**Уведомление.**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество, сведения о паспорте, Потребителя (Заказчика))*

уведомлён 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.

**Д О Г О В О Р**

на предоставление платных медицинских услуг физическому лицу в лице законного представителя.

г. Астрахань                                                                                      «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Городская клиническая больница №3 имени С.М. Кирова» (далее – ГБУЗ АО «ГКБ №3»), именуемое в дальнейшем «Учреждение», в лице главного врача Орлова Федора Викторовича (или лица, исполняющего обязанности главного врача в его отсутствие, иного уполномоченного на подписание настоящего договора лица\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(должность, ФИО  руководителя учреждения, лица, его заменяющего, иного уполномоченного лица)*

действующего на основании Устава и лицензии, с одной стороны, и несовершеннолетний гражданин, или недееспособный\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(фамилия, имя, отчество )*

именуемый в дальнейшем «Пациент», в лице законного представителя (матери, отца, усыновителя, опекуна, попечителя, приемного родителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*(фамилия, имя, отчество, сведения о паспорте, места жительства)*

действующего на основании свидетельства о рождении (решении уполномоченного органаоб усыновлении (удочерении), установлении опеки, попечительства) от «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выданного\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*(указать каким органом)*

именуемого в дальнейшем «Законный представитель» с другой стороны, (далее именуемые  также Стороны), заключили с учетом  положений Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Гражданского кодекса Российской Федерации, Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей», Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012г. №1006, а также Правил предоставления платных услуг в ГБУЗ АО «ГКБ №3», заключили настоящий договор (далее – Договор) о нижеследующем:

**1. Предмет Договора.**

                1.1. По Договору Учреждение представляет (оказывает) Пациенту (с согласия его матери, отца, усыновителя, опекуна, попечителя, приёмного родителя) медицинскую (медицинские) услугу (услуги) в том числе:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(наименование медицинской услуги)*

а Пациент получает, Законный представитель оплачивает в установленном порядке и необходимом объеме названную (названные) выше услугу (услуги) согласно утвержденному Учреждением прейскуранту цен (тарифу).

1.2.  Срок оказания платных медицинских услуг составляет:

дата начала оказания медицинских услуг «\_\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.

дата окончания оказания медицинских услуг «\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.

1.3. Исполнение Сторонами обязательств по Договору оформляется в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

**2. Цена и форма расчета.**

2.1. Цена услуги (услуг) составляет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*(цифрами и прописью)*

2.2. Оплата за предоставленные Пациенту по договору платные медицинские услуги осуществляется «Законным представителем»в безналичном порядке через кредитную организацию (банк) либо непосредственно через кассу Учреждения. Оплата медицинских услуг производится в полном объеме на условиях 100% предоплаты, в день оказания услуг.

2.3. При оплате через кассу, Учреждение в соответствии с законодательством Российской Федерации выдает Законному представителю документ (контрольно-кассовый чек или иной бланк строгой отчетности) подтверждающий произведенную оплату за предоставленные ему медицинские услуги.

**3. Обязательства и права Сторон.**

3.1. **Учреждение обязуется:**

- уведомить пациента и (или) Законного представителя, что данная медицинская услуга не предусмотрена федеральной (базовой) и (или) территориальной  (Астраханской области) программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (далее- программа государственных гарантий) и  может быть оказана за плату либо бесплатно если она предусмотрена программами государственных гарантий;

- оказать Пациенту квалифицированную и качественную медицинскую услугу в установленный договором срок;

- заблаговременно предоставить Пациенту и (или) Законному представителю достоверную информацию о предоставляемых услугах;

- незамедлительно информировать Пациента и (или) Законного представителя об обнаруженной невозможности получить ожидаемые результаты или о нецелесообразности продолжения оказания услуг;

- соблюдать врачебную тайну, а также правила и принципы врачебной этики и деонтологии, не допускать со своей стороны неуважительного (грубого) отношения к Пациенту;

- получить от Пациента и (или) Законного представителя письменное добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство по предмету Договора;

- предоставить Пациенту и (или) Законному представителю по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования,

диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности, показаниях (противопоказаниях) к применению.

3.2. **Учреждение вправе:**

- в случае возникновения неотложных ситуаций в процессе предоставления предусмотренных Договором медицинских услуг и действуя в условиях крайней необходимости, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе не предусмотренной договором;

         - требовать у Пациента и (или) Законного представителя сведения необходимые для качественного оказания медицинской услуги (аллергических реакциях, реакциях на медикаменты, перенесенных заболеваниях и результатах предыдущего обследования и лечения).

