

С тарифами на предоставляемые услуги, а также с порядком предоставления бесплатной медицинской помощи ознакомлен.

Я уведомлен, что несоблюдение рекомендаций исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу) может снизить ее качество, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

ПАЦИЕНТ _____ / _____ / «__» _____ 202 г.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«ГОРОДСКАЯ МНОГОПРОФИЛЬНАЯ БОЛЬНИЦА № 2»

г. Санкт-Петербург

«__» _____ 2023 г.

ДОГОВОР № _____

на предоставление платных медицинских услуг

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская многопрофильная больница № 2», именуемое в дальнейшем ИСПОЛНИТЕЛЬ, в лице **начальника отдела платных медицинских услуг Светланы Александровны Ретнёвой**, действующей на основании доверенности б/н от «__» _____ 202 г., с одной стороны, и гражданин(ка), именуемый в дальнейшем ПАЦИЕНТ с другой стороны,

заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.

1.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ предоставляет ПАЦИЕНТУ по его желанию в амбулаторном режиме платные медицинские услуги в соответствии с видами медицинской деятельности, указанной в лицензии, а ПАЦИЕНТ оплачивает их в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим договором.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

2.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязан:

2.1.1. Информировать ПАЦИЕНТА о ценах, порядке, условиях предоставления услуг и возможности получения медицинской помощи без взимания платы.

2.1.2. Принять от ПАЦИЕНТА денежные средства за оказываемые медицинские услуги с выдачей платежного документа и, по его требованию, выдать справку для оформления налоговых компенсаций.

2.1.3. Предоставить ПАЦИЕНТУ по его желанию в амбулаторном режиме следующие услуги:

Отделение:

Услуга	Стоимость	Кол-во	Цена
1			
2			
3			
4			
5			

ИТОГО _____

2.1.4. Услуги оказываются в согласованное время, в соответствии с режимом работы подразделений больницы после подписания договора и внесения денежных средств в кассу ИСПОЛНИТЕЛЯ.

2.1.5. Срок ожидания услуги не более 3 дней с даты заключения договора.

2.1.6. По результатам предоставления услуги выдать ПАЦИЕНТУ медицинские документы.

2.2. ПАЦИЕНТ обязан:

2.2.1. Подписать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и согласие на обработку персональных данных, если услуга оказывается не анонимно.

2.2.2. Оплатить услуги путем внесения денежных средств в кассу больницы в соответствии с прейскурантом ИСПОЛНИТЕЛЯ, действующим на момент оказания услуг.

2.2.3. Предоставить всю необходимую информацию о состоянии здоровья, проведенных ранее обследованиях, лечении, противопоказаниях.

2.2.4. Выполнить требования подготовки к проведению медицинского вмешательства.

2.2.5. Соблюдать рекомендации медицинских работников, оказывающих услуги.

2.2.6. Предоставить ИСПОЛНИТЕЛЮ информации об осложнениях, прямо или косвенно связанных с оказанием медицинских услуг.

2.3. ПАЦИЕНТ вправе:

2.3.1. Знакомиться с лицензией и учредительными документами ИСПОЛНИТЕЛЯ.

2.3.2. Требовать предоставления услуг надлежащего качества.

3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.

3.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ несет ответственность перед ПАЦИЕНТОМ за объем, качество предоставленных услуг и причинение вреда здоровью ПАЦИЕНТА в соответствии с действующим законодательством РФ.

3.2. ПАЦИЕНТ несет ответственность за последствия невыполнения пунктов 2.2.3-2.2.5 настоящего договора, поскольку это может повлечь за собой недостижение цели оказанной услуги, её неинформативность или отрицательно сказаться на состоянии его здоровья. В этих случаях ИСПОЛНИТЕЛЬ финансовой ответственности не несет.

4.СРОК ДЕЙСТВИЯ, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

4.3. Настоящий договор действует с момента его подписания до 31 декабря 202__ г.

4.4. Изменения и дополнения к договору оформляется письменным соглашением.

4.5. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, в случае отказа Пациента от получения услуг с возвратом стоимости неоказанных услуг и в соответствии с действующим законодательством.

4.6. При заключении договора можно использовать факсимильное воспроизведение подписи.

5. ПРОЧИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

5.1. ПАЦИЕНТ в доступной форме информирован о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Подписав договор, ПАЦИЕНТ подтверждает свое желание получить соответствующие медицинские услуги в СПб ГБУЗ «ГМПБ №2» на возмездной основе.

