ (Ф.И.О., дата рождения), именуемой(ого) далее «Потребитель», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны» заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю медицинские услуги на условиях, определенных настоящим Договором, по его желанию, Приложение №1 к настоящему договору, а Потребитель обязуется оплатить указанные услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором, в соответствии с действующим прейскурантом.

1.2. Потребитель подтверждает, что согласен на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

1.3. Сроки ожидания платных медицинских услуг не должны превышать 14 рабочих дней со дня обращения пациента в медицинскую организацию.

¹ перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность: первичная доврачебная медико-санитарная помощь; первичная врачебная медико-санитарная помощь; первичная специализированная медико-санитарная помощь, первичная специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь; скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь; проведение медицинских экспертиз; проведение медицинских осмотров; при обращении донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях.

1.4. При необходимости пациенту могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень и сроки, оказания которых согласуются Сторонами в дополнительном соглашении к настоящему Договору.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе положениями об организации оказания медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи.

2.1.2. Обеспечить Потребителя бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской помощи.

2.1.3. Уведомить Потребителя о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «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.

2.1.4. После исполнения Договора выдать 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 в течение 5 рабочих дней, в соответствии с приказом Минздрава России от 31.07.2020 №789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них».

2.2. Потребитель обязуется:

2.2.1. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

2.2.2. Информировать Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

2.2.3. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. Получать от Потребителя информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

2.3.2. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. Получать от Исполнителя услуги, предусмотренные настоящим Договором.

2.4.2. Получать информацию о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья.

2.5. Потребитель и Исполнитель обладают иными правами и несут иные обязанности, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

3. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

3.1. Общая стоимость настоящего Договора, которую Потребитель оплачивает Исполнителю, составляет: _____.

3.2. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору производится Потребителем до оказания услуги.

3.3. Оплата осуществляется Потребителем путем перечисления суммы денежных средств, указанных в пункте 3.1. настоящего Договора, на расчетный счет Исполнителя, указанный в настоящем Договоре, или путем внесения в кассу Исполнителя.

3.4. Исполнитель обязан выдать Потребителю кассовый чек или документ, подтверждающий прием денег за услуги, согласно действующему законодательству РФ.

3.5. Потребитель ознакомлен с преискурантом до подписания настоящего договора.

4. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

- 4.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления потребителя (законного представителя потребителя) и согласия Потребителя приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Потребителя.
- 4.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензиями на медицинскую деятельность, порядками, стандартами, клиническими рекомендациями, другими документами в соответствии с действующим законодательством России.
- 4.3. Потребитель предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.
- 4.4. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством России.
- 4.5. Потребитель незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.
- 4.6. Исполнителем после исполнения договора выдаются потребителю (законному представителю потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.
- 4.7. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя).
- 4.8. Согласие на медицинское вмешательство, а также подписание настоящего Договора в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном порядке недееспособными, дают их законные представители;
- 4.9. Исполнитель оказывает услуги в помещении учреждения по адресу: г. Барнаул, ул. Гущина, 179, а также в медицинских учреждениях, имеющих с Исполнителем соответствующие договоры, с целью исполнения обязательств по настоящему договору.
- 4.10. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в дни и часы, установленные в Учреждении, режим работы Учреждения и время приема врачей находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на официальном сайте Исполнителя, <http://akkdb.ru/>.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

- 5.1. Исполнитель несет перед Потребителем ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации, за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя.
- 5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента (потребителя) в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
- 5.3. Потребитель несет ответственность за нарушение условий договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством России.
- 5.4. Потребитель несет ответственность за нарушение условий договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.5. В случаях, предусмотренных пунктами 5.3, 5.4 Договора, Исполнитель вправе приостановить проведение лечебно-диагностических мероприятий, за исключением проведения лечения по жизненным показаниям (экстренной помощи).

5.6. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. Настоящий Договор может быть изменен и дополнен по соглашению Сторон.

6.2. Настоящий Договор, может быть, расторгнут по соглашению Сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

6.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме.

6.4. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

7.1. Споры разрешаются путем переговоров, том числе путем направления претензий.

7.2. Обращение (жалобу) Потребитель может направить на электронный адрес Исполнителя, форма обращения находится на официальный сайт Исполнителя в разделе платные услуги.

7.2. При неурегулировании Сторонами возникших разногласий спор разрешается в судебном порядке.

7.3. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством.

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ

8.1. До заключения настоящего Договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя 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.

8.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

8.2. Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

8.3. Приложения и дополнительные соглашения, указанные в настоящем Договоре и созданные Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются Сторонами как неотъемлемые составные части настоящего Договора. Изменения и дополнения Договора возможны только путем составления письменного Приложения или Дополнительного соглашения и его подписания всеми Сторонами Договора.

9. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:

КГБУЗ «Алтайский краевой клинический
центр охраны материнства и детства»
Юридический адрес: 656019 г. Барнаул, ул.
Гущина 179
Свидетельство о государственной
регистрации юридического лица:

Потребитель (законный представитель):

Ф.И.О. _____
Адрес места жительства, иные адреса, на
которые (при их указании в договоре)
исполнитель может направить
письменные обращения:

ОГРН 1022201387856 ИНН 2223023559

КПП 222301001

Банк:

отделение Барнаул г.Барнаул

л/с: 20176U79830

Р/С: 40601810701731000001

К/С: 30101810800000000388

БИК: 040173001

Телефон: 8(3852) 56-99-02, 56-98-98

регистратура, 8(3852) 56-98-90 приёмная

главного врача

E-mail: akkcomd@zdravalt.ru

Выписка из реестра лицензий № Л041-

01151-22/00552195, выданную 27.09.2019

года Министерством здравоохранения

Алтайского края

Адрес: г. Барнаул, пр. Красноармейский, 95

а, тел: (3852) 62 93 38

Главный врач _____ К.В. Смирнов

Данные документа, удостоверяющего
личность: _____

Телефон _____

Адрес электронной почты _____

Подпись Потребителя

Приложение №1
к Договору

№	Наименование медицинской услуги	Условия и сроки оказания медицинской услуги (дата и время приема)	№ каб.	Цена, руб.	Скидка (в%)	Кол-во	Возврат	Сумма, руб.
1								
ИТОГО:								

ИТОГО (сумма

прописью): _____

Способ

оплаты: _____

Получил

кассир: _____

Дата

оплаты: _____

Согласие

Согласие на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи

Настоящим Иванов Иван Иванович
(Ф. И. О. потребителя)

подтверждает согласование следующего объема платных медицинских услуг:

Ультразвуковое исследование органов
брюшной полости

подпись _____ дата,, подпись²

² Пункт 11 постановления 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 4 октября 2012 г. № 1006» платные медицинские услуги должны соответствовать номенклатуре медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут предоставляться 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 письменному согласию потребителя и (или) заказчика.