

Уважаемый Заказчик!

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический) имени Н.П. Напалкова» (ГБУЗ «СПб КНпЦСВМП(о) имени Н.П. Напалкова») в соответствии с пунктом 24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736, уведомляет Вас о том, что несоблюдение пациентом указаний (рекомендаций) исполнителя (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 пациента.

Договор № _____
об оказании платных медицинских услуг

г. _____

«__» _____ г.

_____, в лице _____,
(полное наименование юридического лица) (должность, Ф.И.О.(при наличии))
действующего на основании _____,
именуем _____ в дальнейшем «Заказчик», с одной стороны и Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический) имени Н.П. Напалкова» (ГБУЗ «СПб КНпЦСВМП(о) имени Н.П. Напалкова»), в лице _____,
(должность, Ф.И.О. (при наличии))
действующего на основании _____, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем.

1. Сведения о Сторонах Договора.

1.1. Сведения об Исполнителе.

1.1.1. Полное наименование: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический) имени Н.П. Напалкова»; сокращенное наименование: ГБУЗ «СПб КНпЦСВМП(о) имени Н.П. Напалкова».

1.1.2. Адрес местонахождения: 197758, г. Санкт-Петербург, поселок Песочный, улица Ленинградская, дом 68а, лит. А.

1.1.3. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ, с указанием органа, осуществляющего государственную регистрацию: ОГРН 1107847294840, ИНН 7843311757, ГРН и дата внесения в ЕГРЮЛ записи, содержащей указанные сведения – 1107847294840 от 06.06.2010, данные о регистрирующем органе – Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы № 15 по Санкт-Петербургу.

1.1.4. Информация о лицензии на осуществление медицинской деятельности, ее номере, сроках действия, а также информация об органе, выдавшем лицензию: регистрационный номер лицензии: Л041-01148-78/00553392; дата предоставления лицензии: 29.10.2018; срок действия: бессрочно; лицензирующий орган: Комитет по здравоохранению г. Санкт-Петербурга (г. Санкт-Петербург, 191023, Малая Садовая ул., д.1, т.571-34-06).

Перечень предоставляемых Исполнителем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией указан в выписке из реестра лицензий, копия которой является Приложением № 1 к Договору, а также находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя и размещена на сайте Исполнителя в сети

«Интернет».

1.2. Сведения о Заказчике.

1.2.1. Полное наименование: _____;
сокращенное наименование: _____.

1.2.2. Адрес местонахождения: _____.

1.2.3. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ, с указанием органа, осуществляющего государственную регистрацию: ОГРН _____, ИНН _____, дата регистрации – _____, данные о регистрирующем органе.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1 Настоящий Договор является рамочным по смыслу ст.429.1 ГК РФ. По настоящему Договору Исполнитель на основании заявки/гарантийного письма Заказчика обязуется оказать медицинские услуги Потребителю, указанному в соответствующей заявке /гарантийном письме, на условиях, определенных настоящим Договором, а Заказчик обязуется оплатить Исполнителю стоимость оказанных Потребителю медицинских услуг в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

Наименование и стоимость медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, указаны в Прейскуранте по платным медицинским услугам, являющемуся неотъемлемой частью настоящего Договора (Приложение № 2) (далее – Прейскурант).

Оказание медицинских услуг в рамках настоящего Договора конкретному Потребителю осуществляется на основании заявки / гарантийного письма Заказчика Исполнителю, в обязательном порядке содержащей ссылку на настоящий Договор, перечень необходимых для оказания конкретному Потребителю медицинских услуг и следующие сведения о Потребителе:

- фамилия, имя и отчество (при наличии),
- адрес места жительства, иные адреса, на которые Исполнитель может направлять ответы на письменные обращения Потребителя,
- телефон Потребителя,
- данные документа, удостоверяющего личность Потребителя.

2.2. Медицинские услуги по настоящему Договору оказываются по месту нахождения Исполнителя в соответствии с режимом его работы и графиками работы медицинских работников Исполнителя, участвующих в оказании медицинских услуг.

Условия и сроки ожидания платных медицинских услуг: медицинские услуги по настоящему Договору оказываются Исполнителем в дату и время, согласованные с Заказчиком и Потребителем. О дате и времени оказания медицинских услуг Потребитель дополнительно уведомляется Исполнителем, в том числе по номеру телефона, указанному в заявке / гарантийном письме.

