

## Договор на оказание платных медицинских услуг

г. Омск

г.

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Городская поликлиника № 2» (сокращенное наименование - БУЗОО «ГП № 2»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача \_\_\_\_\_, действующего на основании Устава, адрес места нахождения: 644009, г. Омск, ул. 10 лет Октября, д. 179, свидетельское о внесении записи в ЕГРЮЛ серия 55 № 003615191, выданного Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 12 по Омской области, имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности № ЛО-55-01-002502, (перечень работ (услуг), составляющий медицинскую деятельность указан в п. 3.7. договора), выданную Министерством здравоохранения Омской области от 28.02.2019 года (644043, г. Омск, ул. Красный Путь, д. 6, тел: 54-13-20, 32-37-51), с одной стороны и гражданин

зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_, телефон \_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», имеющий намерение заказать платные медицинские услуги в пользу \_\_\_\_\_, зарегистрированного(ой) по адресу: \_\_\_\_\_, телефон \_\_\_\_\_, именуемого(ой) в дальнейшем «Потребитель» заключили настоящий договор о нижеследующем.

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. В соответствии с настоящим договором Исполнитель принимает на себя обязательства оказать Потребителю следующие платные медицинские и иные услуги:

#### (перечень услуг)

(далее - Услуги), отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Заказчик обязуется оплатить их в порядке и размере, установленных настоящим Договором.

1.2. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

1.3. В случае если при предоставлении платных медицинских и иных услуг потребуются предоставление на возмездной основе дополнительных услуг, не предусмотренных настоящим договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика и Потребителя. Стоимость этих услуг согласовывается Исполнителем с Заказчиком и Потребителем дополнительно. Без согласия Заказчика и Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

1.4 В случае если при предоставлении, платных услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя 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», при этом Исполнитель самостоятельно определяет объем исследований и оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и непредусмотренных настоящим Договором.

1.5. Платные медицинские и иные услуги должны быть оказаны в следующие сроки:

- начало оказания медицинских услуг с \_\_\_\_\_ г.

- окончание медицинских услуг до \_\_\_\_\_ г.

1.6. По согласованию сторон срок оказания медицинских услуг может быть изменен.

1.7. При исполнении настоящего договора стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации, регулирующим предоставление платных медицинских услуг.

### 2. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

2.1. Стоимость Услуг(и) устанавливается действующим на момент обращения прейскурантом цен (тарифов) и

Составляет \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_) рублей.

2.2. Оплата Услуг(и) осуществляется Заказчиком в порядке 100-процентной предоплаты до получения Услуги путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя с применением контрольно-кассовой машины и получением кассового чека или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на лицевой счет Исполнителя.

2.3. Оплата услуг осуществляется Заказчиком Потребителем после беседы с врачом-специалистом.

2.4. В случае отказа Заказчика после заключения настоящего договора от получения платных медицинских услуг, он уплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением настоящего договора.

### 3. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

3.1. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в помещениях БУЗОО «ГП № 2» по адресу: 644009, г. Омск, ул. 10 лет Октября, д.179.

3.2. Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги, качество которых соответствует условиям договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида. В случае если федеральным законом, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых платных медицинских услуг должно соответствовать этим требованиям. До заключения настоящего договора Заказчику и Потребителю предоставлена информация о Правилах предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

3.3. До заключения настоящего договора Заказчику и Потребителю предоставлена 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 (**приложение №1 к настоящему договору**).

3.5. До заключения настоящего договора Заказчик и Потребитель ознакомлены об Исполнителе, о лицензии на право осуществления медицинской деятельности и соответствующем ей перечне платных услуг, которые имеет право оказывать Исполнитель, а также о ценах на платные услуги, условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты, о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, о графике работы медицинских работников и режиме работы Исполнителя, о контролирурующих органах как по надзору в сфере здравоохранения, так и в сфере защиты прав потребителей.

3.6. До заключения настоящего договора Потребитель 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 Потребителя.

3.7. Исполнитель осуществляет следующие виды работ (услуг) в соответствии с лицензией:

Доврачебная медицинская помощь по: акушерскому делу; вакцинации (проведению профилактических прививок); лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; лечебному делу; медицинской статистике; медицинскому массажу; неотложной медицинской помощи; общей практике; организации сестринского дела; рентгенологии; сестринскому делу; стоматологии; стоматологии ортопедической; стоматологии профилактической; физиотерапии; функциональной диагностике; эпидемиологии.

Амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь, в том числе:

- а) первичная врачебная медико-санитарная помощь по: вакцинации (проведено профилактических прививок); неотложной медицинской помощи; общей врачебной практике; организации здравоохранения и общественному здоровью; педиатрии; терапии.
- б) первичная специализированная медико-санитарная помощь по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); аллергологии и иммунологии; гастроэнтерологии; дерматовенерологии; инфекционным болезням; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; неврологии; неотложной медицинской помощи; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; оториноларингологии (за исключением крхлеарной имплантации); офтальмологии; профпатологии; психиатрии; психиатрии-наркологии; пульмонологии; рентгенологии; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; эндоскопии.

Медико-санитарная помощь в условиях дневного стационара, в том числе:

- а) первичная медико-санитарная помощь по: клинической лабораторной диагностике; неотложной медицинской помощи; общей врачебной практике; организации здравоохранения и общественному здоровью; терапии.
- б) специализированная медицинская помощь по: гастроэнтерологии; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; лечебной физкультуре и спортивной медицине; медицинской реабилитации; неврологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; пульмонологии; рентгенологии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии, эндокринологии.
- Проведение медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз, в том числе:
- а) проведение медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); медицинским осмотрам (предсменным, послесменным); медицинским осмотрам профилактическим.
- б) при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приемные родители; медицинскому освидетельствованию на наличие инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа иностранным гражданам и лицам без гражданства в выдаче либо аннулировании разрешения на временное проживание, или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортными средствами; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием.
- в) при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе профессиональной пригодности; экспертизе временной не трудоспособности.

#### 4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

##### 4.1. Исполнитель обязуется:

4.1.1. Своевременно и качественно и в полном объеме оказывать медицинские услуги в соответствии порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения РФ.

4.1.2. По требованию Заказчика или Потребителя:

4.1.2.1. предоставить в доступной форме сведения о стандартах и порядках оказания медицинской помощи, конкретном медицинском работнике, оказывающем услугу, его образовании и квалификации, о методах оказания медицинской помощи, связанных с ним рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

4.1.2.2. предоставить в доступной форме информацию о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, а также о возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, а также об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, а том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению;

4.1.2.3. предоставить для ознакомления копию Устава, копию Лицензии на осуществление медицинской деятельности, с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией;

4.1.2.4. предоставить смету на оказание платных медицинских услуг при этом она является неотъемлемой частью настоящего договора.

4.1.3. Исполнитель обязуется выдать Заказчику или Потребителю документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

4.1.4. Исполнитель обязуется выдать Потребителю ( законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг.

4.1.5. Исполнитель обязуется при оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их предоставления.

4.1.6. Соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья Потребителя (врачебную тайну).

Исполнитель имеет право:

4.1.7. Требовать от Потребителя соблюдения внутреннего режима лечебного учреждения, графика посещения процедур, соблюдения режима приема лекарственных препаратов, режима питания и других предписаний;

4.2. Потребитель обязуется:

4.2.1. До оказания медицинской услуги информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, а также другие сведения, влияющие на протекание и лечение заболевания.

4.2.2. Выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, в том числе соблюдать режим работы учреждения и график приема врачей-специалистов, а также режим приема лекарственных препаратов, режим питания и другие предписания;

4.2.3. Отказаться на весь период лечения от употребления наркотиков, и лекарств их содержащих, психотропных препаратов, алкоголесодержащих напитков;

4.2.4. Надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению настоящего Договора.

4.3. Потребитель имеет право:

4.3.1. Получать от Исполнителя в доступной форме имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

4.3.2. Получать от Исполнителя в доступной форме имеющуюся информацию 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.

4.3.3. Требовать соблюдения конфиденциальности информации о факте обращения Потребителя за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе его заболевания и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

4.4. Заказчик Потребитель обязуется оплатить предоставленную исполнителем медицинскую услугу в сроки и в порядке, которые определены настоящим договором.

##### 5. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

5.1. Соглашение об изменении или расторжении договора совершается в письменной форме.

5.2. Настоящий договор может быть расторгнут в случаях и по основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

5.3. Настоящий договор может быть изменен или расторгнут по инициативе любой из сторон с обязательным предварительным уведомлением другой стороны.

#### 6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Исполнитель несет ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению

Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение договора, причиной которого стало нарушение Заказчиком или Потребителем условий настоящего Договора, а также по основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

#### 7. РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ

7.1. Все споры по настоящему Договору решаются сторонами путем переговоров.

7.2. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

#### 8. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

8.1. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета, по требованию Потребителя Заказчика или Исполнителя, при этом она является неотъемлемой частью настоящего договора.

8.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до полного исполнения своих обязательств сторонами договора.

8.3. Договор составляется 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.

