# Договор предоставления платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| г. Челябинск | «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ года |

**Государственное автономное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая поликлиника № 8 имени Александра Невского г. Челябинска» (сокращенное наименование ГАУЗ «ДГКП № 8 им. А. Невского г. Челябинск»)**, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице (должность ФИО), действующего (ей) на основании Приказа/ Доверенности № \*\* от (дата), с одной стороны, и

[фамилия, имя, отчество (при наличии)/законного представителя потребителя], именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

# 1. Общие положения

1.1. В рамках настоящего договора используются следующие основные понятия:

«Платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования (далее - договоры);

«Заказчик» - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

«Потребитель» - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором.

Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие [Федерального закона](https://internet.garant.ru/document/redirect/12191967/0) от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ);

«Исполнитель» - медицинская организация ГАУЗ «ДГКП № 8 им. А. Невского г. Челябинск», оказывающая платные медицинские услуги в соответствии с договором.

1.2. Платные медицинские услуги (работы) предоставляются Исполнителем на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01024-74/00367874 от 21.01.2020, срок действия лицензии: бессрочно, выданной Министерством здравоохранения Челябинской области, 454091, г. Челябинск, , ул. Кирова, д. 165, (351) 240-22-22 (далее - лицензия на осуществление медицинской деятельности), предоставленной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности.

1.3. [Перечень](https://internet.garant.ru/document/redirect/55724831/0) предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность ГАУЗ «ДГКП № 8 им. А. Невского г. Челябинск» в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, указан в Приложении № 1 к настоящему договору.

# 2. Предмет договора

2.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Пациенту) в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности платные медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а Заказчик и (или) Потребитель обязуется оплатить оказанные Исполнителем медицинские услуги (выполненную работу) в размере, порядке и сроки, установленные настоящим договором.

2.2. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается:

- в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

- в соответствии с [порядками](https://internet.garant.ru/document/redirect/5755550/0) оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;

- на основе клинических рекомендаций;

- с учетом [стандартов](https://internet.garant.ru/document/redirect/5181709/0) медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - стандарт медицинской помощи).

2.3. Платные медицинские услуги соответствуют [номенклатуре](https://internet.garant.ru/document/redirect/71805302/1000) 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.

2.4. Получателем платных медицинских услуг является Потребитель - [фамилия, имя и отчество (при наличии), адрес места жительства, иные адреса, на которые (при указании их в договоре) исполнитель может направлять ответы на письменные обращения, и телефон] (при оказании платных медицинских услуг гражданину анонимно сведения фиксируются со слов потребителя услуги). **Данные документа, удостоверяющего личность (документ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_г.**

2.5. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя) (Приложение № 2), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

2.6. [Перечень](https://internet.garant.ru/document/redirect/55724831/0) платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, является неотъемлемой частью настоящего договора (Приложение № 4).

2.7. Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу (нужное подчеркнуть): г. Челябинск, ул. Братьев Кашириных, д.130б, ул. Молдавская, д.11, ул. Чичерина, д.32, ул. Чичерина, д.36а.

2.8. Срок оказания медицинских услуг с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ года по «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ года. В случае увеличения срока оказания услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение.

Потребитель и (или) Заказчик уведомлен Исполнителем о сроках ожидания предоставления платных медицинских услуг: по медицинским показаниям в сроки согласно клиническому состоянию Потребителя и в соответствии с технической возможностью Исполнителя.

2.9. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется 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](https://internet.garant.ru/document/redirect/12191967/0) № 323-ФЗ.

# 3. Права и обязанности сторон

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в объеме и на условиях настоящего договора с соблюдением [порядков](https://internet.garant.ru/document/redirect/5755550/0) оказания медицинской помощи и [стандартов](https://internet.garant.ru/document/redirect/5181709/0) медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.1.2. Предоставить Потребителю (законному представителю Потребителя) по его требованию и в доступной для него форме 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, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

3.1.3.  При предоставлении платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

3.1.4. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, а также денежных средств, поступивших от Потребителя и (или) Заказчика.