2.3. Перечень оказываемых медицинских услуг конкретному Потребителю указывается в заявке / гарантийном письме в соответствии с Прейскурантом (далее – Перечень).

2.4. При необходимости Потребителю могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень и сроки оказания которых согласуются Сторонами и оформляются дополнительной заявкой / гарантийным письмом Заказчика, содержащей сведения, указанные в п. 2.1. настоящего Договора.

2.5. Заказчик подтверждает, что:

2.5.1. он уведомлен Исполнителем 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;

2.5.2. ему в доступной форме Исполнителем предоставлена информация 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;

2.5.3. до подписания настоящего Договора он ознакомлен с действующим Прейскурантом по платным медицинским услугам Исполнителя;

2.5.4. он проинформирован Исполнителем о том, что информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи, оказываемой по настоящему Договору, будет предоставлена Потребителю медицинским работником Исполнителя перед соответствующим медицинским вмешательством; факт предоставления данной информации и согласие Потребителя на соответствующее вмешательство будут оформлены отдельным документом – информированным добровольным согласием на соответствующее вмешательство (ИДС); в отсутствие ИДС на соответствующее вмешательство, данное вмешательство не осуществляется;

2.5.5. он согласен на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

2.5.6. он добровольно и осознанно принял решение об оказании Исполнителем медицинских услуг Потребителям на платной основе;

2.5.7. Потребители, направляемые к Исполнителю для оказания им медицинских услуг на основании заявок/гарантийных писем:

- ознакомлены с настоящим Договором,
- не состоят под опекой и попечительством, не страдают заболеваниями, препятствующими осознать суть Договора и обстоятельств его заключения, действуют по своей воле и согласны на получение медицинских услуг в соответствии с пунктами 2.1. – 2.4. настоящего Договора, в том числе на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

3.1.2. Обеспечить Заказчика бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской помощи.

3.1.3. Проинформировать Потребителя перед оказанием медицинских услуг по настоящему Договору 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.

- несоблюдение пациентом указаний (рекомендаций) исполнителя (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 пациента.

3.1.4. Оказать платные медицинские услуги, соответствующие номенклатуре медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и предоставлять их в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

3.1.5. После исполнения Договора выдать Потребителю 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 изделиях без взимания дополнительной платы непосредственно после оказания медицинских услуг по настоящему договору либо в иное время в соответствии с порядками выдачи соответствующих документов, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.1.6. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования

к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

3.1.7. Охранять в порядке, установленном законодательством персональные данные представителя Заказчика, Потребителя, в том числе информацию о факте обращения за оказанием платных медицинских услуг Потребителю, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна), не распространять третьим лицам находящуюся у Исполнителя указанную информацию о Потребителе, представителе Заказчика за исключением случаев, установленных законодательством.

3.2. Заказчик обязуется:

3.2.1. Оплатить оказанные Исполнителем медицинские услуги в порядке и сроки, которые установлены Договором.

3.2.2. Оформлять заявки / гарантийные письма в соответствии с требованиями, указанными в пунктах 2.1. и 2.4. настоящего Договора по форме, установленной Приложением № 3 к настоящему Договору, и направлять их Исполнителю в соответствии с требованиями федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

3.2.3. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором; подписывать своевременно Акты об оказании услуг Исполнителем в соответствии с Приложением № 4 к настоящему Договору

3.2.4. При подготовке заявки/гарантийного письма об оказании платной медицинской помощи Потребителю:

- уведомить Потребителя 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;

- в доступной форме предоставить Потребителю информацию 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;

- проинформировать Потребителя о том, что информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания ему медицинской помощи, будет предоставлена Потребителю медицинским работником Исполнителя перед соответствующим медицинским вмешательством; факт предоставления данной информации и согласие Потребителя на соответствующее вмешательство будут оформлены отдельным документом – информированным добровольным согласием на соответствующее вмешательство (ИДС); в отсутствие ИДС на соответствующее вмешательство, данное вмешательство не осуществляется;

- проинформировать Потребителя о необходимости предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить Исполнителю 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.

- проинформировать Потребителя о необходимости соблюдать назначенный режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и действующие Правила внутреннего распорядка и поведения пациента у Исполнителя.

