

ДОГОВОР
на предоставление платных медицинских услуг

Санкт-Петербург

« _____ » _____ 20 ____ г.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городской противотуберкулезный диспансер», именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**» в лице главного врача **Пантелеева Александра Михайловича**, действующего на основании Устава Исполнителя и в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 30 мая 2026 г. № 659, с одной стороны и

_____, именуемый(ая) далее «**Заказчик**», **Заказчик** по настоящему договору является Законным представителем несовершеннолетнего

(указывается ФИО несовершеннолетнего)

(далее-**Потребитель**) и действует в его интересах на основании _____,

(указываются реквизиты документа подтверждающие полномочия Заказчика)

с другой стороны, а совместно именуемые Стороны, заключили настоящий договор (далее – договор) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. **Исполнитель** обязуется предоставить платные медицинские услуги с учетом номенклатуры медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее-медицинские услуги) **Потребителю**, а **Заказчик** обязуется принять медицинские услуги и оплатить их стоимость в размере, порядке и сроки, установленные Договором. Перечень и стоимость оказываемых услуг, а также условия и сроки их предоставления определяются согласно Приложению № 1, являющемуся неотъемлемой частью настоящего Договора и в соответствии с утвержденным прейскурантом цен на платные медицинские услуги (далее - Прейскурант), действующим на момент заключения Договора.

1.2. Предоставление медицинских услуг осуществляется **Исполнителем** на основании лицензии от 06.05.2015 № Л041-01148-78/00298714, выданной Комитетом по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, своими силами и средствами, с использованием своей техники и персонала, необходимых для оказания услуг, по адресам, указанным в лицензии.

1.3. Платные медицинские услуги предоставляются и могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе **Заказчика** в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи. Просьба **Заказчика** оформляется в форме его письменного Согласия.

1.4. Медицинская помощь при предоставлении медицинских услуг оказывается в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи, порядком оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

1.5. Срок предоставления медицинских услуг определяется Сторонами с учетом характера заболевания (состояния), медицинских показаний, объема необходимых медицинских услуг, режима работы **Исполнителя**, начинается теч с момента заключения Договора и длится до полного исполнения обязательств Сторонами (далее-срок). Срок может быть изменен в случае необходимости оказания **Потребителю** дополнительных медицинских услуг, в соответствии с п. 5.3. Договора.

1.6. Медицинские услуги оказываются при наличии информированного добровольного согласия **Заказчика/Потребителя**, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

1.7. **Потребитель**, получающий медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

1.8. В случае если при предоставлении медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе медицинских услуг, не предусмотренных Договором, **Исполнитель** обязан предупредить об этом **Заказчика**.

2. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

2.1. Стоимость оказания услуг на момент заключения Договора составляет _____ рублей.

2.2. Оплата медицинских услуг осуществляется в форме 100 (ста) процентов предоплаты суммы, указанной в п. 2.1. Договора, в валюте Российской Федерации (рубли) путем внесения в кассу **Исполнителя** или в безналичной форме на расчетный счет **Исполнителя** со ссылкой на настоящий Договор.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. **Исполнитель** обязан:

3.1.1. Ознакомить **Заказчика** с правилами предоставления платных медицинских услуг, условиями и особенностями их оказания.

3.1.2. Разъяснить **Заказчику** 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.

3.1.3. Предоставить **Заказчику** по его требованию в доступной для него форме в процессе лечения информацию о состоянии здоровья **Потребителя**, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, диагнозе, прогнозе и методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, результатах и последствиях проведенного лечения.

3.1.4. Выдать **Заказчику** после исполнения Договора бесплатно медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья **Потребителя** после получения медицинских услуг, включая сведения о результатах медицинского обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

3.1.5. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах.

3.1.6. Разъяснить **Заказчику**, что несоблюдение назначений (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**.

3.2. **Исполнитель** вправе:

3.2.1. При выявлении у **Потребителя** противопоказаний к проведению лечебных и диагностических мероприятий отказать в их проведении, при условии оплаты **Исполнителю** фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением Договора.

3.2.2. Требовать от **Заказчика/Потребителя** соблюдения: графика прохождения процедур, режима приема 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** правил внутреннего распорядка медицинской организации, рекомендаций и назначений специалистов и нарушении режима работы учреждения.

3.3. **Заказчик/Потребитель** обязан:

3.3.1. В период получения медицинских услуг выполнять требования медицинского персонала, обеспечивающие качественное предоставление медицинской услуги, выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги, соблюдать правила внутреннего распорядка, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности, правила поведения на территории **Исполнителя**.

3.3.2. Оплатить медицинские услуги согласно Прейскуранту, действующему на момент предоставления услуги, в порядке и сроки, предусмотренные договором, а также исполнять иные изложенные в Договоре условия предоставления услуг.

3.3.3. Информировать врача до предоставления услуги о состоянии физического и психического здоровья **Потребителя**, о перенесенных им заболеваниях, наследственности, непереносимости лекарственных препаратов, известных ему аллергических реакциях и прочие

необходимые сведения для выбора метода лечения и предотвращения побочных реакций или осложнений при оказании медицинской помощи и иную информацию, способную оказать влияние на выбор тактики лечения или обследования.

3.4. **Заказчик/Потребитель** вправе:

3.4.1. Получать доступную, достоверную информацию о предоставляемых медицинских услугах.

3.4.2. Требовать составления сметы (твердой или приблизительной) на медицинские услуги. При этом, твердая смета не подлежит изменению в ходе исполнения Договора.

