

# ДОГОВОР № \_\_\_\_\_

## на оказание платных медицинских услуг

(8172) 74-00-34

г. Вологда

г. \_\_\_\_\_

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Адрес место жительства - \_\_\_\_\_, телефон - \_\_\_\_\_

именуемый "Заказчик", с одной стороны, и Бюджетное учреждение здравоохранения Вологодской области «Вологодская городская поликлиника №3» находящееся по адресу, 160025, г. Вологда, ул. Московская, д. 2-А, именуемое в дальнейшем "Исполнитель" (свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц, о юридическом лице зарегистрированном до 01.07.2002 года серия 35 № 000634209 дата внесения записи 29.01.2003 года выдано Инспекцией Министерства Российской Федерации по налогам и сборам по г. Вологде), в лице кассира отдела платных услуг \_\_\_\_\_, действующей на основании приказа главного врача БУЗ ВО "Вологодская городская поликлиника №3" № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г., доверенности от \_\_\_\_\_ г. и действующей лицензии от 01.06.2020 года №ЛО-35-01-002941, выданной на оказание медицинских услуг бессрочно Департаментом здравоохранения Вологодской области, расположенного по адресу: 160000, г. Вологда, ул. Предтеченская 19, телефон: 8(8172)72-14-25, факс 8 (8172)72-02-67, на осуществление первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи при организации и выполнении следующих работ (услуг):

1)при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу; анестезиологии и реаниматологии; вакцинации; (проведению профилактических прививок); лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; лечебному делу; медицинскому массажу; неотложной медицинской помощи; операционному делу; общей практике; организации сестринского дела; паразитологии; рентгенологии; сестринскому делу; стоматологии, сестринскому делу в педиатрии; физиотерапии; функциональной диагностике; эпидемиологии;

2)при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных; условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); неотложной медицинской помощи; общей врачебной практике (семейной медицине); организации здравоохранения и \ общественному здоровью; педиатрии; терапии;

3)при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: неотложной медицинской помощи; общей врачебной практике (семейной медицине); организации здравоохранения и общественному здоровью; терапии;

4)при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); аллергологии и иммунологии; анестезиологии и реаниматологии; гастроэнтерологии; дерматовенерологии; детской кардиологии; детской урологии-андрологии; детской хирургии; детской эндокринологии; инфекционным болезням; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; колопроктологии; лечебной физкультуре и спортивной медицине; неврологии; неотложной медицинской помощи; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации); офтальмологии; профпатологии; пульмонологии; рентгенологии; сердечно-сосудистой; хирургии; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; эндоскопии; эпидемиологии;

5)при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; сердечно-сосудистой хирургии; травматологии и ортопедии; хирургии;

6)при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); медицинским осмотрам профилактическим;

7)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, транспортным средством; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием;

8)при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе профессиональной пригодности; экспертизе временной нетрудоспособности; с другой стороны, Заключили настоящий договор о нижеследующем.

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. В соответствии с настоящим договором Исполнитель обязуется оказать (выполнить) медицинские услуги (работы), а Заказчик обязуется оплатить эти услуги (работы) в рамках:

- ФЗ №323 от 21.11.2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в РФ",
- ФЗ №326 от 29.11.2010 г. "Об обязательном медицинском страховании в РФ",
- Постановление Правительства от 11.05.2023 г. №736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг".

По настоящему договору Исполнитель обязуется предоставить Заказчику следующие виды медицинских услуг (работ) на платной основе согласно разделу 6.

1.2. Заказчик уведомлен, что после оказания (выполнения) медицинской услуги (работы), указанной в пункте 1.1 настоящего договора, для него могут наступить возможные негативные последствия:

1.3. После завершения оказания (выполнения) медицинских услуг Заказчику выдается медицинская справка или заключение.

## 2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

### Права Исполнителя:

2.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту медицинские услуги: \_\_\_\_\_ на условиях, определенных настоящим Договором, а Пациент обязуется оплатить указанные услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

2.2. Сроки ожидания предоставления медицинских услуг, предусмотренных п. 2.1 настоящего договора: не более 7 дней со дня обращения.

