Приложение № 1
к Положению о порядке и условиях
предоставления платных медицинских
и иных услуг в ГБУЗ «ОКБ № 2»
ФОРМА

ДОГОВОР № ____
на оказание платных медицинских и иных услуг

г. Челябинск _____._____._____ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областная клиническая больница № 2» (лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01024-74/00572881 от 28.10.2020 г., выданная Территориальным органом Росздравнадзора по Челябинской области; ОГРН 1027401575214; ИНН 7449005303), именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице главного врача Угнивенко Максима Игоревича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

_____,
(Ф.И.О. полностью / наименование юридического лица)
именуемый(ая/ое) в дальнейшем **«Заказчик»**, *(в лице _____, действующего на основании _____) (заполняется, если Заказчик – юридическое лицо или законный представитель)*, с другой стороны,
в интересах Потребителя:
_____,
(Ф.И.О. пациента полностью)
именуемого(ой) в дальнейшем **«Пациент»** *(Потребитель), (в лице _____, действующего на основании _____) (заполняется, если Пациент – несовершеннолетний или недееспособный)*,
вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. По настоящему договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Пациента (законного представителя Пациента), обязуется оказать Пациенту платные медицинские и иные услуги (далее - Услуги), включающие:
- **медицинские услуги** - медицинские вмешательства, направленные на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, соответствующие номенклатуре медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и клиническим рекомендациям, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ;
- **иные услуги** - услуги, создающие дополнительные удобства при получении медицинской помощи (в том числе размещение в палате повышенной комфортности, предоставление дополнительных бытовых и сервисных услуг, транспортировка, хранение личных вещей и иные услуги, не являющиеся медицинскими), перечень которых определяется в Приложении № 1 к настоящему договору (Спецификация/Смета). Услуги оказываются в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности и иными разрешительными документами, действующими у Исполнителя.

1.2. Заказчик обязуется принять и оплатить Услуги в порядке и размере, установленных настоящим Договором.
1.3. Наименование, дата и (или) время оказания, стоимость Услуг указываются в Приложении № 1 к настоящему договору (Спецификация/Смета), которое является его неотъемлемой частью.
1.4. Сроки оказания Услуги определяются Сторонами по медицинским показаниям с учетом режима работы Исполнителя и графика работы медицинских работников, оказывающих услуги, и отражаются в медицинской документации.
1.5. Вид сметы: твердая / приблизительная *(нужное подчеркнуть)*.

При твердой смете: цена является фиксированной и не может быть изменена в одностороннем порядке; Исполнитель не вправе требовать увеличения сметы, а Пациент (Заказчик) – её уменьшения.
При приблизительной смете: Исполнитель вправе увеличить объем и стоимость услуг при необходимости, но обязан предварительно уведомить об этом Пациента (Заказчика). Увеличение цены допускается только с письменного согласия Пациента (Заказчика). Если Пациент (Заказчик) не согласен на превышение сметы, он вправе расторгнуть договор, но при этом обязан оплатить фактически понесенные Исполнителем расходы. По требованию Пациента (Заказчика) составляется твердая смета, которая не подлежит изменению.
1.6. Пациент (законный представитель Пациента) подтверждает, что:
- заключение договора не является следствием ущемления его прав на получение бесплатной медицинской помощи;
- проинформирован о возможности и условиях предоставления бесплатных услуг в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- дает согласие на оказание платных медицинских услуг;
- проинформирован о возможности получения необходимых услуг в других лечебных учреждениях и у других специалистов;
- подтверждает свое согласие на получение их в ГБУЗ «ОКБ № 2»;
- отказ от получения данной платной медицинской услуги не может являться основанием для уменьшения объема медицинской помощи, предоставляемой Пациенту бесплатно в рамках Программы государственных гарантий и Территориальной программы (в соответствии с п. 7 Правил, утв. Постановлением Правительства РФ от 30.05.2026 № 659).
✓_____ *(подпись Пациента / законного представителя)*
1.7. Заказчик согласен с условиями оказания медицинских и иных (сервисных) услуг. Со стоимостью услуг, квалификацией медицинского персонала ознакомлен и согласен.
✓_____ *(подпись Заказчика)*
1.8. Уведомление о необходимости соблюдения врачебных рекомендаций. Пациент (законный представитель Пациента) уведомлен(ы) и согласен(ны), что несоблюдение назначений (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, рекомендаций по профилактике осложнений и обострений заболеваний, нарушение предписанного режима лечения, графика приема лекарственных препаратов, сроков явки на процедуры и обследования, – может повлечь за собой снижение качества предоставляемой платной медицинской услуги, невозможность её завершения в установленный договором срок, а также отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя (в соответствии с ч. 3 ст. 27 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ).
✓_____ *(подпись Пациента / законного представителя).*
✓_____ *(подпись Заказчика, если он не является Пациентом).*

