

**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_**  
**на оказание платных медицинских услуг**

г.Вологда

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**(Пациент.ФИО ,полностью), \_\_\_\_\_** именуемый «Потребитель», и бюджетное учреждение здравоохранения Вологодской области «Вологодский областной кожно-венерологический диспансер» (БУЗ ВО «ВОКВД»), в лице главного врача Румянцева Сергея Александровича, именуемый в дальнейшем «Исполнитель», действующего на основании Устава и лицензии № ЛО41-00110-35/0053070, предоставленной бессрочно, выданной департаментом здравоохранения Вологодской области на осуществление медицинской деятельности, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**Понятия, используемые в настоящем Договоре**

Для целей настоящего Договора используются следующие основные понятия:

«*платные медицинские услуги*» - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;

«*заказчик*» - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

«*потребитель*» - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающие платные медицинские услуги лично в соответствии с договором.

Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

«*исполнитель*» - медицинская организация независимо от организационно-правовой формы, а также индивидуальный предприниматель, оказывающие платные медицинские услуги в соответствии договором.

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. «Исполнитель» предоставляет «Заказчику, Потребителю» по его выбору и личной инициативе платные медицинские услуги по договорным ценам, согласно утвержденному Прейскуранту, а «Заказчик, Потребитель» обязуется уплатить Исполнителю стоимость оказанных медицинских услуг в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

1.2. Данные услуги оказываются на основании Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» ст. 84; Закона РФ от 07.02.1992 №2300-1 "О защите прав потребителей" ст.39.1; Постановления Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006"; приказа департамента здравоохранения Вологодской области Об утверждении Порядка определения цен(тарифов) бюджетными учреждениями, в отношении которых департамент здравоохранения области осуществляет функции и полномочия учредителя.

**2.1. «Исполнитель»**

2.1.1. Оказывает платные медицинские услуги в соответствии с действующим законодательством РФ.

2.1.2. Обеспечивает оказание платных медицинских услуг в соответствии с требованиями и стандартами, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ.

2.1.3. В установленном порядке заполняет медицинскую документацию.

2.1.4. Качественно и в срок оказывает данные услуги. Срок оказания – с \_\_\_\_\_ до фактического исполнения услуги.

2.1.5. Предоставление платных медицинских услуг осуществляется после основного рабочего времени. Оказание в основное рабочее время допускается в порядке исключения в силу особенностей технологии процесса оказания медицинской помощи и невозможности организовать предоставление медицинских услуг во внерабочее время. Часы работы медицинского персонала, оказывающие данный вид медицинских услуг продляются на время, затраченное на их предоставление.

2.1.6. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополни тельных медицинских услуг, не предусмотренных договором, "Исполнитель" обязан предупредить об этом "Заказчика, Потребителя". Без согласия "Заказчика, Потребителя" "Исполнитель" не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.7. Для оказания дополнительных медицинских услуг Сторонами подписывается дополнительное соглашение к договору с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости.

**2.2. «Заказчик, Потребитель»**

2.2.1. Строго выполняет все необходимые назначения, указания и требования медицинского персонала, обеспечивающие качественное предоставление медицинской услуги.

2.2.2. Добровольно оплачивает медицинскую услугу.

2.2.3. Не предпринимает действий, наносящих ущерб имуществу медицинского учреждения, соблюдает права других пациентов и персонала медицинского учреждения.

2.2.4. Имеет право получения в доступной форме бесплатной достоверной информации о платных медицинских услугах; других сведений, относящихся к предмету договора.

2.2.5. Вправе получить данные услуги бесплатно на общих основаниях в соответствии с "Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Вологодской области на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов", согласно постановлению Правительства Вологодской области от 28.12.2023 г. № 1444 при наличии полиса обязательного медицинского страхования и направления ЛПУ.

**3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ(РАБОТ) И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

3.1. «Заказчик, Потребитель» до оказания медицинской услуги добровольно оплачивает стоимость услуги по расценкам Прейскуранта, с которым «Заказчик, Потребитель» ознакомился перед заключением настоящего договора. Оплата производится в кассу учреждения с выдачей кассового чека на бумажном носителе или на расчетный счет «Исполнителя».

3.2. По требованию «Заказчика, Потребителя» «Исполнитель» направляет кассовый чек в электронной форме на адрес электронной почты, указанной «Заказчиком, Потребителем» до совершения оплаты в кассу.

## ПЕРЕЧЕНЬ И СТОИМОСТЬ(РАБОТ) УСЛУГ ПО ДОГОВОРУ

№ п/п	Наименование услуги	Специалист	Кол-во	Цена	Итого

**ИТОГО** \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) **рублей** \_\_\_\_\_ **копеек**

### 4. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

4.1. Стороны обязуются соблюдать конфиденциальность в отношении информации, полученной ими друг от друга или ставшей известной им в ходе выполнения работ по настоящему договору, не открывать и не разглашать в общем или, в частности, информацию какой-либо третьей стороне без предварительного письменного согласия другой Стороны настоящего договора.

