

**Уведомление
о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) медицинской организации:**

ГБУЗ «ГП № 13 г. Краснодара» МЗ КК с п. 24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736, уведомляет о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинской организации ГБУЗ «ГП № 13 г. Краснодара» МЗ КК (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 потребителя. С уведомлением ознакомлен(а) до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

«__» _____ 20__ г.
_____/_____
ФИО пациента (подпись)

**ДОГОВОР № _____
О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

г. Краснодар

«__» _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №13 города Краснодара» министерства здравоохранения Краснодарского края, ОГРН 1032306433334, ИНН/КПП 2311039124/231101001; свидетельство о государственной регистрации выдано Инспекцией Федеральной налоговой службы РФ № 4 по г. Краснодару 23.05.2012 г., серия 23 № 008540334, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице кассира _____, действующей на основании доверенности № _____ от «__» _____ 20__ г., с одной стороны, и гражданин(ка)

_____,
именуемый в дальнейшем «Потребитель (Пациент)», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Потребитель (Пациент) поручает, а Исполнитель обязуется оказать следующие платные медицинские услуги (работы) в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств (Далее-услуг), в соответствии с указанным перечнем, согласно приложению № 1 к настоящему договору:

| № п/п | Код услуги | Наименование медицинской услуги | Ед. измерения | Кол-во услуг | Цена, руб. за единицу | Сумма |
|---------------|------------|---------------------------------|---------------|--------------|-----------------------|-------|
| 1 | | | | | | |
| Итого: | | | | | | |

В случае если Заказчик одновременно является Потребителем, далее по тексту договора в дальнейшем именуется Потребителем.

1.2. Перечень и стоимость услуг, предоставляемых Потребителю (Пациенту), указаны в прейскуранте Исполнителя, действующем на дату составления настоящего договора. Работы, если иное не предусмотрено п. 1.1. Договора, выполняются материалами, силами и средствами Исполнителя.

1.3. При исполнении настоящего договора стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации и Краснодарского края, регулирующим предоставление гражданам платных медицинских услуг.

2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1. Услуги Потребителю (Пациенту) оказываются по месту нахождения и в соответствии с режимом работы Исполнителя по адресу: г. Краснодар, ул. Им. Силантьева Ю.В., 76/1. Режим работы доведён до сведения Потребителя (Пациента) до заключения договора путем размещения на информационном стенде Исполнителя и на сайте Исполнителя. Заказчик и «Потребитель» (Пациент) ознакомлены с Прейскурантом и иными существенными условиями настоящего Договора до его заключения.

2.2. Условия и сроки ожидания при оказании Потребителю (Заказчику) медицинских услуг устанавливаются в соответствии с режимом работы Исполнителя, графиком работы медицинских работников. При направлении Потребителя (Заказчика) лечащим врачом на консультацию, диагностическое исследование при отсутствии экстренных показаний возможно ожидание в порядке очередности.

2.3. В случае необходимости привлечения третьих лиц для оказания медицинских услуг Потребителю (Пациенту), Исполнитель имеет право привлечь третьих лиц, обладающих необходимыми разрешениями на оказание соответствующих медицинских услуг, а также обладающих необходимыми знаниями и квалификацией, с предварительного согласия Потребителя (Пациента).

2.4. Условия получения Потребителем (Заказчиком) медицинских услуг: _____
(амбулаторно /в дневном стационаре)

3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость оказываемых Потребителю (Пациенту) у услуг (работ) по настоящему Договору составляет _____ руб.

Действующий прейскурант цен на медицинские услуги размещен на сайте и на информационных стендах Исполнителя.

3.2. Оплата оказываемых медицинских услуг по настоящему договору осуществляется наличными денежными средствами или с использованием платежных банковских карт, предоставленных Потребителем (Заказчиком) по выбору Потребителя (Заказчика) в момент подписания настоящего договора в порядке 100% предоплаты.

В случае, если в ходе обследования или лечения потребовалось оказание дополнительных медицинских услуг, стоимость которых не была предусмотрена п. 3.1, до окончания оказания этих услуг производится окончательный расчет в полном объеме.