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Заказчик обязуется:
2.1.1. в полном объеме и своевременно оплачивать оказываемые Исполнителем услуги;
2.1.2. содействовать Исполнителю в оказании услуг Пациенту;
2.1.3. при заключении договора предоставить Исполнителю достоверные сведения о Пациенте, необходимые для оказания услуг.
2.2. Пациент (законный представитель Пациента) обязуется:
2.2.1. до назначения курса лечения сообщить лечащему врачу все сведения о наличии у Пациента других заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, а также другую информацию, влияющую на протекание или лечение заболевания;
2.2.2. выполнять все назначения и рекомендации медицинского персонала Исполнителя во время всего курса лечения;
2.2.3. соблюдать график приема врачей-специалистов;
2.2.4. соблюдать внутренний режим подразделений Исполнителя;

2.2.5. при прохождении курса лечения сообщить лечащему врачу о любых изменениях самочувствия;
2.2.6. отказаться на весь курс лечения от употребления наркотиков и лекарств их содержащих, психотропных препаратов (кроме разрешенных лечащим врачом), алкогольсодержащих напитков;
2.2.7. согласовывать с лечащим или дежурным врачом употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей и т.д., не назначенных Исполнителем;
2.2.8. подписать информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств (Приложение № 3 к Договору).

2.3. Пациент (законный представитель Пациента) имеет право:

2.3.1. требовать от Исполнителя предоставления сведений о наличии лицензии, расчета стоимости оказываемых услуг;
2.3.2. получать от Исполнителя для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме любые сведения о состоянии своего здоровья, протекании лечения, данные промежуточных обследований, результаты анализов, протоколы консилиумов и т.д.;
2.3.3. отказываться от медицинского вмешательства (в письменной форме);
2.3.4. требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии (врачебной тайны);
2.3.5. дать добровольное согласие на медицинское вмешательство;
2.3.6. на выбор врача, оказывающего необходимые медицинские услуги;
2.3.7. отказаться от исполнения настоящего Договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов;
2.3.8. получить от Исполнителя без взимания дополнительной платы копии медицинских документов, выписки из них, включая результаты обследований, диагноз и методы лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях.

2.4. Исполнитель обязуется:

2.4.1. оказать медицинские услуги качественно, в соответствии с предусмотренными медицинскими технологиями и в сроки, определенные в соответствии с п. 1.4 настоящего Договора;
2.4.2. использовать в процессе лечения только лицензированные, запатентованные способы, рекомендованные российской и общемировой медицинской практикой;
2.4.3. соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья Пациента (врачебную тайну);
2.4.4. при возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения Исполнитель обязан предупредить об этом Пациента и (или) Заказчика и получить их письменное согласие;
2.4.5. безвозмездно предоставить Пациенту (законному представителю Пациента) по окончании лечения копии медицинских документов, выписки, отражающие состояние здоровья и полученные результаты;
2.4.6. обеспечить передачу сведений об оказанных платных медицинских услугах в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) в случаях и порядке, предусмотренных законодательством РФ.

