

**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_**  
**ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**  
**НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕМУ (ЕЙ), ДОСТИГШЕМУ (ЕЙ) ВОЗРАСТА 15 ЛЕТ**

г. Пермь

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_ г.

Медицинская организация «Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская детская клиническая поликлиника № 5»», именуемая в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице заведующей отделением по оказанию платных услуг Тихоновец Елены Романовны, действующей на основании доверенности № 17 от 01.07.2017 года, с одной стороны, и гражданин(ка) \_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «**Заказчик**», с другой стороны, действуя в интересах и являясь законным представителем несовершеннолетнего(ей), достигшего(ей) возраста 15-лет, \_\_\_\_\_, именуемого(ой) в дальнейшем «**Потребитель**», заключили настоящий Договор о следующем.

### 1. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА

#### 1.1. Сведения об Исполнителе:

1.1.1. Наименование и фирменное наименование (если имеется): Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пермского края «Городская детская клиническая поликлиника № 5»;

1.1.2. Адрес места нахождения: 614066, г. Пермь, ул. Советской Армии, 10;

1.1.3. Адрес (а) мест (а) оказания медицинских услуг: \_\_\_\_\_;

1.1.3. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществляющего государственную регистрацию: государственный регистрационный номер записи 1075905007474, дата внесения записи 22.08.2007 г., наименование регистрирующего органа – Инспекция Министерства Российской Федерации по налогам и сборам по Индустриальному району г. Перми;

1.1.4. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа: Лицензия № ЛО-59-01-004674 от 27 июля 2018 года на осуществление медицинской деятельности, выдана Министерством здравоохранения Пермского края, г. Пермь, ул. Ленина, 51, телефон (342) 217-79-00.

#### 1.2. Сведения о Заказчике (законном представителе Потребителя):

1.2.1. Фамилия, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон Заказчика: \_\_\_\_\_.

1.2.2. Паспортные данные Заказчика: \_\_\_\_\_.

#### 1.3. Сведения о Потребителе:

1.3.1. Фамилия, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон Потребителя: \_\_\_\_\_.

### 2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги, а Заказчик обязуется оплатить оказываемые услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

Предоставляемые в рамках настоящего Договора медицинские услуги являются разными, отделенными по времени и технологическим подходам друг от друга самостоятельными медицинскими услугами.

Наименование оказываемой медицинской услуги \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество исполнителя \_\_\_\_\_

2.2. При заключении Договора Заказчику (законному представителю Потребителя) и Потребителю предоставлена в доступной форме 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, а также информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
- информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними риске, о возможных видах медицинского вмешательства их последствиях и результатах оказания медицинской помощи (по требованию Потребителя);
- другие сведения, относящиеся к предмету Договора.

### 3. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

3.1. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется, исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта, в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг. Стоимость услуг составляет \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) руб.

3.2. Стороны согласны, что оплата конкретной медицинской услуги производится непосредственно в день оказания такой услуги. Иной порядок и сроки оплаты могут быть предусмотрены в Дополнительном соглашении Сторон.

Заказчик ознакомлен с Прейскурантом до подписания настоящего Договора.

3.3. Оплата осуществляется Заказчиком путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, либо иным, не запрещенным законом способом.

3.4. Исполнитель разъясняет, а Заказчик (законный представитель Потребителя) понимает, что денежные средства, добровольно затраченные Заказчиком в рамках настоящего Договора, возврату через страховую компанию либо из других источников не подлежат, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

3.5. По требованию Заказчика (законного представителя Потребителя) на предоставление платных медицинских услуг может быть составлена Смета, которая, в случае ее составления, становится неотъемлемой частью Договора.

### 4. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

4.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Заказчика (законного представителя Потребителя) и Потребителя, а также их согласия приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Заказчика.

4.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензиями на медицинскую деятельность, порядками, стандартами (в полном объеме порядков и стандартов, либо в объеме, превышающем соответствующий порядок и/или стандарт и/или в виде отдельных медицинских вмешательств – по соглашению сторон) и других документов, в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.3. Заказчик (законный представитель Потребителя) и Потребитель предоставляют Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

4.4. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.5. Заказчик (законный представитель Потребителя) и Потребитель незамедлительно ставят в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния здоровья Потребителя, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

4.6. Исполнителем после исполнения Договора выдаются Потребителю (или его законному представителю) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

4.7. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия Потребителя.

4.8. Заказчик (законный представитель Потребителя) и Потребитель дают Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Заказчика и Потребителя, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

## 5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

5.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента (Потребителя) в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.3. Заказчик (законный представитель Потребителя) несет ответственность за нарушение условий Договора об оплате услуг. Заказчик (законный представитель Потребителя) и Потребитель несут ответственность за нарушение условий Договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.4. В случаях, предусмотренных п. 5.3. Договора, Исполнитель вправе приостановить проведение лечебно-диагностических мероприятий (за исключением проведения лечения по жизненным показаниям / экстренной помощи).

## 6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

6.2. В случае отказа Заказчика (законного представителя Потребителя) и/или Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. Исполнитель информирует Заказчика (законного представителя Потребителя) о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Заказчик оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

## 7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ

7.1. Договор считается заключенным со дня его подписания и действует в течение 1 (одного) года.

7.2. Договор составлен в трех экземплярах: первый из которых - для Исполнителя, второй - для Заказчика (законного представителя Потребителя) и третий - для Потребителя.

## 8. ПОДПИСИ СТОРОН

До заключения Договора Исполнитель уведомил в письменной форме Заказчика и Потребителя о том, что несоблюдение 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 потребителя.

Подпись Потребителя: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Подпись Заказчика (законного представителя Потребителя): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Потребитель дает согласие на информирование Исполнителем Заказчика и передачу ему персональных данных, включая информацию о состоянии здоровья и иную информацию, связанную с оказанием ему услуг по настоящему Договору.

Подпись Потребителя: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**8.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ** (должность, фамилия, имя и отчество лица, заключающего Договор от имени Исполнителя):

Заведующая отделением по оказанию платных услуг Тихоновец Елена Романовна \_\_\_\_\_

Подпись лица, заключающего Договор от имени Исполнителя: \_\_\_\_\_

**8.2. ПОТРЕБИТЕЛЬ** (фамилия, имя и отчество (если имеется): \_\_\_\_\_

Подпись Потребителя: \_\_\_\_\_

**8.3. ЗАКАЗЧИК (ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПОТРЕБИТЕЛЯ)** (фамилия, имя и отчество (если имеется): \_\_\_\_\_

Подпись Заказчика: \_\_\_\_\_