3.1.5. Немедленно извещать Потребителя и (или) Заказчика о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

3.1.6. Предоставить Потребителю и (или) Заказчику в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках [Программы](https://internet.garant.ru/document/redirect/406065459/1000) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

3.1.7. В день завершения оказания медицинских услуг выдать Потребителю и (или) законному представителю Потребителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя 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.

3.2. Исполнитель вправе:

3.2.1. При возникновении объективной невозможности обеспечить безопасность медицинской услуги и (или) при выявлении у Потребителя противопоказаний к проведению лечебных и диагностических мероприятий отказаться в одностороннем порядке от исполнения обязательств по настоящему договору.

3.2.2. Требовать от Потребителя и (или) Заказчика:

- - предоставления Исполнителю до начала оказания медицинской услуги и далее всех известных достоверных сведений, которые могут повлиять на ход лечения, и требующихся для обеспечения своевременного и качественного оказания медицинской услуги, в том числе данных предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщения всех известных сведений о состоянии здоровья Потребителя, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения;

- бережного отношения к имуществу Исполнителя;

- соблюдения графика прохождения процедур, режима при приеме лекарственных препаратов, назначений, рекомендаций специалистов, лечебно-охранительного режима, правил внутреннего распорядка лечебного учреждения, правил техники безопасности и пожарной безопасности.

3.2.3. Отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем и (или) законным представителем Потребителя правил внутреннего распорядка лечебного учреждения, рекомендаций и назначений специалистов и нарушении режима работы учреждения.

3.2.4. В одностороннем порядке изменить предварительно определенный объем оказываемых медицинских услуг в случае, если существует угроза жизни или здоровью Пациента.

3.2.5. Отказать Пациенту в оказании платных медицинских услуг в случае нарушения Заказчиком условий п. 4.5 настоящего Договора, а также в случае отказа Потребителя и (или) законного представителя Потребителя от предоставления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (Приложение № 3) в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

3.2.6. Отказать в оказании платных медицинских услуг Пациенту, находящемуся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, за исключением случаев угрозы жизни и здоровью Пациента, когда необходима экстренная медицинская помощь.

3.3. Заказчик и (или) Потребитель (законный представитель Потребителя) обязуется:

3.3.1. Оплатить оказанную Исполнителем медицинскую услугу (выполненную работу) в порядке и сроки, установленные настоящим договором.

3.3.2. До начала оказания медицинской услуги и далее своевременно предоставить Исполнителю все известные достоверные сведения, которые могут повлиять на ход лечения, и требующиеся для обеспечения своевременного и качественного оказания медицинской услуги, в том числе данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии здоровья Потребителя, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

3.3.3. Обязан выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги, соблюдать Правила внутреннего распорядка медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности;

3.3.4. До начала оказания платной медицинской услуги подписать согласия и (или) отказы, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

3.3.5. Возместить убытки в случае причинения ущерба имуществу Исполнителя.

3.4. Потребитель и (или) законный представитель Потребителя вправе:

3.4.1. По требованию в доступной для него форме получить 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, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие

3.4.2. В день завершения оказания медицинских услуг получить у Исполнителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя 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. Стоимость платных медицинских услуг и порядок расчетов

4.1. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена [смета](https://internet.garant.ru/document/redirect/55724839/0). Ее составление по требованию Потребителя и (или) Заказчика или Исполнителя является обязательным, при этом она является неотъемлемой частью настоящего договора.

4.2. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю, определяется в соответствии с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен на медицинские услуги (далее – Прейскурант), и определена в Приложении № 4 к настоящему договору.

4.3. Потребителю и (или) Заказчику в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек).

