

Договор на оказание платных медицинских услуг

г. Набережные Челны

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Детская городская поликлиника № 5» в лице главного врача Коналева М.В., действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка) именуемого в дальнейшем «Заказчик», законный представитель несовершеннолетнего (родитель, опекун), именуемого в дальнейшем «Потребитель», в случае достижения последним 14-летнего возраста, с другой стороны, именуемые в дальнейшем «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 - договор);

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

Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

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

«Исполнитель» - медицинская организация, оказывающая платные медицинские услуги в соответствии с Договором.

1.2. Платные медицинские услуги (работы) предоставляются Исполнителем на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № 1041-01181-16/00326894 от «16» декабря 2019 г., срок действия бесспорно, выдана Министерством здравоохранения Республики Татарстан, адрес и телефон лицензируемого органа: Республика Татарстан, 420012 г. Казань, ул. Бутлерова, 40/11, тел. +7 (843) 231-20-70, предоставленной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности.

1.3. Перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя указан в соответствии с вышеуказанной лицензией: информация о лицензии на осуществление медицинской деятельности прилагается (Приложение № 1).

2. Предмет договора

2.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется предоставить платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям настоящего договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к таким услугам, а Потребитель (Заказчик) обязуется оплатить оказанные услуги в размере, порядке и сроки, установленные настоящим договором.

Перечень медицинских услуг, оказываемых Потребителем (Заказчиком) в соответствии с настоящим Договором, определяется в Приложении №2, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.2. При необходимости Исполнитель может оказать дополнительные медицинские услуги Потребителю, не указанные в Приложении №2 настоящего договора, перечень и стоимость и сроки оказания которых согласовываются Сторонами путем заключения дополнительного соглашения или нового договора. Увеличение объема оказываемых Исполнителем и дополнительно оплачиваемых Потребителем (Заказчиком) медицинских услуг по сравнению с перечисленными в Приложении №2 настоящего договора возможно только с согласия Потребителя (Заказчика).

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

2.4. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуются и оказываются:

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

- в соответствии с порядками медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;

- на основе клинических рекомендаций;

- с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - стандарт медицинской помощи).

2.5. Платные медицинские услуги должны соответствовать номенклатуре медицинских услуг, утвержденной 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 (Заказчика).

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

2.7. При направлении Потребителя (Заказчика) лечащим врачом на консультацию, диагностическое исследование или госпитализацию при отсутствии экстренных показаний срок ожидания медицинской услуги не должен превышать 10 рабочих дней. Порядок фиксирования очередности устанавливается заместителем главного врача по медицинской части ГАУЗ «Детская городская поликлиника №5», либо должностным лицом, замещающим на период отсутствия.

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

3. Права и обязанности сторон

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать Потребителю (Заказчику) платные медицинские услуги в полном объеме с соблюдением порядка оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.1.2. Предоставить Потребителю (Заказчику) по его требованию и в доступной для него форме информацию: - о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения.

3.1.3. Предоставить Потребителю (Заказчику) по его просьбе доступную действующим законодательством информацию, в т.ч. копии медицинской документации (выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

3.1.4. Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления услуг по настоящему договору.

3.1.5. 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.

3.1.6. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителем (Заказчиком) услуг, а также денежных средств, поступивших от Потребителя (Заказчика).

3.1.7. Предоставить в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемах 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.

3.2. Исполнитель вправе:

3.2.1. Получать от Потребителя (Заказчика) информацию и медицинскую документацию, необходимую для качественного оказания медицинских услуг по настоящему договору.

3.2.2. Отсрочить или отменить лечебное мероприятие, в том числе в день процедуры, в случае обнаружения у пациента противопоказаний.

3.2.4. При изменении клинической ситуации изменить с согласия Потребителя (Заказчика) план или сроки лечения, а в случае несогласия Потребителя (Заказчика) с предложенными изменениями прервать лечение и расторгнуть договор.

3.2.5. Отказать в приеме Потребителем (Заказчиком), если он нарушает пункты данного Договора и правила внутреннего распорядка Поликлиники.