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. Получать от Заказчика информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору, в том числе заявок / гарантийных писем. В случае не предоставления либо неполного или неверного предоставления Заказчиком необходимой информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

3.3.2. Получать от Заказчика оплату за оказанные услуги по настоящему Договору. В

случае несвоевременной либо неполной оплаты Заказчиком оказанных Исполнителем услуг по настоящему Договору по исполненным заявкам / гарантийным письмам Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору по новым заявкам / гарантийным письмам до поступления необходимой оплаты.

3.4. Заказчик имеет право:

3.4.1. Требовать от Исполнителя оказание услуг Потребителю, предусмотренных настоящим Договором и соответствующей заявкой / гарантийным письмом.

3.5. Заказчик и Исполнитель обладают иными правами и несут иные обязанности, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

4. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

4.1. Стоимость медицинских услуг, оказываемых Потребителям на основании направленных в рамках настоящего Договора заявок/гарантийных писем определяется на основании Прейскуранта по платным медицинским услугам, действующего на момент заключения настоящего Договора, являющемуся неотъемлемой частью настоящего Договора (Приложение № 2 к настоящему Договору).

Стоимость медицинских услуг подлежит изменению в случае изменения указанного Прейскуранта и действия его на момент оказания услуги Потребителю.

В случае изменения Прейскуранта по платным медицинским услугам между Сторонами оформляется соответствующее дополнительное соглашение к настоящему Договору.

В соответствии с п.2 ст.149 Налогового кодекса Российской Федерации медицинские услуги налогом на добавленную стоимость (НДС) не облагаются.

4.2. Факт оказания медицинских услуг Исполнителем и их получение Потребителем подтверждается Актом об оказании медицинских услуг в соответствии с Приложением №4 к настоящему Договору. Подписание указанного Акта осуществляется в порядке, установленном настоящим Договором.

4.3. Акт об оказании медицинских услуг направляется Исполнителем Заказчику после оказания Потребителю медицинских услуг ежемесячно в срок до 15 числа месяца, следующего за отчетным.

Заказчик обязуется рассмотреть, подписать предоставленный Исполнителем Акт и передать один экземпляр Исполнителю не позднее 3-х календарных дней с момента его получения при условии отсутствия у Заказчика каких-либо замечаний к оказанным Исполнителем услугам.

При наличии замечаний к оказанным Исполнителем услугам Заказчик указывает их в Акте и направляет его Исполнителю в те же сроки. После устранения Исполнителем всех выявленных замечаний подписывает Акт и передает один экземпляр Исполнителю.

В случае не подписания и (или) не предоставления Заказчиком Исполнителю подписанного Акта по истечении 3-х календарных дней с момента его получения обязательства Исполнителя считаются исполненными, принятыми Заказчиком без замечаний и подлежат оплате в полном объеме.

4.4. В случае отказа Потребителя от получения медицинских услуг после получения Исполнителем направленных в рамках настоящего Договора заявок / гарантийных писем, либо отказа Заказчика от исполнения им своих обязательств Договор расторгается. При этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

4.5. К отношениям, связанным с исполнением настоящего Договора, применяются положения Гражданского кодекса Российской Федерации и Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».

4.6. Оплата оказанных Исполнителем услуг производится Заказчиком на основании выставленного Исполнителем счета в течение 30 (тридцати) банковских дней с момента подписания сторонами Акта об оказании медицинских услуг по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

Заказчику в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг

(кассовый чек, квитанция или иные документы строгой отчетности).

4.7. Датой оплаты считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

4.8. В случае неоказания, оказания услуг ненадлежащего качества и при иных основаниях для возврата денежных средств Исполнитель возвращает Заказчику денежные средства в порядке и в сроки, установленные действующим законодательством.

5. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

5.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления и согласия Потребителя на получение Потребителем медицинских услуг на возмездной основе за счет средств Заказчика.

5.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи по профилям медицинской помощи, порядками организации медицинской реабилитации, проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи, в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736, Уставом Исполнителя, действующим у Исполнителя Положением об оказании платных медицинских услуг.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.

6.1. Исполнитель несет перед Заказчиком и Потребителем ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации, за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью или жизни Потребителя.

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

6.3. Заказчик несет ответственность за нарушение условий договора об оплате услуг, а также иных условий договора, устанавливающих обязанности Заказчика, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.4. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение 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.

Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

6.5. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам оказания услуг Заказчик вправе по своему выбору:

- назначить новый срок оказания услуги, согласно имеющейся у Исполнителя возможности;

- потребовать исполнения услуги другим специалистом;

- расторгнуть настоящий Договор и потребовать возмещения убытков.

6.6. При обнаружении Заказчиком недостатков оказанной Исполнителем услуги Заказчик вправе по своему выбору потребовать от Исполнителя:

- безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги,

- соответствующего уменьшения цены выполненной услуги,
- возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги третьими лицами.

6.7. Исполнитель не несет ответственности за результаты оказания медицинских услуг по настоящему Договору в случае несоблюдения Потребителем рекомендаций по лечению, неправомерных действий Потребителя.

7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

7.1. Настоящий Договор может быть изменен и дополнен по соглашению Сторон.

7.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

7.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными представителями Заказчика и Исполнителя.

7.4. В случае отказа Заказчика после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Заказчика о расторжении договора по инициативе Заказчика, при этом Заказчик оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.

8.1. Стороны обязуются все возникающие разногласия решать путем переговоров.

8.2. При неурегулировании Сторонами возникших разногласий спор разрешается в судебном порядке.

8.3. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством.

9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ

9.1. Срок действия настоящего Договора устанавливается с даты его заключения по 31 декабря 20__ г. Если до окончания срока действия договора ни одна из Сторон не заявила возражение о продлении срока его действия, Договор считается пролонгированным на один год на тех же условиях. Договор может пролонгироваться неограниченное количество раз.

9.2. Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

9.3. Стороны договорились, что дополнительные соглашения к настоящему Договору, заявки / гарантийные письма, акты об оказании услуг по настоящему Договору, претензии и иные документы, связанные с изменением, исполнением настоящего Договора могут быть подписаны как собственноручными подписями уполномоченных представителей Сторон, так и с использованием их факсимиле. При этом факсимильные подписи будут иметь такую же силу, что и собственноручные подписи уполномоченных лиц.

9.4. Стороны договорились, что настоящий Договор, дополнительные соглашения к настоящему Договору, заявки / гарантийные письма, акты об оказании услуг по настоящему Договору, претензии и иные документы, связанные с изменением, исполнением настоящего Договора могут быть переданы по электронной почте и имеют силу до обмена Сторонами соответствующими оригиналами. Сторона, получившая для подписания оригиналы Договора и/или иного документа с оригинальной печатью другой Стороны, обязана подписать и направить такие оригиналы другой Стороне посредством почтовой связи и/или курьером в течение 5 рабочих дней с момента получения оригиналов.

9.5. Обращение (жалоба) Заказчика, касающаяся исполнения условий настоящего Договора может быть направлена Заказчиком:

9.5.1. в Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга (порядок направления обращений указан по ссылке: <http://zdrav.spb.ru/ru/commitet/kontakti/obrasheniya-grazhdan/>).

9.5.2. в Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Санкт-Петербургу (порядок направления обращений указан по ссылке: <https://petition.rosпотребнадзор.ru/petition/>).

9.5.3. Исполнителю:

- на почтовый адрес: 197758, Санкт-Петербург, посёлок Песочный, Ленинградская ул., д. 68А, лит. А.

- на адреса электронной почты: feedback@oncocentre.ru, prponkcentr@zdrav.spb.ru.

9.6. Настоящий Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

9.7. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются:

9.7.1. Копия выписки из реестра лицензий (Приложение № 1)

9.7.2. Прейскурант по платным медицинским услугам (Приложение № 2).

9.7.3. Форма заявки / гарантийного письма (Приложение № 3).

9.7.4. Акт об оказании медицинских услуг (Приложение № 4).

10. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель	Заказчик
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический) имени Н.П. Напалкова»	Наименование:
(ГБУЗ «СПб КНпЦСВМП(о) имени Н.П. Напалкова»)	Адрес:
197758, г. Санкт-Петербург, поселок Песочный, улица Ленинградская, дом 68а, лит. А.,	ОГРН
Тел/факс: (812) 573-91-91	ИНН
e-mail: dms@oncocentre.ru	КПП
ИНН 7843311757	р/сч
КПП 784301001	в
ОКТМО 40366000000	БИК
ОГРН 1107847294840	
ОКПО 67486992	
ОКВЭД 86.10	
Комитет Финансов СПб (ГБУЗ «СПб КНпЦСВМП(о) имени Н.П. Напалкова» л/с 0151111)	
Северо-Западное ГУ Банка России//УФК по г. Санкт-Петербургу, г. Санкт-Петербург	
Расчётный счёт: 03224643400000007200	
Номер счета банка плательщика (получателя): 40102810945370000005	
БИК 014030106	
ОКОПФ 75203, ОКФС 13	
ОКОГУ 2300229	

11. ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:

_____ (должность)

(подпись / Ф.И.О.)