4.4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя и (или) Заказчика. В случае согласия Заказчика и (или) Потребителя на оказание дополнительных медицинских услуг на возмездной основе, оформляется соответствующее дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, либо новый договор с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости в соответствии с действующим Прейскурантом.

Без оформления дополнительного соглашения к договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости Исполнитель не вправе предоставлять медицинские услуги на возмездной основе.

4.5. Оплата услуг по настоящему договору осуществляется Потребителем и (или) Заказчиком до начала их оказания на основании [Перечня](https://internet.garant.ru/document/redirect/55724831/0) предоставленных платных медицинских услуг, подписанного Сторонами, в российских рублях в порядке 100 % предварительной оплаты наличными денежными средствами в кассу ГАУЗ «ДГКП № 8 им. А. Невского г. Челябинск» (нужное подчеркнуть): г. Челябинск, ул. Братьев Кашириных, д.130б, ул. Молдавская, д.11) либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. Днем оплаты по безналичному расчету считается день зачисления денежных средств на счет Исполнителя.

4.6. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Заказчика удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Заказчиком по настоящему договору, возвращается ему согласно его заявлению в течение 15 календарных дней.

4.7. При оказании платных медицинских услуг обязанность Исполнителя по возврату денежной суммы, уплаченной Потребителем и (или) Заказчиком по договору, возникает в соответствии с [главой III](https://internet.garant.ru/document/redirect/10106035/300) Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-I «О защите прав потребителей» (далее – Закон РФ № 2300-I).

4.8. Оплата медицинской услуги Потребителем и (или) Заказчиком путем перевода средств на счет третьего лица, указанного Исполнителем (в письменной форме), не освобождает Исполнителя от обязанности осуществить возврат уплаченной Потребителем и (или) Заказчиком суммы как при отказе от исполнения договора, так и при оказании медицинских услуг (выполнении работ) ненадлежащего качества, в соответствии с Законом РФ № 2300-I.

4.9. В целях защиты прав потребителя Исполнитель по обращению Заказчика и (или) Потребителя выдает следующие документы, подтверждающие его фактические расходы на оказанные медицинские услуги и (или) приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения:

- копию договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения);

- справку об оплате медицинских услуг по установленной форме;

- рецептурный бланк с проставленным штампом «Для налоговых органов Российской Федерации, идентификационный номер налогоплательщика», заверенный подписью и личной печатью врача, печатью медицинской организации;

- документы установленного образца, подтверждающие оплату лекарственных препаратов.

# 5. Ответственность сторон за невыполнение условий договора

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Стороны несут ответственность, предусмотренную 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 не несет ответственности за оказание медицинских услуг, в том числе за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Заказчиком и (или) Потребителем (законным представителем Потребителя) неполной и (или) недостоверной информации, предусмотренной п. 3.3.2 настоящего договора, а также в случаях нарушения требований, установленных п. 3.3.3, 3.3.4 настоящего договора.

5.4. При наличии в настоящем договоре условий, ущемляющих права Потребителя, повлекших причинение ему убытков, они подлежат возмещению Исполнителем в полном объеме в соответствии со [статьей 13](https://internet.garant.ru/document/redirect/10106035/13) Закона РФ № 2300-I.

Потребитель и (или) Заказчик могут направить Исполнителю в любой форме и любым, включая дистанционный, способом требования, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной платной медицинской услуги), а Исполнитель обязан принять эти требования, в том числе дистанционным способом.

Требование Заказчика о возмещении убытков подлежит удовлетворению в течение десяти дней со дня его предъявления.

5.5. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

# 6. Конфиденциальность

6.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

6.2. В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и Федеральным законом № 323-ФЗ сохранять конфиденциальность персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну.

# 7. Порядок изменения и расторжения договора

7.1. Изменения и дополнения к настоящему договору оформляются письменно в виде дополнительных соглашений, подписанных Сторонами, и считаются неотъемлемой частью настоящего договора.