5.2. Настоящий договор подписан в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

5. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН:

ИСПОЛНИТЕЛЬ: СПБ ГБУЗ «ГМПБ №2»

194354 Санкт-Петербург, пер.Учебный д.5

т. 338-48-84 e-mail: b2@zdrav.spb.ru

194354, г.Санкт-Петербург, Учебный переулок дом 5; Банковские реквизиты: ИНН 7802078420, КПП 780201001, Лицевой счет 0151126 в Комитете финансов СПб р/с 03224643400000007200,

Северо-Западное ГУ Банка России/УФК по г.Санкт-Петербургу, г.СПб

к/сч 40102810945370000005, БИК 014030106

ОКПО 39473967 ОГРН 1037804000630

ОКАТО 40265563000

Лицензия:Регистрационный номер лицензии: Л041-01148-78/00554688; Дата предоставления лицензии: 02.04.2020; (выдана Комитетом по здравоохранению г. Санкт-Петербурга); ЕГРЮЛ № 1037804000630 от 27.12.1994 г., (выдано инспекцией МНС РФ по Выборгскому району СПб)

ПОДПИСИ СТОРОН:

Начальник ОПМУ _____ С.А.Ретнёва

ПАЦИЕНТ:

Адрес: _____

Документ: _____ серия _____

Номер _____ Дата выдачи _____ г.

Выдан _____

ПАЦИЕНТ

_____ / _____

С тарифами на предоставляемые услуги, а также с порядком предоставления бесплатной медицинской помощи ознакомлен.

Я уведомлен, что несоблюдение рекомендаций исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу) может снизить ее качество, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

ПАЦИЕНТ _____ / _____ / «___» _____ 202 г.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения

«ГОРОДСКАЯ МНОГОПРОФИЛЬНАЯ БОЛЬНИЦА № 2»

г. Санкт-Петербург «___» _____ 202__ г.

Дополнительное соглашение № _____

к ДОГОВОРУ № _____ от «___» _____ 202__ г.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская многопрофильная больница № 2», именуемое в дальнейшем ИСПОЛНИТЕЛЬ, в лице *начальника отдела платных медицинских услуг Светланы Александровны Ретнёвой*, действующей на основании доверенности от 20.12.2022г., с одной стороны, и гражданин(ка), в дальнейшем ЗАКАЗЧИК _____ с другой стороны, заключили

настоящее дополнительное соглашение к договору № _____ от _____ в пользу потребителя: _____, в дальнейшем –

ПАЦИЕНТА, о нижеследующем:

1. Дополнительно к объему и перечню медицинских услуг по договору, БОЛЬНИЦА оказывает ПАЦИЕНТУ следующие платные медицинские услуги:

Отделение: _____

Услуга	Стоимость	Кол-во	Цена
1.			
2.			
3.			

ИТОГО

2. Настоящее дополнительное соглашение является неотъемлемой частью договора № _____ от «___» _____ 20 г., вступает в силу с момента его подписания и действует в течение действия вышеупомянутого договора.
3. Настоящее дополнительное соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.
4. Итого по договору сумма за оказанные медицинские услуги ПАЦИЕНТА _____ составляет _____ руб. (_____ руб.).

РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН:

ИСПОЛНИТЕЛЬ: СПб ГБУЗ «ГМПБ №2»

194354 Санкт-Петербург, пер. Учебный д.5 т.

338-48-84

e-mail: b2@zdrav.spb.ru

ИНН 7802078420, КПП 780201001,

Банковские реквизиты: Комитет финансов

Санкт-Петербурга (СПб ГБУЗ «ГМПБ №2,

лиц.счет 0151126) р.сч 40601810200003000000 в

СЕВЕРО-ЗАПАДНОМ ГУ БАНКЕ РОССИИ

БИК 044030001, ОГРН 1037804000630,

ОКАТО 40265563000

Лицензия: Регистрационный номер лицензии:

Л041-01148-78/00554688; Дата предоставления

лицензии: 02.04.2020; (выдана Комитетом по

здравоохранению г. Санкт-Петербурга);

ЕГРЮЛ № 1037804000630 от 03.01.2003 г.

(выдано инспекцией МНС РФ по Выборгскому р-

ну СПб)

Нач. отдела платных медицинских услуг

Адрес: _____

Документ: _____ серия _____

номер _____ Дата выдачи: _____ г.

выдан _____

ПАЦИЕНТ _____ / _____ /

С.А.Ретнёва

ПАЦИЕНТ:

