Приложение №2 к приказу
№ 491 от «11» 08 2021г.

ДОГОВОР №___

оказания платных медицинских услуг и платных немедицинских услуг, предоставляемых при оказании медицинской помощи

г. _____ «___»_____20___г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Волгоградский областной клинический онкологический диспансер» (далее- ГБУЗ «ВОКОД») в лице *должность ФИО*, действующего на основании Доверенности №___ от _____20__г., именуемое в дальнейшем Исполнитель, с одной стороны, и _____ _____[1], именуемый (ая) в дальнейшем Заказчик, _____ именуемый (ая) в дальнейшем Потребитель, с другой стороны, при совместном упоминании Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1.Предмет Договора

1.1. По настоящему Договору Исполнитель оказывает Заказчику (Потребителю) медицинские услуги и (или) немедицинские услуги, предоставляемые при оказании медицинской помощи (далее- Платные услуги), по наименованию, стоимости и в сроки, указанные в **Приложении №2** к настоящему Договору, которое является неотъемлемой частью Договора, а Заказчик (Потребитель) обязуется оплатить оказанные услуги.

1.1. Исполнитель оказывает услуги в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, выданной комитетом здравоохранения Волгоградской области № ЛО41-01146-34/00574479 от 28.12.2020. Срок действия лицензии: бессрочно. Перечень работ (услуг) составляющих медицинскую деятельность: при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, гистологии, лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, медицинской статистике, медицинскому массажу, рентгенологии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, физиотерапии, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии, 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), аллергологии и иммунологии, анестезиологии и реаниматологии, гематологии, дерматовенерологии, детской кардиологии, детской онкологии, детской хирургии, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, лабораторной генетике, лечебной физкультуре, медицинской реабилитации, медицинской статистике, неврологии, нейрохирургии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, патологической анатомии, радиологии, ревматологии, рентгенологии, сердечно-сосудистой хирургии, спортивной медицине, ультразвуковой диагностике, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, челюстно-лицевой хирургии, эндокринологии, эндоскопии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: лабораторной генетике, медицинской статистике. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: аллергологии и иммунологии, гематологии, детской онкологии, забору гемопоэтических стволовых клеток, лечебной физкультуре, медицинской реабилитации, медицинской статистике, медицинскому массажу, онкологии, радиотерапии, сердечно-сосудистой хирургии, сестринскому делу, спортивной медицине, физиотерапии; при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), анестезиологии и реаниматологии, гематологии, детской онкологии, диетологии, забору гемопоэтических стволовых клеток, изъятию и хранению органов и (или) тканей человека для трансплантации, клинической лабораторной диагностике, клинической фармакологии, лечебной физкультуре, медицинской реабилитации, медицинской статистике, медицинскому массажу, нейрохирургии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, патологической анатомии, пластической хирургии, радиологии, радиотерапии, рентгенологии, рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению, сердечно-сосудистой

[1] Если договор на оказание платных услуг заключается законным представителем несовершеннолетнего потребителя либо недееспособного потребителя, либо родственником или иным лицом в пользу потребителя, к договору прикладывается копии документов, подтверждающих правовые основания заключения договора (свидетельство о рождении ребенка; решение суда либо постановление органа опеки и попечительства о назначении опекуна; паспорт родственника и т.д.). В преамбуле Договора при этом указывается правовой статус лица, заключающего договор (родитель, опекун, близкий родственник – сын, дочь и др.).

хирургии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, спортивной медицине, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, хранению гемопоэтических стволовых клеток и костного мозга, челюстно-лицевой хирургии, эндоскопии; при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: онкологии; при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по: гематологии, детской онкологии, нейрохирургии, онкологии, сердечно-сосудистой хирургии, трансплантации костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток, челюстно-лицевой хирургии. При оказании паллиативной медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, медицинской статистике, онкологии, сестринскому делу, терапии; при оказании паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, гематологии, медицинской статистике, онкологии, психотерапии, сестринскому делу, терапии. При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности, экспертизе качества медицинской помощи. При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым).

1.2. При необходимости Потребителю могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень и сроки оказания которых согласуются сторонами в дополнительном соглашении к настоящему Договору

1.3. Потребитель подтверждает, что согласовал осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, либо их объем, превышающий объем выполняемого стандарта медицинской помощи. _____/_____

(подпись Потребителя) *(расшифровка подписи)*

1.4. По завершению оказания платной услуги, между Сторонами подписывается Акт о выполнении услуги (**Приложение № 4** к договору).