3.3. При оплате наличным платежом в кассу Исполнитель обязан выдать Потребителю (Пациенту) кассовый чек. При осуществлении расчетов в виде зачета предварительной оплаты за услуги, Исполнителем формирует кассовый чек, и в случае отсутствия Потребителя (Пациента) в момент проведения расчета, направляет его на предоставленный абонентский номер.

3.4. После оказания платных медицинских услуг, составляется и подписывается сторонами акт выполненных работ, являющийся неотъемлемой частью настоящего договора (приложение № 2).

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Исполнитель обязан:

4.1.1. своевременно и качественно оказать Потребителю (Пациенту) медицинские услуги в установленный договором срок;

4.1.2. предоставлять Потребителю (Пациенту) доступную для его понимания достоверную информацию о предоставляемых услугах до подписания договора;

4.1.3. при оказании медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке;

4.1.4. обеспечить Потребителя (Пациента) информацией, включающей в себя сведения о разрешении (лицензии) на медицинскую деятельность, о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг, их стоимости, условиях предоставления и получения этих услуг и другая информация, предусмотренная законодательством РФ;

4.1.5. обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию медицинских услуг;

4.1.6. вести установленную законодательством медицинскую документацию, а также учет видов, объемов и стоимости оказываемых Потребителю (Пациенту) услуг;

4.1.7. соблюдать права пациента, предусмотренные ст. 19 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

4.1.8. хранить в тайне информацию, составляющую врачебную тайну, и предоставлять ее только в установленных законом случаях.

4.2. Исполнитель имеет право:

4.2.1. требовать от Потребителя (Пациента) предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему медицинских услуг;

4.2.2. Отсрочить или отменить оказание услуги, в том числе в день назначения, в случае обнаружения у Потребителя противопоказаний по состоянию здоровья, с последующим расторжением договора и возвратом Потребителю (Заказчику) денежных средств в размере стоимости оплаченных медицинских услуг.

4.2.3. привлекать для оказания Потребителю (Пациенту) медицинских услуг третьих лиц;

4.2.4. в случае возникновения потенциальной угрозы жизни и здоровью Потребителя (Пациента), а также в иных неотложных ситуациях, когда Пациент не может самостоятельно выразить волю, Заказчик, а также Потребитель (Пациент) дают Исполнителю согласие самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной договором, но оплачиваемой по данному Договору;

4.2.5. в случае невозможности оказания услуги отказаться от исполнения обязательств по договору и произвести возврат Потребителю (Пациенту) стоимости оплаченной, но не оказанной услуги.

4.2.5. требовать от Потребителя (Пациента) полной оплаты оказанных услуг.

4.2.6. осуществлять обработку персональных данных пациента в порядке и пределах, указанных в п. 5.8 Договора.

4.2.7. требовать соблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, правил пребывания в медицинской организации.

4.3. Потребитель (Пациент) обязан:

4.3.1. своевременно оплатить стоимость услуги;

4.3.2. сообщить Исполнителю сведения, необходимые для качественного исполнения услуги (аллергические реакция, перенесенные заболевания, изменение самочувствия после вмешательств и пр.);

4.3.3. соблюдать в полном объеме правила и условия получения медицинской услуги, установленные Потребителем (Пациентом), указания (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, правила пребывания в медицинской организации.

4.3.4. своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Потребителем (Пациентом) условий договора, а также о необходимости изменения назначенного Потребителю (Пациенту) у времени получения медицинской услуги.

4.4. Потребитель (Пациент) имеет право:

4.4.1. получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями порядков оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи.

4.4.2. 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;

4.4.3. получить у Исполнителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг;

4.4.4. отказаться от получения услуги на любом этапе и получить оплаченную сумму, с возмещением Исполнителю фактически понесенных затрат.

4.4.5. В случае необходимости Потребитель (Пациент) вправе направить Исполнителю письменное обращение (претензию) на почтовый адрес поликлиники г. Краснодар или на электронный адрес поликлиники: pol13@kmiivc.ru, на имя главного врача.

5. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ УСЛУГЕ, УСЛОВИЯ И СРОКИ ВЫПОЛНЕНИЯ

5.1. Медицинские услуги предоставляются в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, в том числе предъявляемыми к качеству медицинских услуг, в рамках лицензии на осуществление медицинской деятельности Исполнителя. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается:

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

5.2. «Исполнитель» имеет лицензию на медицинскую деятельность № Л041-01126-23/00333575 от 09.08.2019 года Министерством здравоохранения Краснодарского края, 350000, г. Краснодар, ул. Коммунаров, 276, срок действия – бессрочно, Перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией Исполнителя указывается в приложении к настоящему Договору.

5.3. Продолжительность услуги ориентировочно составляет до 10 рабочих дней. При консультации узких специалистов, выполнении отдельных видов лабораторных и (или) инструментальных исследований возможно ожидание в порядке очереди. О моменте выполнения иных манипуляций Потребитель (Пациент) уведомляется лечащим врачом дополнительно.

5.4. Лечение производит врач (врачи): _____

5.5. Потребителю (Пациенту) по его требованию выдается листок нетрудоспособности в случаях, предусмотренных действующими нормативными актами.

5.6. Потребитель (Пациент/Заказчик) в доступной для него форме информирован:

5.6.1. обо всех возможных (но не обязательных) осложнениях медицинской услуги, которые могут причинить вред здоровью.

5.6.2. о несовершенстве медицинской науки и практики и невозможности в связи с этим гарантировать ожидаемые результаты лечения.

5.6.3. о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи (при наличии), применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

5.6.4. 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.

5.6.5. до заключения настоящего договора о том, что несоблюдение указаний (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.

5.6.6. о том, что в доступной форме предоставлена информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, сроки ее ожидания. Потребитель (Пациент) до заключения настоящего договора ознакомлен с тем, что данный вид медицинской услуги (работы) включен либо не включен в территориальную программу оказания бесплатной медицинской помощи и не финансируется либо финансируется из средств ОМС (бюджетных средств) и о возмездном характере медицинских услуг по данному договору, и настаивает на их оказании.

5.7. Необходимым предварительным условием оказания медицинской помощи является добровольное информированное согласие пациента на предоставление медицинских услуг. Подписанием Договора Потребитель (Пациент) подтверждает согласие на получение медицинской помощи за установленную плату. Потребитель (Пациент) подтверждает также свое информированное добровольное согласие на оказание медицинской помощи и согласие на обработку персональных данных, в частности, предоставляет Исполнителю право совершать действия (операции) с персональными данными, включающими сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, к которым относится информация, относящаяся к физическому лицу (субъекту персональных данных), в том числе - фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, национальность, адрес, семейное, социальное, имущественное положение, образование, профессия, состояние здоровья, интимной жизни, другую необходимую информацию.

5.8. Потребитель (законный представитель потребителя) после исполнения договора исполнителем имеет право получить медицинские документы (копии медицинских документов, 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 на основании заявления, в порядке, установленном ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

5.9. Потребитель (законный представитель потребителя) может безвозмездно получить справку об оплате медицинских услуг и иные документы для представления

в налоговые органы Российской Федерации. Указанные документы выдаются на имя физического лица, непосредственно оплатившего медицинскую услугу. Таким лицом считается физическое лицо, указанное в настоящем Договоре в качестве Заказчика либо Потребителя, в том случае если он самостоятельно оплачивает медицинские услуги, вне зависимости от того, какими средствами оплаты он воспользовался.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору в соответствии с настоящим Договором и законодательством Российской Федерации.

6.2. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем (Пациентом) за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора. Исполнитель несет имущественную ответственность непосредственно перед Потребителем (Пациентом) за несоблюдение требований установленных нормативными актами Российской Федерации, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, в случае причинения вреда здоровью и жизни в полном объеме.

6.3. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам исполнения услуг Потребитель (Пациент) вправе по своему выбору: назначить новый срок оказания услуги, потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги; потребовать исполнения услуги другими специалистами; расторжения договора и возмещения убытков, в том числе понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги, если это необходимо, в других медицинских учреждениях.

6.4. За нарушение установленных сроков оказания услуг Заказчик выплачивает Потребителю (Пациенту) неустойки в порядке и размере, которые определяются Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей».