МП

Заказчик:

_____ (должность)

(подпись / Ф.И.О.)

МП

Заявка / гарантийное письмо

_____ (наименование Заказчика)

в рамках договора об оказании платных медицинских услуг от _____ № _____ направляет _____

_____ (указываются: _ фамилия, имя и отчество (при наличии) Потребителя, дата рождения Потребителя, адрес места жительства, иные адреса, на которые Исполнитель может направлять ответы на письменные обращения Потребителя, телефон Потребителя, данные документа, удостоверяющего личность Потребителя)

для оказания медицинской помощи в ГБУЗ «СПб КНпЦСВМП(о) имени Н.П. Напалкова»

Диагноз (при наличии) _____

Вид медицинской помощи/
лимит денежных средств на оказание медицинской помощи _____

Оплата оказанных медицинских услуг будет произведена в соответствии с условиями Договора.

Заявка / гарантийное письмо действительно в течение 30 календарных дней с даты его подписания Заказчиком

_____ (должность уполномоченного представителя
Заказчика)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Заполняется Потребителем (в установленных законом случаях – законным представителем Потребителя):

Я, _____, являясь
Потребителем / законным представителем Потребителя по договору об оказании платных медицинских услуг от _____ № _____ и настоящей заявке/гарантийному письму, своей подписью подтверждаю, что я согласен на получение платных медицинских услуг в ГБУЗ «СПб КНпЦСВМП(о) имени Н.П. Напалкова», в том числе на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, и _____:

(наименование Заказчика)

- ознакомил меня с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736;
- уведомил меня о том, что несоблюдение мной указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), 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 состоянии моем здоровье;

- уведомил меня 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;
- в доступной форме предоставил мне информацию 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;
- проинформировал меня о том, что информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания ему медицинской помощи, будет предоставлена мне медицинским работником Исполнителя перед соответствующим медицинским вмешательством; факт предоставления данной информации и согласие Потребителя на соответствующее вмешательство будут оформлены отдельным документом – информированным добровольным согласием на соответствующее вмешательство (ИДС); в отсутствие ИДС на соответствующее вмешательство, данное вмешательство не осуществляется;
- проинформировал меня о необходимости предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить Исполнителю все известные сведения о состоянии своего здоровья / здоровья Потребителя, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.
- проинформировал Потребителя о необходимости соблюдать назначенный режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и действующие Правила внутреннего распорядка и поведения пациента у Исполнителя.

Подпись

/

ФИО

Форма согласована:

ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:

(должность)

(подпись / Ф.И.О.)

МП

Заказчик:

(должность)

(подпись / Ф.И.О.)

МП

Приложение № 4
к Договору об оказании платных
медицинских услуг
№ _____ от «___» _____ 20__ г

Отчет (акт)
об оказании медицинских услуг

г. _____

«___» _____ г.

_____, в лице _____,
(полное наименование юридического лица) (должность, Ф.И.О. (при наличии))

действующего на основании _____,
именуем__ в дальнейшем «Заказчик», с одной стороны и Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический) имени Н.П. Напалкова» (ГБУЗ «СПб КНпЦСВМП(о) имени Н.П. Напалкова»),

в лице _____,
(должность, Ф.И.О. (при наличии))

действующего на основании _____, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», составили настоящий акт о нижеследующем:

1. Исполнитель оказал, а Потребитель _____
(ФИО, заявка/гарантийное письмо от..... №.....)

получил следующие медицинские услуги:

Код услуги	Наименование услуги	Количество	Условия и сроки оказания услуги	Цена за единицу (в рублях)	Сумма (в рублях)

2. Указанные в п. 1 настоящего акта услуги согласно Договору и заявке / гарантийному письму оказаны в полном объеме с «___» _____ г. по «___» _____ г.

3. Замечаний по объему, срокам и качеству услуг, оказанных Исполнителем, не имеется / имеются следующие замечания (нужное подчеркнуть):

_____.

Отмеченные недостатки устранены.

4. Стоимость оказанных услуг, согласно Договору и заявке / гарантийному письму составила _____ (_____) рублей.

ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:
_____ (должность)

(подпись / Ф.И.О.)

Заказчик:
_____ (должность)

(подпись / Ф.И.О.)