2.5. Исполнитель имеет право:

2.5.1. требовать от Пациента (законного представителя Пациента) соблюдения:
- графика прохождения процедур;
- соблюдения внутреннего режима;
- соблюдения режима приема лекарственных препаратов, режима питания и других предписаний;

2.5.2. продлить курс лечения Пациенту по медицинским показаниям;
2.5.3. в одностороннем порядке прекратить или приостановить выполнение своих обязательств по настоящему Договору при неисполнении Пациентом своих обязательств (в т.ч. при нарушении режима лечения);

2.5.4. в случае возникновения неотложных состояний Исполнитель имеет право самостоятельно определять объем исследований и оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных настоящим Договором;
2.5.5. направить Заказчика в иную медицинскую организацию при отсутствии у Исполнителя возможностей для проведения определенных консультационных, диагностических, профилактических и лечебных услуг, процедур, манипуляций.

3. Цена и порядок оплаты услуг

3.1. Стоимость услуг устанавливается действующим Прейскурантом на медицинские и иные услуги Исполнителя.
3.2. Оплата Услуг осуществляется Заказчиком в порядке 100-процентной предоплаты до получения услуги путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя, либо в ином порядке, согласованном сторонами при заключении договора.
3.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Заказчика с учетом уточненного диагноза, сложности операции и иных затрат на лечение. Изменение стоимости оформляется дополнительным соглашением к настоящему Договору.

4. Ответственность сторон

4.1. Услуга считается оказанной Исполнителем и принятой Заказчиком в полном объеме, если Заказчик не предъявил до окончания оказания соответствующей услуги обоснованных требований о несоответствии качества и объемов такой услуги установленным нормативам. Претензии по качеству оказанных медицинских услуг рассматриваются в течение 10 календарных дней с момента оказания. Претензия направляется в письменной форме почтой на адрес Исполнителя, передается лично либо направляется в сканированном виде на официальную электронную почту Исполнителя.
4.2. Исполнитель не несет ответственности за искажение результатов исследования, снижение качества услуги или ухудшение здоровья Пациента, если это произошло вследствие нарушения Пациентом режима лечения, графика приема лекарственных препаратов, сроков явки на процедуры и обследования, а также если Пациент (законный представитель Пациента) скрыл факты наличия противопоказаний, о которых был обязан сообщить согласно п. 2.2.1 настоящего Договора.
4.3. За неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств, установленных настоящим Договором, Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
4.4. В случае причинения вреда здоровью или жизни Пациенту по вине Исполнителя он несет ответственность в соответствии с законодательством РФ.
4.5. За нарушение сроков оплаты услуг по п. 3.2. настоящего Договора Заказчик уплачивает Исполнителю неустойку в размере 0,15% от стоимости неоплаченных вовремя услуг за каждый день просрочки платежа.

5. Прочие условия

5.1. **Сведения о Пациенте и Заказчике.** Стороны подтверждают, что:
- (выбрать нужное):
□ Заказчик и Пациент являются одним и тем же лицом;
□ Заказчик является законным представителем Пациента *(на основании* _____*)*;
□ Заказчик является третьим лицом, оплачивающим услуги в пользу Пациента *(на основании* _____*)*;
□ Заказчик является страховщиком по договору добровольного медицинского страхования № _____ от ____.____._____ г.
5.2. **Передача информации о здоровье Пациента.** Пациент (законный представитель Пациента) разрешает Исполнителю предоставлять Заказчику информацию о состоянии здоровья Пациента, ходе лечения и оказанных услугах в объеме, необходимом для исполнения настоящего Договора, в соответствии со статьей 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

5.3. Заказчик (Пациент) подтверждает свое согласие на обработку Исполнителем персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг. В процессе оказания Исполнителем медицинской помощи Заказчик предоставляет право медицинским работникам передавать персональные данные Пациента, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам в интересах обследования и лечения. Заказчик предоставляет Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, обработку персональных данных посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

5.4. Заказчик (Пациент) предоставляет Исполнителю право на оповещение по телефону и посредством SMS-сообщений, сообщений в мессенджерах, о предстоящих приемах, изменениях в расписании, графике работы, новых услугах и т.п.

5.5. Договор может быть заключен дистанционным способом (через официальный сайт Учреждения, мобильное приложение Учреждения, а также посредством единой цифровой платформы в сфере здравоохранения/МАХ). При дистанционном заключении Договор считается заключенным с момента акцепта (в том числе посредством оплаты услуги). По запросу Пациента (Заказчика) Исполнитель обязан направить ему экземпляр Договора, подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью (УКЭП) уполномоченного лица.