6.5. Ни одна из Сторон не будет нести ответственность за полное или частичное неисполнение другой Стороной своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

6.6. Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по Договору, обязана не позднее 7 дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ЕГО ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ

7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до исполнения обязательств сторонами.

7.2. Условия договора могут быть изменены по соглашению сторон путем оформления в письменной форме дополнений, являющихся неотъемлемой частью договора.

7.3. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя (Пациенту) о расторжении договора по инициативе потребителя, при этом потребитель оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

8.1. Споры и разногласия, возникающие в процессе исполнения данного договора, разрешаются путем переговоров, а в случае не достижения согласия - в судебном порядке либо по правилам Закона «О защите прав потребителей».

8.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой стороны.

9. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

| | |
|---|---|
| Исполнитель: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №13 города Краснодара» министерства здравоохранения Краснодарского края (сокращенное наименование – ГБУЗ «ГП № 13 г. Краснодара» МЗ КК | Потребитель (Пациент) (Законный представитель): _____ _____ _____ |
| Адрес юридический: г. Краснодар, ул. Им. Силантьева Ю.В., 76/1 тел.: 8(861)882-13-78 E-mail: pol13@kmivc.ru ОГРН 1032306433334 ИНН/КПП 2311039124/231101001 Минфин КК (ГБУЗ «Городская поликлиника №13 города Краснодара» МЗ КК, л/с 828.51.731.0) Банковские реквизиты Южное ГУ Банка России//УФК по Краснодарскому краю г.Краснодар Единый казначейский счет 40102810945370000010 Казначейский счет 03224643030000001800 БИК ТОФК 010349101 _____ Кузьмина О.В. | Паспорт: _____ _____ _____ (серия, номер, кем и когда выдан) Адрес: _____ _____ _____ Телефон: _____ _____/ |

Перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская поликлиника №13 города Краснодара» министерства здравоохранения Краснодарского края

Регистрационный номер лицензии: № Л041-01126-23/00333575 от 09.08.2019, лицензирующий орган: **Министерство здравоохранения Краснодарского края**; Лицензируемый вид деятельности: Медицинская деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»);

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

акушерскому делу; вакцинации (проведению профилактических прививок); лабораторной диагностике; лечебному делу; медицинской статистике; медицинскому массажу; общей практике; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; стоматологии; физиотерапии; функциональной диагностике;

при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: общей врачебной практике (семейной медицине); организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; педиатрии; терапии;

при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по:

общей врачебной практике (семейной медицине); терапии;

при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); гериатрии; дерматовенерологии; детской кардиологии; детской урологии-андрологии; детской хирургии; детской эндокринологии; инфекционным болезням; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; колопроктологии; мануальной терапии; медицинской реабилитации; неврологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации); офтальмологии; профпатологии; психиатрии; рентгенологии; рефлексотерапии; стоматологии общей практики; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; эндоскопии;

при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по:

акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); гериатрии; медицинской реабилитации; неврологии; оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации); хирургии; эндокринологии;

При оказании паллиативной медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии;терапии;

При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по:

экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе профессиональной пригодности;

При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по:

медицинским осмотрам (предварительным, периодическим);

медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым); медицинским осмотрам профилактическим;

При проведении медицинских освидетельствований организуются и выполняются следующие работы (услуги) по:

медицинскому освидетельствованию кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приемные родители.

**Акт приема-передачи
оказанных платных медицинских услуг**

г. Краснодар

« 12 » октябрь 20 23 г.

«Потребитель» _____
с одной стороны, и государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 13 города Краснодара» министерства здравоохранения Краснодарского края, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице кассира _____, действующего на основании доверенности № _____ от «__» _____ 20__ г., с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», составили настоящий акт о том, что:

1. Исполнитель в соответствии с договором на оказание платных медицинских услуг № _____ от _____ оказал следующие услуги:

| № | Код услуги | Наименование услуги | Тариф, руб. | Количество | Стоимость |
|---|------------|---------------------|-------------|------------|-----------|
| 1 | | | | | |
| | | | | | |

2. Стоимость услуг Исполнителя составляет _____ руб. (пятьсот девяносто четыре руб. 0 коп.).
Настоящий Акт является основанием для расчета сторон в соответствии с договором № _____ от _____.
3. Медицинская услуга(и) оказана специалистом _____
4. Объем и качество оказанных услуг соответствует требованиям договора. Претензий по качеству у Потребителя к Исполнителю не имеется.
5. Настоящий акт составлен в двух экземплярах.