#### 9. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель: БУЗОО «ГП № 2» 644009, г. Омск, ул. 10 лет Октября, д. 179 ИНН 5504038242, КПП 550401001, БИК 045209001 Министерство финансов Омской области (БУЗОО «ГП № 2» Л/с 006220468) Р/с 40601810300003000003 ГРКЦ ГУ Банка России по Омской области, г. Омск, КБК 00600000000000000130

Заказчик: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Исполнитель: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Главный врач БУЗОО «ГП № 2» \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
МП

Заказчик \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Потребитель \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

#### Информированное добровольное согласие на оказание медицинских Услуг в БУЗОО «ГП2»

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011г. № 323-ФЗ, Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг от 04.10.2012г. № 1006

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО потребителя, полностью)

получила(а) разъяснения по поводу диагноза и информацию об особенностях течения заболевания. Вероятной длительности лечения, о вероятном прогнозе заболевания.

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО потребителя, полностью)

согласен (а) не согласен(а) (нужное вписать) с проведением мне обследования, лечения, выполнением всех манипуляций в соответствии с отраслевыми стандартами объемов медицинской помощи, мне даны полные разъяснения о характере, целях и примерной продолжительности лечения, возможных неблагоприятных эффектах диагностических процедур, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения.

Я извещен (а) о необходимости соблюдать режим в ходе лечения, регулярно принимать назначенные препараты, немедленно сообщать медицинскому персоналу отделения (врачу, медицинской сестре) о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых не прописанных мне в БУЗОО «ГП №2» лекарственных препаратов (например, принимаемых мною для лечения соматической патологии (гипертонии, язвенной болезни желудка, сахарном диабете и т.п.).

Я извещен (а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача, в том числе назначенного режима лечения, приема лекарственных препаратов, бесконтрольное самолечение могут снизить качество предоставляемых платных медицинских услуг, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок, осложнить лечение или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я извещен (а) о вероятном течении заболевания при отказе от лечения.

Я имел (а) возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся состояния моего здоровья, заболевания и лечения и получила на них исчерпывающие ответы. Своей подписью подтверждаю, что мною получена вся интересующая меня информация.

В случае отказа от обследования и лечения в БУЗОО «ГП №2» всю ответственность за исход заболевания беру на себя.

В данный момент нахожусь в здравом уме и при полной памяти. Мое согласие является свободным и основано на полученной мною достаточной информации.

Пациент(ка): \_\_\_\_\_ г.

Подпись Фамилия (полностью), И.О. дата \_\_\_\_\_ г.

Врач : \_\_\_\_\_

Подпись Фамилия (полностью), И.О.

Уведомление  
об объеме и условиях оказываемых  
платных медицинских и иных услуг

г.Омск

\_\_\_\_\_ г.

Гражданин(ка) \_\_\_\_\_  
проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_,  
именуемый(ая) по настоящему соглашению «Потребитель»,  
Гражданин (ка) \_\_\_\_\_  
проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_,  
именуемый(ая) по настоящему соглашению  
«Заказчик».

ознакомлены **правами и обязанностями пациента**, предусмотренными ст. 41 Конституции Российской Федерации, ст. ст. 18-23, 27 Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

Потребителю и Заказчику, предоставлена 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.

До заключения договора об оказании платных медицинских и иных услуг мы получили информацию о БУЗОО «ГП № 2», о лицензии на право осуществления медицинской деятельности и соответствующем ей перечне платных услуг, которые имеет право оказывать БУЗОО «ГП № 2», а также о ценах на платные услуги, условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты, о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, о графике работы медицинских работников и режиме работы учреждения, о контролирурующих органах как по надзору в сфере здравоохранения, так и в сфере защиты прав потребителей (их адреса и телефоны).

Я, именуемый по настоящему соглашению «Заказчик», получив от работников БУЗОО «ГП № 2» полную информацию о возможности и условиях предоставления Потребителю бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, хочу воспользоваться своим правом и даю свое согласие на оказание Потребителю платных медицинских и иных услуг и готов их оплатить.

Нам разъяснено, что Потребитель может получить как один из видов платных медицинских и иных услуг, так и несколько видов платных медицинских и иных услуг.

Мною, Заказчиком, добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны виды платных медицинских услуг, которые Потребитель желает получить в БУЗОО «ГП № 2» и согласен(на) оплатить лечение.

Мы, Заказчик и Потребитель, ознакомлены с положениями настоящего документа путем его прочтения.

Потребитель: \_\_\_\_\_

Заказчик: \_\_\_\_\_

Настоящее соглашение подписано Потребителем и Заказчиком на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество ответственного лица)

Код услуги \_\_\_\_\_