7.2. Расторжение договора допускается по соглашению Сторон, в случае существенного нарушения обязательств одной из Сторон, по решению суда или в связи с односторонним отказом Стороны от исполнения по основаниям, указанным в настоящем договоре, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

7.3. В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Заказчика и (или) Потребителя (законного представителя Потребителя), в том числе, по причине отказа Потребителя (законного представителя Потребителя) и (или) Заказчика после заключения договора от получения медицинских услуг, настоящий договор расторгается, при этом Потребитель (законный представитель Потребителя) и (или) Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7.4. Потребитель (законный представитель Потребителя) и (или) Заказчик, решивший расторгнуть настоящий договор, уведомляет Исполнителя о намерении расторгнуть договор в письменном виде, подав заявление в окно платных услуг по месту произведения оплаты за медицинскую(ие) услугу(и) по настоящему договору.

7.5. Предоставленное настоящим договором и законодательством Российской Федерации право на односторонний отказ от договора (исполнения договора) может быть осуществлено Стороной путем уведомления другой Стороны об отказе от договора (исполнения договора). Договор считается расторгнутым с момента получения одной Стороной письменного уведомления об отказе от договора (исполнения договора) от другой Стороны. Уведомление об одностороннем расторжении договора направляется (передается) другой стороне с использованием любых средств связи и доставки, обеспечивающих фиксирование данного уведомления и получение подтверждения о его вручении другой Стороне (направления другой Стороне).

# 8. Заключительные положения

8.1. Потребитель (законный представитель Потребителя) и (или) Заказчик подтверждает, что при заключении настоящего договора Исполнитель:

8.1.1. ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 (далее – Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг), которые размещены на интернет-сайте Исполнителя, на информационной стойке в окне платных услуг и доступны неограниченному кругу лиц в течение всего рабочего времени медицинской организации;

8.1.2. ознакомил его с Положением о порядке и условиях предоставления платных услуг в ГАУЗ «ДГКП № 8 им. А. Невского г. Челябинск», утвержденным приказом от 31.08.2023 № 120/1, которое размещено на интернет-сайте Исполнителя, на информационной стойке в окне платных услуг и доступно неограниченному кругу лиц в течение всего рабочего времени медицинской организации;

8.1.3. ознакомил его с действующим в ГАУЗ «ДГКП № 8 им. А. Невского г. Челябинск» Прейскурантом, утвержденным в установленном порядке, который размещен на интернет-сайте Исполнителя, на информационной стойке в окне платных услуг и доступен неограниченному кругу лиц в течение всего рабочего времени медицинской организации;

8.1.4. представил для ознакомления выписку из Лицензии на осуществление медицинской деятельности, которая размещена на интернет-сайте Исполнителя, на информационной стойке в окне платных услуг и доступна неограниченному кругу лиц в течение всего рабочего времени медицинской организации;

8.1.5. довел до Потребителя (законного представителя Потребителя) и (или) Заказчика информацию о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации, а также сообщил почтовый адрес и (или) адрес электронной почты, на которые может быть направлено обращение (жалоба).

8.2. При заключении настоящего договора Потребителю (законному представителю Потребителя) и (или) Заказчику в доступной форме предоставлена следующая информация:

8.2.1. о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках [программы](https://internet.garant.ru/document/redirect/406065459/1000) 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;

8.2.2. [перечень](https://internet.garant.ru/document/redirect/55724831/0) платных медицинских услуг, соответствующих [номенклатуре](https://internet.garant.ru/document/redirect/71805302/1000) медицинских услуг, указанной в [п. 2.3](#sub_23) настоящего договора, с указанием цен в рублях;

8.2.3. сроки ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, в случае участия исполнителя в реализации территориальной программы;

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

8.2.5. информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

8.2.5.1. [порядок](https://internet.garant.ru/document/redirect/5755550/0) оказания медицинской помощи и [стандарты](https://internet.garant.ru/document/redirect/5181709/0) 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;

8.2.5.2. информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации), а также о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

8.2.5.3. другие сведения, относящиеся к предмету договора.