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

3.3. Потребитель (Заказчик) обязуется:

3.3.1. Оплатить оказанную Исполнителем медицинскую услугу в порядке и сроки, установленные настоящим договором.

3.4. Потребитель (Заказчик) имеет право:

3.4.1. В доступной для него форме получить информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

4. Стоматологические услуги и порядок расчетов

4.1. Потребитель (Заказчик) осуществляет 100% предоплату стоматологических услуг, предоставляемых по настоящему договору наличными или безналичными денежными средствами. В случае внесения денежных средств в кассу Исполнителя Потребителю (Заказчику) выдается в случаях, установленных законодательством Российской Федерации о применении контрольно-кассовой техники, документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек или бланк строгой отчетности).

4.2. В случае досрочного расторжения настоящего договора по желанию Потребителя (Заказчика), внесенная им плата возвращается за вычетом стоимости фактически оказанных Исполнителем услуг таким же способом какими Потребителем (Заказчиком) была произведена оплата.

4.3. После возврата стоимости услуг настоящий договор считается расторгнутым по соглашению сторон и Потребителю (Заказчику) выдается документ с указанием размера фактически оказанной услуги.

4.4. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителем (Заказчиком), определяется в соответствии с действующим у Исполнителя Прейскурантом и (или) сметой на предоставление платных медицинских услуг.

4.5. Оплата стоматологических услуг производится Потребителем (Заказчиком) путем внесения авансовых платежей (депозит) в кассу Исполнителя до начала оказания услуг.

4.6. Исполнитель по факту оказания стоматологических услуг предоставляет Потребителю (Заказчику) акт об оказании услуг, который оформляется в 2-х экз. (один экз. Потребителю (Заказчику), второй экз. Исполнителем).

5. Ответственность сторон за невыполнение условий договора

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством РФ.

6. Конфиденциальность

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

6.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя (Заказчика) за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

7. Прочие условия

7.1. Настоящий договор может быть заключен посредством использования сети «ИНТЕРНЕТ» через официальный сайт Исполнителя на основании ознакомления Потребителя (Заказчика) с предложенным Исполнителем описанием медицинской услуги (дистанционный способ заключения договора).

7.2. Договор считается заключенным с момента оформления Потребителем (Заказчиком) соответствующего согласия (акцепта) в электронной форме и внесения оплаты по нему с учетом требований ст. 15.1 и 37 Закона Российской Федерации от 7 февраля 1992 г. №2300-1 «О защите прав потребителей».

С момента заключения акцепта и осуществления Потребителем (Заказчиком) оплаты по нему, все условия Договора остаются неизменными и не должны корректироваться учреждением без согласия потребителя.

7.3. При заключении Договора дистанционным способом отказ Потребителя и (или) Заказчика от исполнения Договора может быть совершен способом, используемым при его заключении.

7.4. После заключения договора Заказчику (Потребителю) должно прийти подтверждение с номером договора или иным способом идентификации договора, который позволяет получить информацию о договоре, подписанный электронной подписью Исполнителя.

7.5. Для идентификации Заказчика (Потребителя) может использоваться учетная запись на Едином портале госуслуг. Договор подписывается электронными подписями сторон. Заказчик (Потребитель) вправе пользоваться любым видом электронной подписи, включая простую (то есть логин и пароль), а Исполнитель обязан использовать усиленную квалифицированную электронную подпись.

7.5. Стороны обязуются все возникающие разногласия решать путем переговоров. При не урегулировании Сторонами возникших разногласий спор разрешается в судебном порядке. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством.

8. Заключительные положения

8.1. Все изменения и дополнения к настоящему Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны сторонами.

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

8.3. В случае отказа Потребителя (Заказчика) после заключения договора от получения медицинских услуг настоящий договор расторгается, при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

8.4. Настоящий договор составлен в 3-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Заказчика, третий – у Потребителя. В случае если Договор заключается между Потребителем и Исполнителем, он составляется в 2-х экземплярах.