2.3. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для проведения медицинской услуги (работы), Исполнитель вправе назначить другого врача.

### Обязанности Исполнителя:

2.4. Исполнитель имеет право получать от Заказчика информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

2.5. Исполнитель обязуется организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе Положениями об организации оказания медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи.

2.6. После исполнения Договора Исполнитель обязуется бесплатно выдать Пациенту медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах в течение 5 рабочих дней.

2.7. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика. Без согласия Заказчика Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.8. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни 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".

### Права Заказчика:

2.9. Заказчик вправе требовать от Исполнителя оказания услуг (выполнения работ) надлежащего качества.

2.10. Исполнитель доводит до Заказчика информацию, что при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанных медицинских услуг) в соответствии с Законом РФ «О защите прав потребителя» Заказчик может направить обращение (жалобу) в соответствующие структуры.

2.11. Исполнитель обязуется обеспечить Заказчика бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской помощи.

### Обязанности Заказчика:

2.12. Заказчик обязан до оказания (выполнения) медицинской услуги (работы) информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

2.13. Заказчик вправе получать информацию о своих правах и обязанностях, о состоянии своего здоровья.

2.14. Заказчик обязуется оплачивать медицинские услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которых установлены в п. 3.2 и п. 3.4 настоящим Договором.

2.15. Заказчик подтверждает, что уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях". Заказчик подтверждает, что 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.

2.16. Обработка персональных данных Заказчика осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных». Исполнитель обязуется обеспечить безопасность персональных данных Заказчика.

## 3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ (РАБОТ) И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость платных медицинских услуг по настоящему договору определяется исходя из действующего у исполнителя прейскуранта в соответствии с фактическим объемом оказанных платных медицинских услуг. Стоимость оказываемых (выполняемых) платных медицинских услуг по настоящему договору составляет

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ РУБ. 00 КОП.) руб.

3.2. Оплата Заказчиком стоимости услуг осуществляется путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, указанный в настоящем договоре, или кассу Исполнителя, Заказчик ознакомлен с прейскурантом до подписания настоящего договора.

3.3. В случае увеличения объема платных медицинских услуг, определенного настоящим договором, стороны обязаны в письменной форме внести изменения в настоящий договор путем заключения дополнительного соглашения.

3.4. Оплата заказчиком медицинских услуг осуществляется после подписания данного договора.

#### 4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 4.1. В случае неоплаты Заказчиком стоимости медицинских услуг (работ) на условиях, указанных в разделе 3 настоящего договора, Исполнитель имеет право отказать Заказчику в оказании (выполнении) услуги (работы) до оплаты последним ее стоимости.
- 4.2. Исполнитель не несет ответственности за результаты оказания (выполнения) медицинских услуг (работ) в случаях несоблюдения Заказчиком рекомендаций по лечению и иных действий Заказчика.
- 4.3. Заказчик вправе предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 4.4. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором или в связи с ним, стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров.
- 4.5. Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
- 4.6. Исполнитель несет ответственность за выполнение требований по обеспечению безопасности персональных данных Заказчика.
- 4.7. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после его заключения, а также по иным основаниям, предусмотренным Законом.

#### 5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

- 5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного исполнения обязательств сторонами по настоящему договору.
- 5.2. Любые изменения и дополнения к настоящему договору должны быть составлены в письменной форме и подписаны сторонами либо их уполномоченными представителями.
- 5.3. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон.
- 5.4. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

#### 6. ПЕРЕЧЕНЬ И СТОИМОСТЬ УСЛУГ ПО ДОГОВОРУ

№	Наименование услуги	Кол-во	Сумма, руб.
1		исслед.	____,00
Всего:			____,00

#### АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

"Исполнитель":