5.6. Договор составлен в количестве экземпляров, соответствующем количеству Сторон (кроме случаев заключения Договора дистанционным способом).

5.7. Договор хранится в порядке, определенном законодательством Российской Федерации об архивном деле. При дистанционном заключении Договор хранится в электронном виде с обеспечением возможности его воспроизведения.

6. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:
ГБУЗ «ОКБ № 2»
454010, г. Челябинск, ул. Гагарина, д. 18
ИНН 7449005303, КПП 744901001
КБК 00000000000000000130 (КОСГУ – 131) ОКТМО 75701000
Получатель: Министерство финансов Челябинской области (ГБУЗ «ОКБ № 2» г. Челябинск» л/с 20201602318ПЛ)
ЕКС 40102810645370000062
КС 03224643750000006900
Банк получателя: ОКЦ № 5 УГУ Банка России //УФК по Челябинской области г. Челябинск, БИК 017501500
Тел. 8(351) 217-70-09
E-mail: info@2okb74.ru
Главный врач

_____ /М.И. Угнивенко/
м.п.

Заказчик: *(если Заказчик физическое лицо)*
_____
Ф.И.О.
Дата рождения: _____
Адрес: _____
Паспорт: серия ____ № _____ выдан _____ Телефон:
_____

(если Заказчик юридическое лицо)
Наименование:
_____
Юридический адрес:
_____
ИНН/КПП: _____/_____
ОГРН:_____
действующего на основании _____

_____/ /
м.п.

С условиями договора, уведомлением о необходимости соблюдения врачебных рекомендаций и последствиях их нарушения, порядком бесплатного получения медицинских документов, видом сметы ознакомлен(а), согласен(на).
(Подпись) ✓ _____ / _____ (Фамилия И.О.)

ПАЦИЕНТ (ПОТРЕБИТЕЛЬ):
(если Пациент дееспособное совершеннолетнее лицо)
Ф.И.О.
_____
Дата рождения: _____
Адрес:
_____
Паспорт: серия ____ № _____
выдан _____
Телефон:
_____
(если Пациент несовершеннолетний или недееспособный)
Ф.И.О.
_____
Дата рождения: _____
В лице законного представителя:
_____ *(Ф.И.О.),*
действующего на основании_____

С условиями договора, уведомлением о необходимости соблюдения врачебных рекомендаций и последствиях их нарушения, порядком бесплатного получения медицинских документов ознакомлен(а), согласен(на).
(Подпись Пациента/законного представителя)
✓ _____ / _____ (Фамилия И.О.)

Приложение № 1 к Договору
на оказание платных медицинских и иных услуг

СПЕЦИФИКАЦИЯ (СМЕТА)

видов и объемов платных медицинских и иных услуг

№ п/п	Наименование услуги	Код по номенклатуре (для мед.)	Кол-во	Цена (руб.)	Сумма (руб.)
1					
2					
3					
				Итого к оплате:	

Вид сметы: твердая / приблизительная *(нужное подчеркнуть)*
Предоплата произведена в полном объеме. Кассовый чек № _____ от ____.____._____г.
Заказчик: _____ / _____

Приложение № 2 к Договору
на оказание платных медицинских и иных услуг

АКТ
об оказании платных медицинских и иных услуг

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областная клиническая больница № 2», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Главного врача Угнивенко М.И., действующего на основании Устава, с одной стороны, и _____, именуемый(ая/ое) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, подписали настоящий акт в том, что услуги по договору № ____ от ____.____._____г. на оказание платных медицинских и иных услуг Пациенту _____ оказаны следующие услуги:

_____

Общая стоимость оказанных услуг составила (прописью) рублей. Оплата произведена в полном объеме в порядке и сроки, предусмотренные Договором.

Услуги оказаны в установленные сроки, в полном объеме, соответствуют условиям Договора и требованиям, предъявляемым к таким услугам. Пациент (Заказчик) подтверждает, что качество услуг его удовлетворяет.

