

**Договор на оказание платных медицинских услуг №****г. Красноярск**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Красноярская межрайонная больница № 2", расположенное по адресу: 660119, г. Красноярск, ул. 40 лет Победы, 2, стр. 3, действующее на основании лицензии № ЛО-41-01019-24/00553203 от 10 июля 2020 г., выданной Министерством здравоохранения Красноярского края, расположенного по адресу: 660017, г. Красноярск, ул. Красной армии, д. 3, телефон: 8(391)221-00-44; ОГРН 1022402476194; ИНН 2465012771 перечень работ (услуг), указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности:

Работы (услуги) при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым), при проведении медицинских освидетельствований на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; при проведении экспертизе профессиональной пригодности и; психиатрическому освидетельствованию. Работы (услуги) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: ортодонтии, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической.

именуемое \_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_ дальнейшем \_\_\_\_\_ Исполнитель, \_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_ лице \_\_\_\_\_,

действующего на основании доверенности \_\_\_\_\_, руководствуясь ГК РФ, Федеральным Законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и «Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» (Утвержденных Постановлением Правительства РФ № 736 от 11.05.2023г.), с одной стороны, и гражданин (ка)

(ФИО)

проживающий (ая) по адресу \_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_

именуемый (ая) в дальнейшем Потребитель, с другой стороны, далее именуемые «Стороны» заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. Предмет Договора.**

1.1. Исполнитель берет на себя обязательства оказать Потребителю (следующие медицинские услуги):

Код услуги	Наименование услуги	Кол-во	Цена	Стоимость	Отказ

(далее - услуги), отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Потребитель обязан оплатить их в порядке и размере, установленных настоящим Договором.

1.2. Потребитель ознакомлен о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

1.3. Потребителю предоставлена информация в доступной форме о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи (при наличии), применяемые 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.

1.4. Потребителю предоставлена информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации).

1.5. Потребителю предоставлена информация о том, что сроки предоставления платных медицинских услуг зависят от индивидуального объема оказываемых услуг, согласно расписания работы специалистов, участвующих в оказании платных медицинских услуг.

1.6. Потребитель уведомлен о том, что гражданин, находящийся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязан соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

1.7. До заключения договора Потребитель уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) 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

1.8. В случае если при предоставлении платных платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором оформляется дополнительное соглашение к договору с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости.

1.9. Исполнитель оказывает услуги по настоящему договору в помещениях, находящихся по адресам: 660119, г. Красноярск, ул. 40 лет Победы, 2, стр. 3 ; 660125, г. Красноярск, ул. Микуцкого, 2.

1.10. После получения Потребителем платных медицинских услуг Исполнитель обязан выдать Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов- по требованию), 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 и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

## **2. Права и обязанности сторон.**

### **2.1. Потребитель обязан:**

- 2.1.1. Оплатить медицинские услуги (иные платные услуги) в размере и порядке, указанном в п. 3. настоящего Договора;
- 2.1.2. До оказания медицинской услуги сообщить врачу-специалисту все сведения о перенесенных заболеваниях, известных аллергических реакциях, противопоказаниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход оказания медицинской услуги указанной в п. 1.1.;
- 2.1.3. Соблюдать график приема врачей-специалистов.

### **2.2. Потребитель имеет право:**

- 2.2.1. Требовать от Исполнителя предоставления сведений о наличии лицензии и сертификата, учредительных документов;
- 2.2.2. Получать от Исполнителя для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме информацию о состоянии своего здоровья;
- 2.2.3. Требовать сохранения конфиденциальности информации о получении медицинской услуги, диагнозе, состоянии (врачебной тайне);
- 2.2.4. Дать добровольное согласие на виды медицинских вмешательств;
- 2.2.5. Отказаться от исполнения договора в любое время при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

### **2.3. Исполнитель обязан:**

- 2.3.1. Оказать медицинские услуги качественно, в соответствии с предусмотренными медицинскими технологиями, порядками и стандартами и в срок, указанный в данном Договоре;
- 2.3.2. В случае невыполнения взятых обязательств возместить Потребителю стоимость неоказанной медицинской услуги;
- 2.3.3. Соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья Потребителя.

### **2.4. Исполнитель имеет право:**

- 2.4.1. Требовать от Потребителя соблюдения:
  - графика приема врачей-специалистов;
  - соблюдения внутреннего режима нахождения в лечебном учреждении.

## **3. Цена Договора и порядок оплаты услуг.**

- 3.1. Цена Договора устанавливается утвержденным прейскурантом и составляет:

---

(указать сумму цифрами и прописью)

- 3.2. Оплата Услуг осуществляется Потребителем в порядке: путем внесения предоплаты авансовым платежом либо осуществление оплаты не позднее даты окончания оказания услуг. Оплата может осуществляться безналичным платежом либо путем внесения денежных средств в кассу учреждения \_\_\_\_\_
- 3.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя 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».