2. Условия и порядок оказания услуг

2.1. Исполнитель в соответствии с п. 1.1. настоящего Договора оказывает платные услуги по настоящему Договору в помещении Исполнителя, расположенном по адресу *(нужное выбрать вариант)*.:

- г. Волгоград, ул. им. Землячки, д. 78;
- Волгоградская обл., г. Волжский, ул. Комсомольская, д. 25;
- Волгоградская обл., г. Урюпинск, ул. Фридек Мистек, д. 8.

2.2. Платные услуги предоставляются в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.3. Предоставление платных медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется только при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя). Добровольное информированное согласие является **Приложением №1** к настоящему договору.

2.4. До Потребителя (Заказчика) доведена вся информация о платных услугах, оказываемых в ГБУЗ «ВОКОД» размещенная на официальном сайте: vokod34.ru. Потребитель (Заказчик) подтверждает, что на момент подписания настоящего договора Исполнитель: ознакомил его с Положением о порядке и условиях предоставления в ГБУЗ «ВОКОД» платных медицинских услуг населению и платных немедицинских услуг, предоставляемых при оказании медицинской помощи; действующим в ГБУЗ «ВОКОД» Прейскурантом цен на платные медицинские услуги и платные немедицинские услуги, предоставляемых при оказании медицинской помощи; ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 30 мая 2026 г. N 659); уведомил его о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи и сроки ожидания их оказания без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. _____/_____

(подпись Потребителя) *(расшифровка подписи)*

2.5. Потребитель (Заказчик) подтверждает, что он уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правил поведения пациента в учреждении. _____/_____

(подпись Потребителя) *(расшифровка подписи)*

3. Стоимость услуг, сроки и порядок оплаты

3.1. Потребитель (Заказчик) оплачивает услуги в размере: _____Исполнителю в объеме, установленном в **Приложении №2** к настоящему Договору.

3.2. Потребитель (Заказчик) оплачивает медицинские услуги Исполнителю путем предоплаты в размере 100% стоимости услуг по прейскуранту. Денежные средства вносятся в кассу Исполнителя или перечисляются на расчетный счет Исполнителя, до оказания услуг.

4. Права и обязанности Сторон и участников договора

4.1. Исполнитель обязуется:

4.1.1 Оказать Потребителю (Заказчику) платные услуги, указанные в п.1.1. настоящего Договора, качественно, с использованием современных методов диагностики, лечения, в полном объеме и в соответствии с настоящим договором, после внесения Потребителем (Заказчиком) денежных средств и представления документов, подтверждающих оплату.

4.1.2. Предоставить бесплатно Потребителю (Заказчику) полную и достоверную информацию об оказываемых в учреждении платных услугах.

4.1.3. Обеспечить участие в оказании платных услуг квалифицированного персонала учреждения.

4.1.4. Вести необходимую, установленную законодательством документацию, в установленном действующим законодательством Российской Федерации порядке (амбулаторную карту и т.д.)

4.1.5. Немедленно извещать Потребителя (Заказчика) о невозможности оказания платной услуги по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению времени либо объема оказания услуги, что оформляется дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

4.1.6. По заявлению Потребителя (Заказчика) составить смету (калькуляционную карту платной услуги с пояснениями).

4.2. Потребитель (Заказчик) обязуется:

4.2.1. Оплатить предоставленные Исполнителем услуги, перечень которых указан в **Приложении №2,** до начала их оказания.

4.2.2. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных услуг в ГБУЗ «ВОКОД».

4.2.3. В случае уведомления Потребителя медицинскими работниками Исполнителя о необходимости совершения иных выплат в адрес медицинских работников в форме финансового или иного материального вознаграждения вне настоящего Договора и иных дополнительных соглашений, Потребитель должен незамедлительно уведомить администрацию ГБУЗ «ВОКОД» о данном факте.

4.2.4. Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, оказывающему услугу) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

4.2.5. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, что отражено в форме уведомления пациента о несоблюдении назначений (рекомендаций) врача при оказании платных медицинских услуг (**Приложение №3** к настоящему Договору).

4.2.6. При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику) о любых изменениях самочувствия.

4.2.7. Соблюдать график приема и внутренний режим нахождения в ГБУЗ «ВОКОД».