Подписывая настоящий договор, Потребитель (законный представитель Потребителя) и (или) Заказчик подтверждает предоставление Исполнителем при заключении настоящего договора указанной в настоящем пункте информации в доступной форме.

8.3. Подписывая настоящий договор, Потребитель (законный представитель Потребителя) и (или) Заказчик подтверждает, что до заключения настоящего договора уведомлен Исполнителем о том, что:

8.3.1. 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;

8.3.2. граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с [Федеральным законом](https://internet.garant.ru/document/redirect/12191967/0) № 323-ФЗ обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

8.4. При предъявлении Потребителем и (или) Заказчиком требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), Исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом РФ № 2300-I.

8.5. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств Сторонами. Договор составлен в двух экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Заказчика.

8.6. Заказчик и (или) Потребитель (законный представитель Потребителя) дает согласие на обработку персональных данных (своих и Потребителя) (Приложение № 5), необходимых для исполнения настоящего договора, а также для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов Потребителя.

8.7. Все приложения к настоящему Договору являются его неотъемлемой частью.

8.8. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

# 9. Реквизиты и подписи сторон

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель**  **Государственное автономное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая поликлиника № 8 имени Александра Невского г. Челябинск) (сокращенное ГАУЗ «ДГКП № 8 им. А. Невского г. Челябинск»)**  Юридический адрес: 454003, г. Челябинск, ул. Братьев Кашириных, 130Б  ОГРН 1037402317787  ИНН 7447027510 КПП 744701001  ОТДЕЛЕНИЕ ЧЕЛЯБИНСК БАНКА РОССИИ//  УФК по Челябинской области, г. Челябинск  Минфин Челябинской области  (ГАУЗ «ДГКП № 8 им. А. Невского г. Челябинск», 30201607030ПЛ)  БИК 017501500  р/с 40102810645370000062  ЕКС 03224643750000006900  Тел.: +7(351) 219-19-10  e-mail: [muzdgp8@mail.ru](mailto:muzdgp8@mail.ru)  https://chel-dgkp8.ru/  Должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /ФИО/ | **Заказчик**  Законный представитель потребителя (лицо, заключающее договор от имени потребителя):  [фамилия, имя и отчество (при наличии)], проживающий по адресу: [адрес места жительства]  [иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения]  паспорт: [данные документа, удостоверяющего личность законного представителя потребителя]  телефон: [указать номер]  [ подпись, инициалы, фамилия] |

Приложение № 1

к Договору предоставления платных медицинских услуг

№ \_\_\_\_\_\_\_от «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

[**Перечень**](https://internet.garant.ru/document/redirect/55724831/0) **предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность**

**ГАУЗ «ДГКП № 8 им. А. Невского г. Челябинск» в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности № Л041-01024-74/00367874 от 21.01.2020**

Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности:

454128, Челябинская область, г. Челябинск, ул. Чичерина, д. 32. Нежилое помещение №1 (помещение поликлиники) выполняемые работы, оказываемые услуги: Приказ 866н: При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лечебной физкультуре; медицинскому массажу; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; стоматологии; стоматологии профилактической; физиотерапии; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: генетике; диетологии; медицинской реабилитации; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; психотерапии; рефлексотерапии; спортивной медицине; стоматологии детской; эндоскопии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: аллергологии и иммунологии; спортивной медицине; физиотерапии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе качества медицинской помощи.

454003, Челябинская область, г. Челябинск, ул. Братьев Кашириных, д. 130-б, нежилое здание (здание детской поликлиники №8) выполняемые работы, оказываемые услуги: Приказ 866н: 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); лабораторной диагностике; лечебному делу; медицинской статистике; медицинскому массажу; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; стоматологии; физиотерапии; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); аллергологии и иммунологии; гастроэнтерологии; детской кардиологии; детской урологии-андрологии; детской хирургии; детской эндокринологии; инфекционным болезням; клинической лабораторной диагностике; неврологии; нефрологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; ортодонтии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; психиатрии; психотерапии; пульмонологии; стоматологии детской; стоматологии общей практики; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностике; челюстно-лицевой хирургии; эндокринологии; 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 (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам профилактическим.