БУЗ ВО "Вологодская городская поликлиника №3"  
Адрес: 160025, г. Вологда, ул. Московская, 2а  
ИНН 3525075442 КПП 352501001 ОГРН 1033500041585  
Банковские реквизиты: Р/счет: 03224643190000003000  
Отделение Вологда//УФК по Вологодской области г. Вологда  
Корр. счет: 40102810445370000022 БИК 011909101  
Наименование получателя: Департамент финансов Вологодской области (БУЗ ВО Вологодская городская поликлиника 3, л/с 008.20.070.1)  
Назначение платежа: Код дохода 0000000000000000130 т.с. 02.01.00

"Заказчик":

\_\_\_\_\_  
Дата рождения: \_\_\_\_\_ г.р.  
Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_  
Адрес регистрации: \_\_\_\_\_  
Полис ОМС: \_\_\_\_\_

#### ПОДПИСИ СТОРОН

"медицинский регистратор":

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

М.П.

"Заказчик":

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_

**УВЕДОМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ (РАБОТ) НА ПЛАТНОЙ ОСНОВЕ, С  
РАЗЪЯСНЕНИЕМ О ВОЗМОЖНОМ СНИЖЕНИИ КАЧЕСТВА ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ ПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ  
УСЛУГИ**

Я \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ г.р., настоящим подтверждаю о том, что я действительно уведомлен о том, что несоблюдение указаний и рекомендаций медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой мне платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на моем состоянии здоровья.

\_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_ Ф.И.О.

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НА ПЛАТНОЙ ОСНОВЕ, С РАЗЪЯСНЕНИЕМ ПРАВ НА  
ПОЛУЧЕНИЕ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Я, нижеподписавшийся(аяся) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг, оказываемых (выполняемых) на платной основе (по договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ года). Мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи в объемах, предусмотренных программой государственных гарантий.

Подпись пациента \_\_\_\_\_  
Лечащий врач \_\_\_\_\_

**АКТ СДАЧИ-ПРИЕМКИ ВЫПОЛНЕННЫХ УСЛУГ  
К ДОГОВОРУ НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПО ДОГОВОРУ № \_\_\_\_\_ ОТ \_\_\_\_\_ ГОДА**

Стоимость медицинских услуг по договору составляет: \_\_\_\_\_,00( \_\_\_\_\_ РУБ. 00 КОП.)

Бюджетное учреждение здравоохранения Вологодской области «Вологодская городская поликлиника №3» находящееся по адресу, 160025, г. Вологда, ул. Московская, д. 2-А, именуемое в дальнейшем "Исполнитель" (свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц, о юридическом лице зарегистрированном до 01.07.2002 года серия 35 № 000634209 дата внесения записи 29.01.2003 года выдано Инспекцией Министерства Российской Федерации по налогам и сборам по г. Вологде), в лице кассира отдела платных услуг \_\_\_\_\_, действующей на основании приказа главного врача БУЗ ВО "Вологодская городская поликлиника №3" \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г., доверенности от \_\_\_\_\_ г. и действующей лицензии от 01.06.2020 года №ЛО-35-01-002941, выданной на оказание медицинских услуг бессрочно Департаментом здравоохранения Вологодской области расположенного по адресу: 160000, г. Вологда, ул. Предтеченская 19, телефон: 8(8172)72-14-25, факс 8 (8172)72-02-67, на осуществление первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи при организации и выполнении следующих работ (услуг):

1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу; лабораторной диагностике; неотложной медицинской помощи;

организации сестринского дела; сестринскому делу; стоматологии; физиотерапии;

2) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); неотложной медицинской помощи; организации здравоохранения и общественному здоровью; терапии;

3) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); клинической лабораторной диагностике; неотложной медицинской помощи; организации здравоохранения и общественному здоровью; ультразвуковой диагностике; физиотерапии;

4) при проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам профилактическим

при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе временной нетрудоспособности;

с одной стороны, и гражданин (ка) \_\_\_\_\_ проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

именуемый (ая) в дальнейшем "Заказчик", с другой стороны, составили настоящий акт о том, что платные медицинские услуги, предусмотренные условиями договора, выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объёму, качеству и срокам оказания платных медицинских услуг не имеет.

"медицинский регистратор":

"Заказчик":

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Подпись: \_\_\_\_\_

М.П.