4.2. Требования п.4.1 настоящего договора не распространяются на случаи раскрытия конфиденциальной информации по запросу уполномоченных организаций в случаях, предусмотренных законом.

### 5. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫДАЧИ МЕДДОКУМЕНТОВ, ИХ КОПИЙ И ВЫПИСОК ИЗ НИХ.

5.1. По окончании курса лечения в условиях дневного стационара «Заказчику, Потребителю» в день выписки выдается выписной эпикриз;

5.2. По окончании отдельных медицинских процедур «Заказчику, Потребителю» в день окончания процедур выдается справка;

5.3. Справки, выписки из медицинских документов, отражающих 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, предоставляются «Заказчику, Потребителю» без взимания дополнительной платы;

5.4. Копии медицинских документов предоставляются «Заказчику, Потребителю» по его письменному заявлению, в установленный законодательством РФ срок, без взимания дополнительной платы.

### 6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. «Исполнитель» несет ответственность перед «Заказчиком, Потребителем» за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни «Заказчика, Потребителя».

6.2. При причинении вреда медицинскому учреждению «Заказчик, Потребитель» несет имущественную ответственность путем возмещения убытков в соответствии со статьей №1064, №1082 Гражданского кодекса РФ.

6.3. При несоблюдении «Исполнителем» обязательств по срокам исполнения услуг «Заказчик, Потребитель» вправе по своему выбору: расторгнуть договор и до оказания услуги получить обратно оплаченную сумму; назначить новый срок оказания услуги; потребовать исполнения услуги другим специалистом, при наличии специалистов в штате учреждения.

6.4. "Исполнитель" не исполнивший или ненадлежащим образом исполнивший свои обязательства по договору, не несет ответственности, если докажет, что надлежащее исполнение оказалось невозможным вследствие непреодолимой силы, т.е. чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств.

6.5. Стороны принимают необходимые меры для урегулирования конфликтных ситуаций путем переговоров. При невозможности решения спорных вопросов путем переговоров, последние решаются в установленном законом порядке.

### 7. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА НЕПРЕОДОЛИМОЙ СИЛЫ

7.1. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, если докажут, что надлежащее исполнение обязательств по настоящему договору оказалось невозможным вследствие обстоятельств не - преодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств. К таким обстоятельствам могут быть отнесены: наводнение, землетрясение, заносы, пожары и иные природные катаклизмы, военные действия, эпидемии, прекращение или ограничение перемещения в определенных направлениях, установленных актами органов государственной власти, а также в других случаях, предусмотренных действующим законодательством.

7.2. Если любое из таких обстоятельств или их последствий непосредственно повлияло на исполнение обязательства в срок, установленный в настоящем договоре, то этот срок соразмерно отодвинется на время действия соответствующего обстоятельства.

### 8. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

8.1. Настоящий договор может быть расторгнут по обоюдному согласию Сторон.

8.2. "Заказчик, Потребитель" вправе расторгнуть договор в случае, если им обнаружены существенные недостатки оказанной услуги или иные существенные отклонения от условий договора.

8.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями Сторон.

8.4. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих равную юридическую силу. У каждой стороны находится по одному экземпляру настоящего договора.

### 9. ИНФОРМАЦИЯ О ФОРМЕ И СПОСОБАХ НАПРАВЛЕНИЯ ОБРАЩЕНИЙ (ЖАЛОБ).

9.1. При предъявлении «Заказчиком, Потребителем» требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), «Исполнитель» рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей".

9.2. При неудовлетворенности ответом(отказом) «Исполнителя» по п.9.1., «Заказчик, Потребитель» вправе направить

письменное обращение (жалобу) в органы государственной власти и организации:

- Департамент здравоохранения Вологодской области, Адрес: ул. Предтеченская, 19, Вологда, Вологодская обл., 160035, Телефон: 8(8172) 23-00-70, E-mail: [vologdauzo@depzdrav.gov35.ru](mailto:vologdauzo@depzdrav.gov35.ru) ;
- Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Адрес: 160012, г. Вологда, ул. Яшина, д. 1-а, Телефон: (8172) 75-21-23, Факс: (8172) 75-15-68, Электронная почта: [tu-rpn@vologda.ru](mailto:tu-rpn@vologda.ru) ;
- Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, Фактический адрес: 160001, Россия, Вологодская область, г. Вологда, Проспект Победы, 33, офис 421., Номер телефона справочной службы: 8(8172) 76-25-98,
- Адрес электронной почты: [info35@reg35.roszdravnadzor.ru](mailto:info35@reg35.roszdravnadzor.ru) .