454128, Челябинская область, г. Челябинск, ул. Чичерина, 36-а выполняемые работы, оказываемые услуги: Приказ 866н: При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии.

454021, Челябинская область, г. Челябинск, ул. Молдавская, д. 11, пом. 1. выполняемые работы, оказываемые услуги: Приказ 866н: 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); лабораторной диагностике; лечебному делу; медицинской статистике; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; стоматологии; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); аллергологии и иммунологии; гастроэнтерологии; детской кардиологии; детской урологии-андрологии; детской хирургии; детской эндокринологии; инфекционным болезням; клинической лабораторной диагностике; неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; рентгенологии; стоматологии детской; стоматологии общей практики; сурдологии-оториноларингологии; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; функциональной диагностике; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам профилактическим.

Лицензирующий орган: Министерство здравоохранения Челябинской области

Адрес: 454091, [г. Челябинск, ул. Кирова, д. 165](https://zdrav74.ru/about/contacts/location/)

тел. [+7 (351) 240-22-22](tel:+73512402222)

Приложение № 2

к Договору предоставления платных медицинских услуг от

№ \_\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

**Информированное добровольное согласие Потребителя (законного представителя Потребителя)**

**на оказание платных медицинских услуг**

На основании п. 2 ст.19 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (далее - Федеральный закон № 323-ФЗ),

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

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)

являющий(ая)ся законным представителем Потребителя (пациента) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество (последнее — при наличии) Потребителя (пациента); год рождения)

настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в **Государственном автономном учреждении здравоохранения «Детская городская клиническая поликлиника № 8 имени Александра Невского г. Челябинск**», а также подтверждаю, что в доступной для меня форме мне доведено следующее:

# 1. Разъяснены мои права, предусмотренные ст. 19, 21 Федерального закона № 323-ФЗ, Законом Российской Федерации № 2300-I от 07.02.1992 «О защите прав потребителей», Постановлением Правительства Российской Федерации [№ 736 от 11.05.2023 «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 04.10.2012 № 1006»](https://internet.garant.ru/document/redirect/406870186/0).

2. В соответствии с требованиями ст. 20, 22 Федерального закона № 323-ФЗ, я информирован, что необходимым предварительным условием оказания медицинской помощи является получение добровольного информированного согласия, а также имею право отказаться от получения медицинской помощи, и дал такое согласие.

3. Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о предлагаемых видах и объемах медицинской помощи.

Мне разъяснено о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках [программы](https://internet.garant.ru/document/redirect/406065459/1000) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа). Отказ потребителя (пациента) от предлагаемых платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы

4. Я добровольно отказываюсь от реализации своего права на бесплатную медицинскую помощь и настаиваю на получении платных медицинских услуг.

5. Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками, условиями оказания и порядком оплаты медицинских услуг, действующим Прейскурантом и согласен(а) оплатить стоимость указанных медицинских услуг в соответствии с ним за счет своих личных средств и иных источников дохода, не запрещенных действующим законодательством. Я осознаю, что оплаченные мной денежные средства возврату не подлежат, за исключением случаев, предусмотренных договором и действующим законодательством, и обязуюсь не предпринимать действий по возврату указанных денежных средств за качественно оказанные услуги.

6. Также до заключения договора я проинформирован 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 (пациента).

7. Внимательно прочитав все вышеуказанное, я подтверждаю, что получил исчерпывающую информацию о лечении и его условиях в доступной для меня форме, и изъявляю желание заключить договор предоставления платных медицинских услуг, о чем свидетельствует моя подпись под этим документом.