Исполнитель: ГБУЗ «ГП № 13 г. Краснодара» МЗ
КК
Адрес юридический: г. Краснодар, ул. Им.
Силантьева Ю.В., 76/1
тел.: 8(861)882-13-78
E-mail: pol13@kmivc.ru
ОГРН 1032306433334
ИНН/КПП 2311039124/231101001
Минфин КК (ГБУЗ «Городская поликлиника №13
города Краснодара» МЗ КК, л/с 828.51.731.0)
Банковские реквизиты Южное ГУ Банка
России/УФК по Краснодарскому краю г.Краснодар
Единый казначейский счет 40102810945370000010
Казначейский счет 03224643030000001800
БИК ТОФК 010349101

_____ Кузьмина О.В.

Потребитель (Пациент)
(Законный представитель):

Паспорт:

(серия, номер, кем и когда выдан)

Адрес:

Телефон: _____

_____ /

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ,
МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, _____
(Ф.И.О. потребителя)

Паспорт: серия _____ № _____, выдан _____
« _____ » _____ г.,
зарегистрированный по адресу: _____

(адрес регистрации потребителя)

в рамках договора об оказании платных услуг желаю получить в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Городская поликлиника № 13 г. Краснодара» министерства здравоохранения Краснодарского края, (далее по тексту - ГБУЗ «ГП № 13 г. Краснодара» МЗ КК) платные услуги и даю свое согласие:

1. На оказание платных услуг.

1.1. Я получил от сотрудников ГБУЗ «ГП № 13 г. Краснодара» МЗ КК полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных услуг и готов ее оплатить.

1.2. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(на) оплатить стоимость оказанных услуг в соответствии с ними.

2. На обработку персональных данных.

2.1. В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 «О персональных данных» N 152-ФЗ (в редакции от 05.04.2013г.) подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ «ГП № 13 г. Краснодара» МЗ КК моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер Индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СПИЛС). данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

2.2. Я даю согласие на использование моих персональных данных в целях выполнения обязательств по договору оказания платных услуг.

2.3. Настоящее согласие предоставляется на осуществление особых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных целей, а также даю свое согласие на получение результатов лабораторных исследований на мой электронный адрес: _____.

2.4. При передаче результатов лабораторных исследований по открытым каналам связи (электронная почта) ГБУЗ «ГП № 13 г. Краснодара» МЗ КК не несет ответственности в случае возможного нарушения конфиденциальности передаваемой информации.

2.5. Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

3. На медицинское вмешательство.

3.1. Мне разъяснены и понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Я понимаю необходимость проведения необходимых манипуляций (процедур), выполняемых в рамках заключенного настоящего договора.

3.2. Мне полностью ясно, что во время указанной манипуляции (процедуры) или после нее могут развиваться осложнения, что может потребовать дополнительного вмешательства (лечения).

3.3. Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

3.4. Я предупрежден(а) о фактах риска и понимаю, что проведение оперативного лечения сопряжено с риском потери крови, возможности инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем органов, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

3.5. Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне заболеваниях, травмах, операциях, в том числе носительстве ВИЧ инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

3.6. Я согласен(а), что при несоблюдении назначений и рекомендаций, лечащий врач не несет ответственности за результаты моего лечения.

3.7. Я согласен(а), что в случае ухудшения самочувствия, при появлении первых признаков осложнений на фоне проводимого лечения я должен(а) незамедлительно обратиться к лечащему врачу или заведующему отделением.

4. Я удостоверяю, что текст моего добровольного информированного согласия на оказание платных медицинских услуг, на обработку персональных данных, на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов платных услуг и даю согласие на их применение.

Потребитель

(подпись)

ФИО

« _____ » _____ 202__ г.