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

9. Срок действия договора.

9.1. Договор считается заключенным со дня его подписания и действует в течение 1 (одного) года.

10. Реквизиты и подписи сторон

Ф.И.О (полностью) Пациента(ребенка)	
Дата рождения	
Адрес места жительства, иные адреса и телефоны, на которые Исполнитель может направлять ответы на письменные обращения	
Контактный телефон	
Данные документа удостоверяющего личность(указать нужно)	серия номер выдан дата выдачи

ИСПОЛНИТЕЛЬ	ПОТРЕБИТЕЛЬ-ЗАКАЗЧИК
ГБУЗ "ДЕТСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №5"	(Ф.И.О)
Адрес: 423831, Респ. Татарстан, г. Набережные Челны, пр-кт Сююмбике, д. 45 ОГРН 1021602023585 ИНН 1650047590	Адрес: Электронный адрес: Сотовый телефон:
Главный врач	Паспортные данные: серия номер выдан дата выдачи
(Ковалев М.В.)	0
подпись	подпись
Ф.И.О	Ф.И.О

АКТ ОКАЗАННЫХ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
к договору №790 от 11.04.2025г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Детская городская поликлиника № 5» в лице Главного врача Ковалева М.В., действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель» и Потребитель (Заказчик), составили настоящий акт о нижеследующем:

В соответствии с договором об оказании платных медицинских услуг Исполнитель оказал следующие медицинские услуги:

№	Наименование медицинской услуги	Ед. изм.	Кол-во	Стоимость одной услуги, руб.	Сумма, руб.
	ИТОГО		0		0

Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Потребитель претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

ИСПОЛНИТЕЛЬ

ГАУЗ "ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №5"
Главный врач

_____ (Ковалев М.В.)
подпись **Ф.И.О**

ПОТРЕБИТЕЛЬ (ЗАКАЗЧИК)

(Ф.И.О)

_____ (_____)
подпись **Ф.И.О**

из лицензии на осуществление медицинской деятельности

лания от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основных гарантиях охраны здоровья граждан в Российской Федерации», состав РФ от 11.05.2003 г. №736 «Об утверждении Правил предоставления медицинских услуг»), выдан, до получения платной медицинской услуги в ГАУЗ «ДПЦ № 5» и до оказания платных медицинских услуг в поступной для меня форме, проинформирован (а) (подпись, печать, дата).

- о возможности полу

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без вынуждения платить в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа);

- о мере предоставления платных медицинских услуг, предоставления услуг в АЗС и др. с/п, о ценах на платные услуги, условия, форма;
- о порядке и сроках ожидания их предоставления и оплаты;
- о медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, уровне их профессионального образования и квалификации;

- о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (это профессиональным образованием и квалификацией);
- мне предоставлена вся необходимая информация об учреждении, в том числе, о режиме работы учреждения, графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;

и - о конфиденциальности, как по поводу в сфере здравоохранения, так и в сфере защиты прав потребителей (их адреса и телефоны), низкая информативность, предельно высокая приватность предоставления платных медицинских услуг, а также постоянный и формальный наплевательский обходительный и оспариваемый государственных власти и оппозиции.

адрес и (или) адрес электронной почты, на которые может быть направлено обращение (желательно, адрес и адрес электронной почты, на которые необходимо сведения о лицензиях ГАУЗ «ДПТ № 5» на осуществление медицинской

организации в соответствии с лицензиями;
- а информирован(а) о целях, характере, о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах

предоставляющей платную медицинскую помощь) в том числе назначенного режима лечения может снизить качество оказания медицинской помощи, что несомненно указывает (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, медицинского специалиста, их помощников и оказавших результаты оказания медицинской помощи;

предоставляемой платной медицинской услугой, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отлагательно соскаться на состояние здоровья,

- и информирован(а), что отказ потребителей от заключения договора оказания платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объема медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без внимания платы в

[illegible]

Мне разъяснено, и я полностью осознала, что проводимое мне лечение (диагностическое обследование) не гарантирует 100% результат и что как при предоставлении медицинских услуг, так и после их предоставления, возможны различные

осложнения, обусловленные индивидуальными биологическими особенностями организма. И полностью согласен(а) с тем, что использование при моем лечении (диагностическом обследовании) технологий не может дать 100% исключать вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных индивидуальными биологическими особенностями организма, и в том случае, если предоставление медицинская услуга была осуществлена с учетом всех необходимых требований, ГЛУЗ «ДПТ № 5». Россия не несет ответственности за их возникновение.