Все положения настоящего документа мне разъяснены и понятны.

Информацию до Заказчика и (или) Потребителя довел:

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

(должность, Ф.И.О.)

Подпись Заказчика и (или) Потребителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Приложение № 3

к Договору предоставления платных медицинских услуг

№ \_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА) НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Данный раздел бланка заполняется гражданами старше 15 лет

|  |
| --- |
| Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, |
| (полностью фамилия, имя, отчество (последнее — при наличии) пациента в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (адрес места жительства пациента)  паспорт: серия \_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_, кем и когда выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|
| иной документ, удостоверяющий личность гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее — пациент), |

Данный раздел бланка заполняется только законным представителем пациента, не достигшего возраста 15 лет, или недееспособного гражданина

|  |
| --- |
| Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, |
| (полностью фамилия, имя, отчество (последнее — при наличии) законного представителя пациента в именительном падеже в соответствии документом, удостоверяющим личность)  проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (адрес места жительства законного представителя пациента)  паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_, кем и когда выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|
| иной документ, удостоверяющий личность законного представителя пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|
| являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (указывается нужное)  пациента (ребенка или гражданина, признанного недееспособным): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (указывается нужное)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|
|
| (указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее — при наличии) пациента; год рождения; реквизиты документа,  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| подтверждающего право представлять интересы гражданина) |

в соответствии с частью 1 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ) даю информированное добровольное согласие (далее — 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 23.04.2012 № 390н (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Государственном автономном учреждении здравоохранения «Детская городская клиническая поликлиника № 8 им. А. Невского г. Челябинск».

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 № 323-ФЗ.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона № 323-ФЗ 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) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. | | |
|  | (дата оформления) |  |

Приложение № 4

к Договору предоставления платных медицинских услуг

№ \_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

**Перечень платных медицинских услуг**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Номенклатурный код медицинской услуги | Наименование медицинской услуги | Количество, шт. | Стоимость за единицу, руб. | Итого стоимость, руб. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |
| ИТОГО руб., в том числе НДС не облагается | | | |  |

Стоимость услуг по настоящему Договору составляет: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(буквенно-цифровое написание)

(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ копеек, в том числе НДС не облагается на основании

(указывается цифровым способом)

подпункта 2 пункта 2 статьи 149 части второй Налогового кодекса Российской Федерации.

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель**  **Государственное автономное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая поликлиника № 8 имени Александра Невского г. Челябинск) (сокращенное ГАУЗ «ДГКП № 8 им. А. Невского г. Челябинск»)**  Юридический адрес: 454003, г. Челябинск, ул. Братьев Кашириных, 130Б  ОГРН 1037402317787  ИНН 7447027510 КПП 744701001  ОТДЕЛЕНИЕ ЧЕЛЯБИНСК БАНКА РОССИИ//  УФК по Челябинской области, г. Челябинск  Минфин Челябинской области  (ГАУЗ «ДГКП № 8 им. А. Невского г. Челябинск», 30201607030ПЛ)  БИК 017501500  р/с 40102810645370000062  ЕКС 03224643750000006900  Тел.: +7(351) 219-19-10  e-mail: [muzdgp8@mail.ru](mailto:muzdgp8@mail.ru)  https://chel-dgkp8.ru/  Должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /ФИО/ | **Заказчик**  Законный представитель потребителя (лицо, заключающее договор от имени потребителя):  [фамилия, имя и отчество (при наличии)], проживающий по адресу: [адрес места жительства]  [иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения]  паспорт: [данные документа, удостоверяющего личность законного представителя потребителя]  телефон: [указать номер]  [ подпись, инициалы, фамилия] |