## **4. Ответственность сторон.**

- 4.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения обязательств по Договору стороны несут ответственность, в порядке предусмотренном законодательством Российской Федерации.
- 4.2. В случае причинения вреда здоровью или жизни Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, вред подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством РФ.
- 4.3. Исполнитель не несет ответственности (за результаты оказания Услуги), за возможные осложнения, связанные с оказанием возмездных услуг, возникшие по вине Потребителя, либо в случаях несоблюдения Потребителем рекомендаций врачей-специалистов и иных неправомерных действий, указанных в п. 2.1.
- 4.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом, при том, что ухудшение состояния здоровья потребителя может возникнуть после оказания медицинской услуги, но не вследствие ее.
- 4.5. В случае, когда Потребитель не удовлетворен качеством оказания услуги, он вправе в течение 30 дней обратиться с претензией к Исполнителю. Если претензия будет признана обоснованной, потребитель имеет право по своему выбору требовать возмещения полной суммы оплаченных средств, уменьшения стоимости оказанной медицинской услуги или оказания услуги другим специалистом.

## **5. Порядок изменения и расторжения договора.**

- 5.1. В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.
- 5.2. Изменение и расторжение Договора возможны по соглашению сторон.
- 5.3. По требованию одной из сторон Договор может быть изменен или расторгнут в случаях, предусмотренных действующим законодательством.

**6. Прочие условия.**

6.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, стороны будут по возможности решать путем ведения переговоров. При невозможности достижения согласия спор подлежит передаче на рассмотрение в суд в соответствии с законодательством РФ с обязательным соблюдением претензионного порядка. Потребитель письменно направляет претензию Исполнителю с приложением необходимых документов, обосновывающих его требования. Исполнитель в течение 10 дней с момента поступления всех необходимых документов по данной претензии дает письменный ответ и урегулирует спорную ситуацию.

6.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания и завершается получением Потребителем Услуги.

6.3. Любые изменения и дополнения к настоящему договору должны быть составлены в письменной форме и подписаны Сторонами либо их уполномоченными представителями.

6.4. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, по одному у каждой из сторон, имеющих одинаковую юридическую силу.

**7. Адреса и реквизиты сторон**

**ИСПОЛНИТЕЛЬ:**

**ПОТРЕБИТЕЛЬ:**

**КГБУЗ "КМБ № 2"**

Юр. адрес: 660119, г. Красноярск, ул. 40 лет Победы, 2, стр. 3

тел/факс: 8(391)225-41-48, 8(391)225-52-32

Отделение Красноярск Банка России//УФК по Красноярскому краю

Казначеский счет: 40102810245370000011

ИНН: 2465012771

КПП 246501001

**Код доходов 7105000000000000131**

ФИО \_\_\_\_\_

адрес \_\_\_\_\_

удостоверение личности \_\_\_\_\_

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(наименование выдавшего органа)

\_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

**Дополнительное соглашение**

**к договору оказания платных медицинских услуг от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_**  
**г. Красноярск \_\_\_\_\_ г.**

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Красноярская межрайонная больница № 2", расположенное по адресу: 660119, г. Красноярск, ул. 40 лет Победы, 2, стр. 3, действующее на основании лицензии № ЛО-41-01019-24/00553203 от 10 июля 2020 г., выданной Министерством здравоохранения Красноярского края, расположенного по адресу: 660017, г. Красноярск, ул. Красной армии, д. 3, телефон: 8(391)221-00-44; ОГРН 1022402476194; ИНН 2465012771 перечень работ (услуг), указанных в лицензии на осуществление медицинской

Работы (услуги) при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым), при проведении медицинских освидетельствований на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; при проведении экспертизе профессиональной пригодности и; психиатрическому освидетельствованию. Работы (услуги) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: ортодонтии, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической.

именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице

\_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности \_\_\_\_\_, руководствуясь ГК РФ, Федеральным Законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и «Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» (Утвержденных Постановлением Правительства РФ № 736 от 11.05.2023г.), с одной стороны, и гражданин (ка)

(ФИО)

проживающий (ая) по адресу \_\_\_\_\_  
именуемый (ая) в дальнейшем Потребитель, с другой стороны, далее именуемые «Стороны» заключили настоящее дополнительное соглашение об оказании Потребителю дополнительных медицинских услуг:

Код услуги	Наименование услуги	Цена	Стоимость	Отказ

Цена устанавливается утвержденным прейскурантом и составляет:

\_\_\_\_\_ (указать сумму цифрами и прописью).

**Адреса и реквизиты сторон**

**ИСПОЛНИТЕЛЬ:**

**ПОТРЕБИТЕЛЬ:**

**КГБУЗ "КМБ № 2"**

Юр. адрес: 660119, г. Красноярск, ул. 40 лет Победы, 2, стр. 3  
тел/факс: 8(391)225-41-48, 8(391)225-52-32  
Отделение Красноярск Банка России//УФК по Красноярскому краю

Казначеский счет: 40102810245370000011

ИНН: 2465012771

КПП 246501001

**Код доходов 7105000000000000131**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
удостоверение личности \_\_\_\_\_  
№ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(наименование выдавшего органа)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

## УВЕДОМЛЕНИЕ

(ФИО)

уведомляется о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги и повлечь за собой невозможность их завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Подпись потребителя, расшифровка подписи)

Настоящий документ оформлен: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Подпись специалиста, расшифровка подписи)

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

## СОГЛАСИЕ НА ОТСТУПЛЕНИЕ ОТ СТАНДАРТА МЕДПОМОЩИ

Настоящим

(ФИО)

подтверждает согласование следующего объема платных медицинских услуг в рамках стандарта медицинской помощи

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Подпись потребителя, расшифровка подписи)

Настоящий документ оформлен: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Подпись специалиста, расшифровка подписи)

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.