Исполнителем Пациенту (законному представителю Пациента) предоставлены без взимания дополнительной платы следующие документы, отражающие состояние здоровья и результаты оказанных услуг:

_____

Стороны подтверждают, что обязательства по Договору исполнены надлежащим образом. Претензий друг к другу по объему, качеству, срокам оказания услуг и расчетам Стороны не имеют.

Исполнитель: _____ /М. И. Угнивенко/

Заказчик: ✓_____ / _____

Пациент (законный представитель Пациента): ✓_____ / _____

Приложение № 3 к Договору
на оказание платных медицинских и иных услуг

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств

Я, _____
(Ф. И. О. полностью),
дата рождения: _____, зарегистрированный (ая) по адресу: _____, в лице законного представителя
_____
(Ф. И. О. полностью),
действующего на основании _____ (указать документ: свидетельство о рождении, решение об опеке, доверенность и т. п.; если представитель не требуется – поставить прочерк), 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. № 390н.

Медицинским работником 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 либо потребовать их прекращения в любой момент, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне разъяснены мои права как потребителя медицинских услуг, в том числе:
- право на безопасность услуги для жизни и здоровья;
- право на получение полной и достоверной информации об услуге и об исполнителе;
- право на возмещение убытков, причиненных вследствие недостатков услуги;
- право на безвозмездное устранение недостатков или повторное оказание услуги;
- право на соразмерное уменьшение цены услуги;
- право на отказ от исполнения договора и возмещение убытков в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

Сведения о лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ может быть передана информация о состоянии моего здоровья (или о состоянии лица, законным представителем которого я являюсь; ненужное зачеркнуть):
Ф. И. О.: _____
Степень родства/статус: _____
Контактный телефон: _____

Подтверждаю, что получил(а) всю необходимую информацию, задал(а) вопросы и получил(а) на них ответы. Состояние моего здоровья и особенности планируемых вмешательств мне понятны.

Пациент / законный представитель:
Ф.И.О. полностью: _____
Контактный телефон: _____
Подпись: _____ / _____ /
(расшифровка подписи)

____.____._____г.

Медицинский работник, давший разъяснения:
Должность: _____
Ф.И.О. полностью: _____
Подпись: _____ / _____ /
(расшифровка подписи)

____.____._____г

Приложение № 4 к Договору
на оказание платных медицинских и иных услуг

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № ____
к Договору на оказание
платных медицинских и иных услуг № ____ от ___.___._____ г.

г. Челябинск ___.___._____ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областная клиническая больница № 2» (лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01024-74/00572881 от 28.10.2020 г., выданная Территориальным органом Росздравнадзора по Челябинской области; ОГРН 1027401575214; ИНН 7449005303), именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице Главного врача Угнивенко Максима Игоревича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

_____,
(Ф.И.О. полностью / наименование юридического лица)
именуемый(ая/ое) в дальнейшем **«Заказчик»**, с другой стороны,
в интересах Потребителя (Пациента):
_____,
(Ф.И.О. пациента полностью)
именуемого(ой) в дальнейшем **«Пациент»**, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящее дополнительное соглашение (далее – Дополнительное соглашение) к Договору на оказание платных медицинских и иных услуг № ____ от ___.___._____ г. (далее – Договор) о нижеследующем:

1. Предмет Дополнительного соглашения

1.1. В связи с уточнением диагноза/усложнением течения заболевания/необходимостью проведения дополнительных медицинских вмешательств _____ *(нужное подчеркнуть или вписать свое)*, Стороны пришли к соглашению расширить объем и (или) изменить стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Исполнителем Пациенту по Договору.

1.2. Исполнитель в доступной форме разъяснил Пациенту (законному представителю Пациента) и Заказчику:
- необходимость проведения дополнительных медицинских вмешательств;
- их цели, методы, связанные с ними риски, возможные варианты и последствия;
- ожидаемые результаты;
- стоимость дополнительных услуг.

1.3. Пациент (законный представитель Пациента) подтверждает, что получил полную информацию о дополнительных медицинских вмешательствах и дает информированное добровольное согласие на их проведение.