Приложение № 5

к Договору предоставления платных медицинских услуг 

№ \_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

**СОГЛАСИЕ ЗАКАЗЧИКА И (ИЛИ) ПОТРЕБИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПОТРЕБИТЕЛЯ) НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Данный раздел бланка заполняется гражданами старше 15 лет

|  |
| --- |
| Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, |
| (полностью фамилия, имя, отчество (последнее — при наличии) пациента в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (адрес места жительства пациента)  паспорт: серия\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_, кем и когда выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|
| иной документ, удостоверяющий личность гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее — пациент) |
|  |

Данный раздел бланка заполняется только законным представителем потребителя (пациента), не достигшего возраста 15 лет, или недееспособного гражданина

|  |
| --- |
| Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, |
| (полностью фамилия, имя, отчество (последнее — при наличии) законного представителя потребителя (пациента) в именительном падеже в соответствии документом, удостоверяющим личность)  проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (адрес места жительства законного представителя потребителя (пациента))  паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_, кем и когда выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|
| иной документ, удостоверяющий личность законного представителя потребителя (пациента) |
|
| являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (указывается нужное)  потребителя (пациента) (ребенка или гражданина, признанного недееспособным): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (указывается нужное) |
|
|
| (указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее — при наличии) потребителя (пациента); год рождения; реквизиты |
| документа, подтверждающего право представлять интересы гражданина) |

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.06 г. «О персональных данных», действуя свободно, своей волей, в своих интересах (лица, законным представителем которого я являюсь), понимая значение своих действий, даю свое согласие медицинской организации: Государственному автономному учреждению здравоохранения «Детская городская клиническая поликлиника № 8 им. А. Невского г. Челябинск», расположенной по адресу: 454003, г. Челябинск, улица Братьев Кашириных, д.130б, (далее Оператор) на обработку моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество (последнее — при наличии), пол, дату рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность (паспортные данные, данные свидетельства о рождении и др.), место жительства/регистрации, дату регистрации, номера телефонов для связи, адрес электронной почты (при наличии), страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования (СНИЛС), номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица (при наличии), место работы (учебы) (наименование организации (учебного учреждения), адрес, занимаемая должность, и т.д.), идентификационный номер налогоплательщика, номер полиса добровольного медицинского страхования (наименование страховой компании), в том числе даю согласие на обработку специальной категории персональных данных: данных об оказании медицинских услуг, о состоянии моего/представляемого здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иных сведений, полученных в результате медицинских исследований.

Указанные персональные данные предоставляю для обработки в следующих целях:

- в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну;

- реализации Оператором своих полномочий и выполнения своих обязанностей, обязательств и компетенций, определенных Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также иными законами и нормативными правовыми актами Российской Федерации.

Предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими (лица, законным представителем которого я являюсь) персональными данными, в том числе в электронном виде, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. В процессе оказания Оператором мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои (лица, законным представителем которого я являюсь) персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего (лица, чьим законным представителем я являюсь) обследования и лечения.

Оператор вправе обрабатывать мои (лица, законным представителем которого я являюсь) персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну неавтоматизированным и автоматизированным способами, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные нормативными правовыми актами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС, договором ДМС, договором на оказание платных медицинских услуг. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору предоставления медицинских услуг по добровольному медицинскому страхованию) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными/персональными данными лица, законным представителем которого я являюсь, со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Настоящий документ вступает в силу с даты его подписания и действует в течение неопределенного срока.

Персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, хранятся у Оператора в течение срока хранения первичных медицинских документов, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации

Передача моих / лица, законным представителем которого я являюсь, персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного заявления, которое может быть направлено мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под подпись представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

В случае отзыва настоящего документа Оператор вправе продолжить обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия при наличии оснований, указанных в части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я удостоверяю, что:

* права как субъекта персональных данных мне разъяснены и мне понятны;
* на все мои вопросы я получил(а) понятные мне ответы;
* текст настоящего документа мною прочитан, мне понятно назначение настоящего документа, полученные разъяснения мне понятны.

Дата начала обработки персональных данных: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Потребитель / законный представитель потребителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (ФИО)