#### 10. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

10.1. Стороны согласились, что при заключении настоящего договора они вправе пользоваться факсимильным воспроизведением подписи («факсимиле») с помощью средств механического или иного копирования, электронно-цифровой подписи либо иного аналога собственнo - ручной подписи. При этом факсимильная подпись будет иметь такую же силу, как и подлинная подпись уполномоченного лица.

#### ПОДПИСИ СТОРОН

##### «Исполнитель»:

бюджетное учреждение здравоохранения Вологодской области «Вологодский областной кожно-венерологический диспансер»  
Юридический адрес: 160000 г.Вологда ул.М.Ульяновой д.17,

Главный врач \_\_\_\_\_ С.А.Румянцев  
М.П.

##### «Потребитель»:

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_  
Дата рождения: \_\_\_\_\_  
Паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_  
выдан \_\_\_\_\_  
Дата Выдачи \_\_\_\_\_  
Адрес регистрации: \_\_\_\_\_  
Телефон: \_\_\_\_\_  
Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

Подпись √ \_\_\_\_\_ / Пациент.ФИО

С лицензией на осуществление медицинской деятельности можно ознакомиться (скачать): [m35-vokvd.gosuslugi.ru](http://m35-vokvd.gosuslugi.ru)

**Добровольное согласие**  
**потребителя (заказчика) на получение платных медицинских услуг**

Я, \_\_\_\_\_ (Пациент.ФИО Полностью) настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в бюджетном учреждении здравоохранения Вологодской области «Вологодский областной кожно-венерологический диспансер» (БУЗ ВО «ВОКВД»). При этом в доступной для меня форме БУЗ ВО «ВОКВД» довел до моего сведения:

а) уведомил 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, действующей на дату заключения договора ("Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Вологодской области на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов", утверждена постановлением Правительства Вологодской области от 28.12.2023 г. № 1444);

б) уведомил о сроках ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

в) ознакомил с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. № 736;

г) ознакомил с действующим в медицинской организации прейскурантом цен на платные медицинские услуги;

д) предоставил информацию о профессиональном образовании, квалификации медицинского работника, отвечающего за предоставление соответствующей платной медицинской услуги;

е) порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информацию о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Подпись потребителя (заказчика) **У** \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я, \_\_\_\_\_ (Пациент.ФИО Полностью) , \_\_\_\_\_ дата рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_, в отношении \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения,

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_,

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в бюджетном учреждении здравоохранения Вологодской области «Вологодский областной кожно-венерологический» Медицинским работником \_\_\_\_\_ (Медик.Должность,ФИО) в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

**У**  
\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата: \_\_\_\_\_

**СОГЛАСИЕ**  
**пациента на обработку персональных данных в**  
**бюджетном учреждении здравоохранения Вологодской области**  
**«Вологодский областной кожно-венерологический диспансер»**

Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_ (Пациент.ФИО Полностью)  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_ (Пациент.Адрес Проживания)  
паспорт: серия \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, номер, выдан \_\_\_\_\_ (Где и Кем выдан),  
Дата выдачи \_\_\_\_\_

Реквизиты доверенности \_\_\_\_\_,

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 «О персональных данных» № 152-ФЗ подтверждаю свое согласие на обработку БУЗ ВО «ВОКВД», находящегося по адресу: 160000 г. Вологда, ул. М.Ульяновой д.17, (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер Индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваний, случаях обращения за медицинской помощью, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять **все действия** (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара), пять лет (для поликлиники).

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, если иное не предусмотрено федеральными законами или иными подзаконными актами.

Настоящее согласие дано мной дата и действует до достижения целей обработки персональных данных или в течении срока хранения первичных медицинских документов.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон(ы) \_\_\_\_\_ (Пациент)  
Адрес электронной почты : \_\_\_\_\_ (Пациент)]  
Подпись субъекта персональных данных (законного представителя) √ \_\_\_\_\_

-----  
**УВЕДОМЛЕНИЕ**

Бюджетное учреждение здравоохранения Вологодской области «Вологодский областной кожно-венерологический диспансер» (БУЗ ВО «ВОКВД») уведомляет потребителя (заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

Подпись потребителя (заказчика) √ \_\_\_\_\_

-----  
**Акт выполненных работ**

Медицинские услуги в соответствии с договором № [Номер Договора] от [Дата заключения] года, на общую сумму \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) рублей \_\_\_\_\_ ноль \_\_\_\_\_ копеек, оказаны в полном объеме, надлежащего качества, прием медицинским персоналом осуществлялся в соответствии с согласованным графиком, рекомендации выданы, лечение (обследование) проведено надлежащим образом, ведение медицинской документации осуществлялось своевременно. Медицинские услуги оплачены. Претензий к Исполнителю не имею.

Потребитель (Пациент.ФИО Сокращенно) \_\_\_\_\_ √ \_\_\_\_\_ (Дата )  
Исполнитель (Медик.ФИО) \_\_\_\_\_ (Дата заключения)