-отказаться от исполнения обязательств по договору при объективной невозможности предоставления требуемой медицинской услуги, включая возникновение медицинских противопоказаний для оказания медицинской помощи и(или) невозможность обеспечить ее безопасность, а также случае не соблюдения Пациентом медицинского режима (назначений, рекомендаций) и правил получения предоставляемой по Договору медицинской услуги (за исключением случаев необходимости оказания экстренной медицинской помощи).

-при необходимости после исполнения договора выдать Пациенту и (или) Законному представителю  медицинский(е) документ(ы) (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов) отражающие состояние его здоровья после получения платной медицинской услуги.

3.3. **Пациент и Законный представитель по договору (в части их касающейся)**  **обязуется:**

-дать письменное добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство по предмету Договора;

-соблюдать медицинский режим, назначения, рекомендации (в том числе, профилактические и лечебные мероприятия) и правила получения предусмотренной Договором медицинской услуги;

-сообщить Учреждению сведения (а при необходимости предоставить документы), необходимые для качественного оказания медицинской услуги (аллергических реакциях, реакциях на медикаменты, перенесенных заболеваниях и результатах предыдущего обследования и лечения).

-немедленно извещать Учреждение о любых осложнениях или отклонениях, возникших в процессе лечения;

-своевременно оплатить стоимость медицинской услуги в порядке и сроки, определенные Договором;

-заботиться о сохранении своего здоровья.

3.4. **Пациент и Законный представитель по договору (в части их касающейся) вправе:**

- на предоставление ему Учреждением полной своевременной информации о получаемой медицинской услуге;

- требовать предоставления медицинских услуг надлежащего качества, сведений о наличии лицензии, сертификации специалистов Учреждения, представляющих услуги и их стоимости;

при несоблюдении Учреждением обязательств по срокам исполнения медицинских услуг:

- назначить новый срок оказания медицинских услуг;

- потребовать исполнения медицинских услуг другим специалистом;

-в одностороннем порядке отказаться от получения медицинской услуги на любом этапе её предоставления и получить возврат уплаченных за предоставление медицинских услуг денежных средств, за вычетом фактических расходов, понесенных Учреждением при представлении медицинских услуг.

**4. Ответственность Сторон.**

4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение взятых по Договору обязательств Стороны несут (с учетом его предмета) ответственность в порядке, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

4.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Учреждением в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.3.Учреждение, освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, обстоятельств, не зависящих от его воли.

4.4. При невозможности Учреждением, оказания услуг, предусмотренных договором, вследствие действия непреодолимой силы (чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств) срок оказания медицинских и иных услуг переносится на период действия таких обстоятельств.

4.5. Пациент несет ответственность за вред, причененный своими действиями, имуществу Учреждения, в том числе используемому для проведения обследования или лечения.

**5. Порядок разрешения споров.**

5.1. Пациент и (или) Законный представитель и Учреждение примут все меры к разрешению их споров и/или разногласий, которые могут возникнуть из Договора или в связи с ним, путем двухсторонних переговоров. В случае невозможности решить споры и/или разногласия путем двухсторонних переговоров, Стороны решают споры и/или разногласия в претензионном порядке.

5.2. В случае, если Стороны не могут прийти к соглашению (решить споры и/или разногласия) в претензионном порядке, все споры и/или разногласия, возникшие из Договора или в связи с ним, подлежат разрешению в суде в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

**6. Срок действия, условия прекращения (расторжения) и изменения Договора.**

6.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и (или) даты заключения Сторонами и действует до исполнения Сторонами условий Договора в полном объеме.

6.2. Договор может быть, досрочно расторгнут по соглашению Сторон, либо по требованию одной из Сторон в порядке и по основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

6.3. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны обеими Сторонами.

**7. Прочие условия.**

7.1. Во всем остальном, что не предусмотрено Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг по медицинским показаниям не предусмотренных Договором, Учреждение обязуется предупредить об этом Пациента и (или) Законного представителя, без согласия Пациента Учреждение не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

7.3. Договор составлен в двух подлинных экземплярах, имеющих каждый равную юридическую силу, по одному экземпляру для  Учреждения и Пациента.

7.4. Неотьемлемыми частями договора являются: подписанные сторонами дополнительные соглошения и медицинская карта пациента, которая храниться у Учреждения.

7.5. Договор составлен в  3-х (трех) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.