4.3. Исполнитель вправе:

4.3.1. Привлекать для исполнения обязательств по настоящему договору третьих лиц. При привлечении третьих лиц Исполнитель обязан довести до сведения Потребителя (Заказчика) всю необходимую информацию о третьем лице в объеме информации, предоставляемой об Исполнителе, а также информацию о времени и месте оказания Потребителю данных медицинских услуг.

4.3.2. Получать от Потребителя (Заказчика) информацию необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору и оплату за оказанные платных услуг в соответствии с условиями, предусмотренными разделом 3 настоящего Договора.

4.4. Потребитель (Заказчик) вправе:

4.4.1. Получать от Исполнителя услуги, предусмотренные настоящим Договором и информацию о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья.

4.4.2. Потребитель (Заказчик) вправе отказаться от исполнения настоящего договора в любое время, направив Исполнителю письменный отказ, при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

5. Ответственность Сторон

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

5.2. Все споры и разногласия, вытекающие из настоящего Договора, решаются в соответствии с законодательством Российской Федерации путем переговоров с направлением письменных претензий. Срок рассмотрения полученных претензий должен быть разумным и назначается Потребителем (Заказчиком) (указывается в претензии). При не достижении соглашения споры рассматриваются в суде.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение услуги, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения Потребителем (Заказчиком) своих обязанностей по договору, а также по иным основаниям предусмотренным законодательством Российской Федерации.

6. Изменение условий и расторжение Договора

6.1. Все изменения и дополнения к настоящему договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащим образом сторонами.

6.2. Настоящий договор расторгается в случае отказа Потребителя (Заказчика) после заключения настоящего договора от получения медицинских услуг. Отказ от получения медицинских услуг по настоящему договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю. Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы (потребленные медицинские и немедицинские услуги), связанные с исполнением настоящего договора.

7. Заключительные положения

7.1. Настоящий Договор составлен в количестве экземпляров по числу сторон договора.

7.2. Все вопросы, не урегулированные настоящим Договором, разрешаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7.3. Все приложения, дополнения и изменения к настоящему Договору являются действительными, если они составлены в письменной форме и подписаны всеми Сторонами.

7.4. После исполнения настоящего Договора Исполнителем бесплатно выдаются Потребителю (законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), 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 изделий в течение 5 рабочих дней.

8. Информация о Потребителе, реквизиты и подписи сторон:

Исполнитель:
ГБУЗ «ВОКОД»
Адрес: 400117, г. Волгоград, ул. Землячки, д. 78
ИНН/КПП 3443901345/344301001
ОГРН 1023402977575
Управление Федерального казначейства по Волгоградской области ГБУЗ «ВОКОД»
л/с 20296Ш94140
р/с 40601810700001000002 в Отделение Волгоград г. Волгоград
БИК 041806001
e-mail: vokod@volganet.ru
тел: (8442) 58-48-69
кассир
_____/_____

Заказчик:
Ф.И.О._____
Год и место рождения_____
Адрес места жительства_____
Документ, удостоверяющий личность (серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ)_____
Заказчик
_____

Потребитель:
Ф.И.О._____
Год и место рождения_____
Адрес места жительства_____
Документ, удостоверяющий личность (серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ)_____
Потребитель
_____

Приложение №1
к договору № ____ от __ .___.20___г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ПЛАТНЫХ НЕМЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Я, _____, дата рождения _____ , в рамках договора на оказание платных медицинских услуг и платных немедицинских услуг, даю добровольное информированное согласие на получение платных медицинских и (или) немедицинских услуг в Государственном диспансер» (ГБУЗ «ВОКОД»), при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

Я выражаю добровольность в получении платных медицинских (немедицинских) услуг и даю своё согласие на их получение в ГБУЗ «ВОКОД», и осознаю, что мне могут оказать, аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях, в том числе и на бесплатной основе. Право на получение услуг в другом медицинском учреждении бесплатно, мне разъяснено и понятно.

Я подтверждаю, уведомлен о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи и сроки ожидания их оказания без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я согласен (согласна) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, медицинская организация не несет ответственности за их возникновения. Мне разъяснено, что я могу получить, один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен (на) исполнять все назначения, рекомендации и советы медицинских работников медицинской организации.

Я подтверждаю, что при подписания настоящего информированного согласия меня уведомили о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников медицинской организации, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на моем состоянии здоровья.

Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом, и я даю свое согласие на их оплату. Не возражаю против записи медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны. Я подтверждаю, что даю свое согласие на обработку медицинской организацией моих персональных данных, ставших ему известных, при подписании настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг. Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения от медицинских работников понятны и меня удовлетворяют. Настоящее информированное согласие подписано мною после проведения предварительной беседы и является приложением к Договору на оказание платных медицинских услуг и платных немедицинских услуг, предоставляемых при оказании медицинской помощи.

Потребитель (законный представитель потребителя):
Ф.И.О.: _____
Адрес: _____
паспорт: _____
Подпись_____ Дата_____

Приложение №2
к Договору №_____ от_____20____г.

ПЕРЕЧЕНЬ
платных услуг (медицинских, немедицинских) предоставляемых по договору

Код услуг	Наименование услуги	Срок ожидания услуги	Количество	Стоимость за единицу
Всего				

Потребитель

_____

Исполнитель

_____

Заказчик

_____

Приложение №3
к Договору №_____ от_____20____г.

Форма уведомления пациента о несоблюдении назначений (рекомендаций) врача при оказании платных медицинских услуг

Я, _____, ***дата рождения .. г., подтверждаю, что до заключения договора на оказание платных медицинских услуг (номер _____ от «» _____*** **20** г.) исполнитель в письменной форме уведомил меня о следующем.

Мне разъяснено, что несоблюдение рекомендаций медицинского работника, в том числе назначенного режима лечения, кратности и дозировок приёма лекарственных препаратов, правил подготовки к диагностическим и лечебным процедурам, иных врачебных предписаний, может привести к следующим последствиям:

- снижению качества оказываемой платной медицинской услуги;
- невозможности завершить оказание услуги в установленный срок;
- ухудшению состояния моего здоровья, в том числе прогрессированию заболевания и развитию осложнений.

Я ознакомлен с настоящим уведомлением, осознаю указанные риски и беру на себя ответственность за соблюдение назначений врача в процессе оказания услуги.

Подпись пациента:

_____ / _____
(подпись) (Ф.И.О. пациента)
Дата: «_» _____ **20** г.

Подпись законного представителя:

_____/_____
(подпись) (Ф.И.О. законного представителя)

Дата: «_» _____ **20** г

Приложение №4
к Договору №_____от_____20___г.

АКТ
Об оказании платных услуг по договору №_____от_____20___г.

Заказчик (Потребитель)_____ с одной стороны и Исполнитель - ГБУЗ «Волгоградский областной клинический онкологический диспансер» лице __*должность*___*ФИО*, действующего на основании Доверенности №___ от _____20__г., с другой стороны составили настоящий Акт, подтверждающий оказание Потребителю (Заказчику) платных(ой) медицинских (немедицинских) услуг(и) в полном объеме, в установленный срок.

Оказаны услуги:

Код услуг	Наименование услуги	Количество	Цена (руб.)	Сумма (руб.)
			Итого:	
			В т.ч. НДС	

Потребитель (Заказчик) не имеет претензий по сроку, количеству и качеству оказанных (ой) платных (ой) услуг (и).

Потребитель

_____

Исполнитель

_____

Заказчик

_____

Приложение №5

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
к договору оказание платных услуг от __.___.20___ №_____

г. Волгоград «___»_____20___г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Волгоградский областной клинический онкологический диспансер» (далее- ГБУЗ «ВОКОД») в лице главного врача Коваленко Надежды Витальевны, действующего на Устава, именуемое в дальнейшем Исполнитель, с одной стороны, и_____
_____[2], именуемый (ая) в дальнейшем Заказчик, _____ именуемый (ая) в дальнейшем Потребитель, с другой стороны, при совместном упоминании Стороны, заключили дополнительное соглашение об оказании Потребителю дополнительных медицинских услуг:

Код услуг	Наименование услуги	Количество	Срок ожидания услуги	Стоимость за единицу
Всего к оплате				

Дополнительное соглашение составлено в количестве экземпляров по числу сторон настоящего дополнительного соглашения к Договору.

Потребитель

_____

Исполнитель

_____

Заказчик

_____

[2] Если договор на оказание платных услуг заключается законным представителем несовершеннолетнего потребителя либо недееспособного потребителя, либо родственником или иным лицом в пользу потребителя, к договору прикладывается копии документов, подтверждающих правовые основания заключения договора (свидетельство о рождении ребенка; решение суда либо постановление органа опеки и попечительства о назначении опекуна; паспорт родственника и т.д.). В преамбуле Договора при этом указывается правовой статус лица, заключающего договор (родитель, опекун, близкий родственник – сын, дочь и др.).