И осознал и понимаю, что для получения лучших результатов лечения (диагностического обследования) я должен(а) предоставить все необходимые, рекомендации и советы врачей ГЛУЗ «ДПТ № 5».

И, получив полную информацию о возможности и условиях оказания пациенту медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС, хочу воспользоваться своим правом на получение платных медицинских и иных услуг, предоставляемых медицинскими организациями, не входящими в систему ОМС.

даю свое согласие на их получение и готов(а) их оплатить. Я удостоверяю, что текст настоящего информированного согласия мною прочитан, его положения мне понятны, я даю свое согласие на получение и оплату платных медицинских и иных платных услуг в ГАУЗ «ДП № 5» и на заключение договора оказания платных медицинских и иных услуг.

поиске imperfect / настоящего простатива / заглава

_____ позднее потребление/законного прекращения/у/законного

Уведомление

об информировании до заключения договора на оказание платных медицинских услуг

Я, нижеподписавшийся(ая), года рождения, проживающий (ая) по адресу: , настоящим подтверждаю, что мне до заключения договора об оказание медицинских услуг предоставлена в доступной форме информация о возможности получения, соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - соответственно программа, территориальная программа).

Я согласен(а) оплатить услугу, я получаю(а) информацию о стоимости медицинских услуг, о правилах ее оплаты и документах, подтверждающих этот факт.

Я ознакомлен(а) с тем, что можно получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях по месту жительства на других условиях. Получая у Исполнителя полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг, я согласен(а) на оказание платных медицинских услуг и готов (а) их оплатить.

До подписания договора об оказании платных медицинских услуг я ознакомлен(а) с прейскурантом, действующим на дату заключения договора.

Я ознакомлен(а) с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736). Положением о порядке предоставления платных медицинских услуг в ГАУЗ «Детская городская поликлиника №5», порядком оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информацию о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Информирован о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации); о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

Настоящим, я информирован(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя, 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 пациента.

Подтверждаю, что до заключения договора информирован о том, что:

-Обращение, жалоба, претензия Потребитель (Заказчик) может направить на электронный адрес: DR015.Ch@tatar.ru или лично путем обращения в приемную Исполнителя. Срок рассмотрения обращения устанавливается в течение 10 календарных дней с даты получения обращения, жалобы, претензии.

-В случае несогласия с ответом на обращение вправе обратиться в Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Республике Татарстан по адресу: ул. Нарманова 63, Республика Татарстан, г.Казань, 420021. Телефон приемной (843) 292-54-37. Сайт: tatar.goszdraznadzor.gov.ru.

Территориальный орган Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Республике Татарстан в городе Набережные Челны, Актавышском, Тукаевском, Мензелинском районах (Н.Челнинский ТО): Адрес:423831, Респ. Татарстан, г. Набережные Челны, пр-кт Сююмбике, д. 45, e-mail: pr.chelny@takt.ru

0

"11" апреля 2025г.

ПЕРЕЧЕНЬ платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю (Заказчику)

№	Наименование медицинской услуги	Код	Кол-во	Стоимость одной услуги, руб.	Сумма, руб.	Срок ожидания оказания услуг	Специалист, кабинет
							каб.
	ИТОГО		0		0		

ИСПОЛНИТЕЛЬ

ГАУЗ "ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №5"
Главный врач

_____ (Ковалев М.В.)

подпись

Ф.И.О

ПОТРЕБИТЕЛЬ (ЗАКАЗЧИК)

(Ф.И.О)

_____ ()

подпись

Ф.И.О