3.4.3. Отказаться от исполнения настоящего Договора в любое время, направив **Исполнителю** письменный отказ, при условии оплаты **Исполнителем** фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору.

3.5. Настоящим **Потребитель** подтверждает, что он уведомлен и согласен, с тем что несоблюдение назначений и рекомендаций **Исполнителя** (медицинского работника), включая, но не ограничиваясь: нарушение предписанного режима лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, графика приема лекарственных препаратов, сроков явки на процедуры и обследования — может повлечь за собой снижение качества предоставляемой платной медицинской услуги, невозможность ее завершения в установленный Договором срок, а также причинение вреда здоровью **Потребителя**.

3.6. На момент подписания Договора **Заказчик/Потребитель** ознакомлен с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, перечнем предоставляемых платных медицинских услуг с учетом номенклатуры медицинских услуг, Прейскурантом **Исполнителя** с указанием цен в рублях; с информацией о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы; ознакомлен и получил сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности **Исполнителя** и перечне видов услуг, составляющих медицинскую деятельность, в том числе о доступе к общественной информации, содержащейся в электронных реестрах лицензий, размещенной по адресу <https://roszdravnadzor.gov.ru/services/licenses> с информацией о медицинских работниках, отвечающих за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (об уровне его профессионального образования и о квалификации); с иной информацией, размещенной на сайте **Исполнителя** <https://www.tub-spb.ru/> и на информационных стендах (стойках) в части формы Договора.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. За неисполнение, ненадлежащее исполнение условий договора Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. **Исполнитель** не несет ответственности за предоставление медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено Договором, в случаях предоставления **Заказчиком** неполной информации о здоровье **Потребителя** в соответствии с пунктом 3.3.3 Договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных пунктом 3.5 Договора.

4.3. Споры и разногласия Сторон, связанные с неисполнением, либо ненадлежащим исполнением Сторонами обязательств разрешаются путем переговоров. В случае невозможности разрешения спора путем переговоров, он подлежит урегулированию в порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.4. При возникновении претензии по качеству предоставленной медицинской услуги **Заказчик** вправе подать претензию в письменной форме на почтовый или электронный адрес, указанный в разделе «реквизиты сторон». Претензия должна содержать сведения, идентифицирующие **Заказчика/Потребителя**, дату предоставления медицинской услуги и ее вид, суть претензии и контактные данные для связи. **Исполнитель** обязан рассмотреть претензию и направить ответ в десятидневный срок со дня её получения.

4.5. Вред, причиненный жизни или здоровью **Потребителя** в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению **Исполнителем** в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и оплаты услуг в соответствии с разделом 3 Договора и действует до полного исполнения Сторонами обязательств.

5.2. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, по решению суда, в случае одностороннего отказа Стороны от исполнения Договора в соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации.

5.3. Любые изменения и дополнения настоящего договора действительны, если они совершены в письменном виде и подписаны Сторонами. Перечень оказываемых услуг, указанный в Приложении № 1 к договору, и срок исполнения, указанный в п.1.5. Договора может быть дополнен/изменен. Срок предоставления дополнительных платных медицинских услуг, их объем и стоимость предварительно согласовываются с **Заказчиком**. Предоставление **Исполнителем** дополнительных услуг оформляется дополнительным соглашением Сторон и оплачивается дополнительно.

5.4. **Заказчик** согласен на подписание договора с использованием факсимиле руководителя **Исполнителя**.

5.5. Договор составлен в 2-х экземплярах, по одному каждой из Сторон.

Приложения к договору:

Приложение № 1. - Спецификация.

6. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Заказчик

фамилия, имя, отчество (при наличии)

данные документа, удостоверяющего личность
№ полиса ОМС (при наличии) _____

адрес места жительства

иные адреса, на которые Исполнитель может направлять ответы на
письменные обращения
номер телефона _____
адрес электронной почты _____

фамилия, имя, отчество (при наличии) несовершеннолетнего

(реквизиты документы подтверждающие полномочия Заказчика)

Заказчик/Потребитель подтверждает, что на момент подписания
настоящего договора уведомлен о порядке бесплатного получения
медицинских услуг

V _____ / _____ /

Подпись _____ ФИО (при наличии)

Заказчик/Потребитель (с 15 ЛЕТ): Мне разъяснена и понятна
информация о характере и особенностях предоставляемых услуг,
являющихся предметом Договора, и я согласен на предоставление данных
медицинских услуг

V _____ / _____ /

Подпись _____ ФИО (при наличии)

Исполнитель

СПБ ГБУЗ «Городской противотуберкулезный диспансер»

Адрес: 196142, г. Санкт-Петербург, вн. тер. г.

Муниципальный округ Звездное, ул. Звездная 12, литера

А.

Сокращенное наименование: СПб ГБУЗ ГПТД

ИНН 7810214300 КПП 781001001 ОГРН 1037821052939

Получатель: Комитет финансов Санкт-Петербурга (СПб

ГБУЗ ГПТД, л/с 0151038)

р/с 03224643400000007200

Банк: Операционно-кассовый центр № 1 СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ГУ

ЦЕНТРАЛЬНОГО БАНКА РФ (ОКЦ №1 Северо-Западного ГУ

Банка России)

БИК 014030106

Кор счёт 40102810945370000005

Адрес электронной почты: gortpd@zdrav.spb.ru

Сайт: www.tub-spb.ru

Главный врач

Пантелеев А.М.

м.п.

Спецификация

Условия и сроки предоставления медицинских услуг: www.tub-spb.ru

Заказчик

(подпись) /

Исполнитель

Главный врач _____ Пантелеев А.М.
М\м.п.