

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.

ДОГОВОР №__

на предоставление платных медицинских услуг

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская многопрофильная ИСПОЛНИТЕЛЬ № 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 ЗАКАЗЧИК с другой стороны, заключили настоящий договор в пользу _____, в дальнейшем – ПАЦИЕНТА, о

нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.

1.1 ИСПОЛНИТЕЛЬ предоставляет ПАЦИЕНТУ по его желанию в амбулаторном режиме платные медицинские услуги в соответствии с имеющейся лицензией, а ЗАКАЗЧИК оплачивает их в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим договором.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

2.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязана:

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

2.1.2. Принять от ЗАКАЗЧИКА 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:

Наименование услуги	Отделение	Стоимость	К-во	Сумма

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.

2.2. ЗАКАЗЧИК обязан:

2.2.1. Ознакомиться с тарифами на предоставляемые услуги.

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

2.3. ЗАКАЗЧИК вправе:

2.3.1. Ознакомиться с лицензией и учредительными документами БОЛЬНИЦЫ.

2.3.2. Требовать предоставления услуг надлежащего качества

2.4. ПАЦИЕНТ обязан:

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

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

2.4.3. Выполнить требования подготовки к проведению медицинского вмешательства.

2.4.4. Соблюдать рекомендации медицинских работников, оказывающих услуги.

2.4.5. Предоставить ИСПОЛНИТЕЛЮ информацию об осложнениях, прямо или косвенно связанных с предоставлением медицинских услуг.

2.5. ПАЦИЕНТ вправе:

2.5.1. Требовать предоставления услуг надлежащего качества

3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.

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

3.2. ЗАКАЗЧИК несет ответственность за последствия невыполнения ПАЦИЕНТОМ пунктов 2.4.1-2.4.5 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. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ.

4.1. На момент подписания договора стоимость платных медицинских услуг составляет _____ руб. ЗАКАЗЧИК вносит указанную сумму в кассу ИСПОЛНИТЕЛЯ. При этом ему выдаются документы, подтверждающие оплату.

4. ПРОЧИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

4.1. ПАЦИЕНТ и ЗАКАЗЧИК в доступной форме информированы о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданами 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.

4.2. Настоящий договор подписан в 3-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

4.3. Настоящий договор действует с момента подписания его ЗАКАЗЧИКОМ до фактического оказания медицинской услуги.

4.4. 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.

4.5. При заключении договора и дополнительных соглашений к нему можно использовать факсимильное воспроизведение подписи.

6. 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)

ЗАКАЗЧИК: _____

Документ: _____
_____серия _____номер _____
Дата выдачи: _____
Выдан(код подр.): _____
Тел. _____

ПАЦИЕНТ

Григорьева Я. В.
Адрес: _____

Документ: _____
_____серия _____номер _____
Дата выдачи: _____
Выдан(код подр.): _____
Тел. _____

ПАЦИЕНТ

_____/_____

ПОДПИСИ СТОРОН:

Начальник ОПМУ _____ С.А. Ретнёва

ЗАКАЗЧИК _____/_____