Приложения:

Приложение №1 –  дополнительное соглашение;

Приложение №2 - информированное добровольное согласие на предоставление платных медицинских услуг;

Приложение №3 - согласие пациента на обработку персональных данных;

**Законный представитель ознакомлен с правом получения Пациентом  по направлению врача бесплатной медицинской помощи (в том числе, в части оказания медицинской услуги (услуг) по Договору).**

Законный представитель **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(подпись)   (фамилия, инициалы)*

**8. Адреса, платежные реквизиты и подписи Сторон.**

|  |
| --- |
| **Учреждение:**  **ГБУЗ АО «Городская клиническая больница №3 им. С.М. Кирова»**  **Юридический адрес** (местонахождение)**:**  Адрес: 414038, г. Астрахань, ул.Хибинская, д. 2  Тел.: (8512) 45-91-64, факс 45-91-55  Сайт: [http://gkb-3.ru/](http://gkb-3.ru), E-mail: [gkb3@mail.ru](mailto:gkb3@mail.ru)  ОГРН 1023000834680, ИНН *3018005693*, КПП *301801001*  **Дополнительная информация:**  Лицензия на осуществление медецинской деятельности серия: МЗ АО, №000167, ЛО30-01-001648 от 10.04.2017г.  Место осуществления деятельности: 414038, Астраханская область, город Астрахань, улица Хибинская, дом 2, литер 21, хирургический корпус.  2. при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):  1)при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике;операционному делу; вакцинации (проведение профилактических прививок); организации сестринского дела; рентгенологии; сестринскому делу; функциональной диагностике;  2) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии;  4) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях акушерству и геникологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); гастроэнтерологии; дерматовенерологии; кардеологии; клинической лабораторной диагностике; неврологии; нейрохирургии; онкологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной инмплантации); офтальмологии; рентгенологии; стомотологии хирургической; стомотологии терапевтической; травмоталогии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; урологии; функционльной диогностике; хирургии; эндокринологии; эндоскопии;  3) При оказании специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):  1) при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (за исключением использования репродуктивных технологий); хирургии.  2) при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных, репродуктивных технологий) анестезиологии и реанимотологии; дерматовенорологии; клинической лабораторной диагностике; колопроктологии; лабораторной диагностике; онкологии; операционному делу; организации сестринского дела; рентгенологии; рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению; сердечно-сосудистой хирургии; сестринскому делу; терапии; торакальной хирургии; трансфузиологии; ультразвуковой диагностике; урологии; функциональной диагностике; хирургии; хирургии (абдоминальной); эндоскопии;  7. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги):  1)при проведении медицинских освидетельствований по: медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым);  3) при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе профессиональной пригодности; экспертиза временной нетрудоспособности.  Место осуществления деятельности: 414038, Астраханская область, город Астрахань, улица Хибинская, дом 2, литер 11, офтальмологический корпус.  2. при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются  2. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):  5) при оказании первичной, специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: урологии.  3. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологиченой, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):  1) при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: урологии;  2) при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); анестезиологии и реаниматологии; неирохирургии; операционному делу; организации сестринского дела; рентгенологии; сестринскому делу; травматалогии и ортопедии; трансфузиологии; урологии; хирургии;  8) При обращении донорской крови и (или) её компонентов в медицинских целях организуются и выполняются работы (услуги) по заготовке, хранению донорской крови и (или) её компонентов.  414038, Астраханская область, город Астрахань, улица Хибинская, дом 2, литер 22, лабораторный корпус.  2) При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):  1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: бактериологии; лабораторной диагностике; медицинской статистике; сестринскому делу;  4) при оказании специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: бактериологии; клинической лабораторной диагностике;  3. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологиченой, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):  2) при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: бактериологии; клинической лабораторной диагностике; лабораторной диагностике; медицинской статистике; организации здравоохранения и общественному здоровью; управлению сестринской деятельностью; эпидемилогии;  7. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги):  3) при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе временной нетрудоспособности.  Место осуществления деятельности: 414038, Астраханская область, город Астрахань, улица Хибинская, дом 2, литер 12, неврологический и неирохирургический корпус.  2. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):  5)при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационар по: неврологии.  3. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологиченой, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): 1) при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: неврологии, офтальмологии, эндокринологии;  2) при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок) диабетологии, медицинскому массажу, неврологии, неирохирургии, операционному делу, организации сестринского дела, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальиологии, сестринскому делу, терапии, транфузиологии, ультразвуковой диагностике, функциональной диагностике, челюстно-лицевой хирургии, эндокринологии;  5) При оказании паллиативной медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):  2) При оказании паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях по: неврологии, сестринскому делу, терапии.  Место осуществления деятельности: 414038, Астраханская область, город Астрахань, улица Хибинская, дом 2, литер 18, терапевтический корпус.  2. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):  3) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: терапии;  5) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: гастроэнторологии; эндокринологии;  3. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологиченой, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):  1) при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: гастроэнторологии; лечебной физкультуре; медицинскому массажу; рентгенологии; сестринскому делу; терапии; ультрозвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностике; эндокринологии; эндоскопии;  2) при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; гастроэнтерологии; кардиологии; клинической фармакологии; физкультуре; медецинской реабилитации; медецинскому массажу; операционному делу; организации сестринского дела; педиатрии; психиатрии; психиатрии-наркологии; пульмонологии; рентгенологии; сестринскому делу; терапии; токсикологии; трансфузиологии; ультрозвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; эндоскопии;  2) при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок) диабетологии, медицинскому массажу, неврологии, неирохирургии, операционному делу, организации сестринского дела, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальиологии, сестринскому делу, терапии, транфузиологии, ультразвуковой диагностике, функциональной диагностике, челюстно-лицевой хирургии, эндокринологии;  5) При оказании паллиативной медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):  2) При оказании паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях по: неврологии, сестринскому делу, терапии.  Место осуществления деятельности: 414042, г. Астрахань, проспект Бумажников, дом 12а, кад: №30:12;040076:71.  3. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологиченой, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):  1) при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: гастроэнтерологии, дезинфектологии, кардиологии, лечебной физкульуре и спортивной медицине, медицинскому массажу, медицинской реабилитации, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, организации сестринского дела, рефлексотерапии, сестринскому делу, терапии, эндокринологии, трансфузиологии, ультрозвуковой диагностике, управлению сестринской деятельностью, физиотерапии, функциональной диагностике, эндоскопии, эпидемиологии;  2) при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: дезинфектологии, гастроэнтерологии, кардиологии, лечебной физкультуре и спортивной медицине, медицинской статистике, медицинскому массажу, медицинской реабилитации, неврологии, организацииздравоохранения и общественному здоровью, организации сестринского дела, рентгенологии, рефлексотерапии, сестринскому делу, терапии, трансфузиологии, ультрозвуковой диагностике, управлению сестринскойдеятельностью, физиотерапии, функциональной диагностике, эндоскопии, эпидимиологии, эндокринологии;  7. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги):  1) при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предрейсовым послерейсовым).  Место осуществления деятельности: 414038, Астраханская область, город Астрахань, улица Хибинская, дом 2, литер 21.  При оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерству и геникологии (за исключением использования вспоогательных репродуктивных технологий); сердечно-сосудистой хирургии; урологии; хирургии (абдоминальной)  414038, Астраханская область, город Астрахань, улица Хибинская, дом 2, литер 11.  При оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по травматологии и ортопедии.  414038, Астраханская область, город Астрахань, улица Хибинская, дом 2, литер 12.  При оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по: неврологии, неирохирургии.  414038, Астраханская область, город Астрахань, улица Хибинская, дом 2, литер 18.  При оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по: гастроэнтерологии, эндокренологии.  414038, Астраханская область, город Астрахань, улица Хибинская, дом 2, кадастровый (или условный) номер: 30:12:040784:57.  3. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологиченой, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):  2) при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; кардиологии; лечебной физкультуре; медицинской реабилитации; медицинскому массажу; неврологии; организации сестринского дела; рентгенологии; сестринскому делу; терапии; трансфузиологии; ультрозвуковой диагностике; функциональной диагностике.  414038, Астраханская область, город Астрахань, улица Хибинская, дом 2, литер 44, пищеблок.  3. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологиченой, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):  2) при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: диетологии.  414042, город Астрахань, проспект Бумажников, дом 12а, литер 44, кад: №30:12:040076:73.  5) При оказании паллиативной медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):  2) При оказании паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях по: сестринскому делу, терапии, трансфузиологии, офтальмологии, неврологии, хирургии, травматологии и ортопедии, урологии, эндокринологии.  Свидетельства: о постановке на учет Российской организации в налоговом органе серия 30 №001519103 от 31.12.2011г., выдано Международной инспекцией Федеральной службы №5 по Астраханской области (инспекция Министерства Российской Федерации по налогам и сборам по Трусовскому району г. Астрахань), о внесении записи в ЕГРЮЛ серия 30 №000610903 от 04.11.2002г., выдано инспекцией Министерства Российской Федерации по налогам и сборам по Кировскому району г. Астрахань).  **Платежные реквизиты:**  Министерство финансов Астраханской области (ГБУЗ АО «ГКБ №3») л/с 20854Ч80566, р/с 40601810300003000001 в отделении Астрахань. |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись)  (Фамилия и инициалы)*

|  |
| --- |
| **Законный представитель:**  *(Фамилия, инициалы, год рождения, данные паспорта, документы подтверждающие статус законного представителя)* |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Контактный телефон:** |
|  |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(подпись) (Фамилия и инициалы)*