✓_____ *(подпись Пациента/законного представителя)*

1.4. Заказчик подтверждает, что ознакомлен с информацией, указанной в п. 1.2 настоящего Дополнительного соглашения, и согласен на расширение объема и (или) изменение стоимости услуг, а также на оплату дополнительных услуг в порядке, установленном настоящим Дополнительным соглашением.

✓_____ *(подпись Заказчика)*

2. Изменение объема и стоимости услуг

2.1. Стороны согласовали оказание Исполнителем следующих дополнительных платных медицинских услуг:

№ п/п	Наименование услуги	Код по номенклатуре (для мед.)	Кол-во	Цена (руб.)	Сумма (руб.)
1					

Итого к оплате:	

2.2. Общая стоимость услуг по Договору с учетом настоящего Дополнительного соглашения составляет: _____ (_____) рублей ___ копеек, в том числе НДС *(или «НДС не облагается в связи с применением Исполнителем специального налогового режима»)*.

2.3. Вид сметы по настоящему Дополнительному соглашению:
твердая/приблизительная *(нужное подчеркнуть)*.

При твердой смете: цена является фиксированной и не может быть изменена в одностороннем порядке.

При приблизительной смете: Исполнитель вправе увеличить объём и стоимость услуг при необходимости, но обязан предварительно уведомить об этом Пациента (Заказчика). Увеличение цены допускается только с письменного согласия Пациента (Заказчика). Если Пациент (Заказчик) не согласен на превышение сметы, он вправе расторгнуть Договор, но при этом обязан оплатить фактически понесенные Исполнителем расходы.

3. Порядок оплаты дополнительных услуг

3.1. Оплата дополнительных услуг осуществляется Заказчиком в порядке, установленном п. 3.2 Договора, в срок не позднее _____ дней с момента подписания настоящего Дополнительного соглашения *(либо: «непосредственно до оказания соответствующих услуг»)*.

3.2. Исполнитель обязан выдать Заказчику (Пациенту) кассовый чек (или бланк строгой отчетности) в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о применении контрольно-кассовой техники.

4. Заключительные положения

4.1. Настоящее Дополнительное соглашение является неотъемлемой частью Договора и вступает в силу с момента его подписания Сторонами.

4.2. Все остальные условия Договора, не затронутые настоящим Дополнительным соглашением, остаются неизменными и имеют полную юридическую силу.

4.3. В случае противоречий между условиями Договора и настоящего Дополнительного соглашения, применяются условия настоящего Дополнительного соглашения.

4.4. Настоящее Дополнительное соглашение составлено в количестве экземпляров, соответствующем количеству Сторон, и имеет для всех Сторон одинаковую юридическую силу.

5. Реквизиты и подписи Сторон

Исполнитель:
ГБУЗ «ОКБ № 2»
454010, г. Челябинск, ул. Гагарина, д. 18
ИНН 7449005303, КПП 744901001
КБК 00000000000000000130 (КОСГУ – 131) ОКТМО 75701000
Получатель: Министерство финансов Челябинской области (ГБУЗ «ОКБ № 2» г. Челябинск» л/с 20201602318ПЛ)
ЕКС 40102810645370000062
КС 03224643750000006900
Банк получателя: ОКЦ № 5 УГУ Банка России //УФК по Челябинской области г. Челябинск, БИК 017501500
Тел. 8(351) 217-70-09
E-mail: info@2okb74.ru
Главный врач
_____ /М.И. Угнивенко/

м.п.

Заказчик: *(если Заказчик физическое лицо)*
_____
Ф.И.О.
Дата рождения: _____
Адрес: _____
Паспорт: серия ____ № _____ выдан _____ Телефон:
_____

(если Заказчик юридическое лицо)
Наименование:
_____
Юридический адрес:
_____
ИНН/КПП: _____ / _____
ОГРН: _____
действующего на основании _____

_____ / /

м.п.

С условиями Дополнительного соглашения, информацией о необходимости дополнительных медицинских вмешательств, их рисках и стоимости ознакомлен(а). согласен(на).
(Подпись) ✓ _____ / _____ (Фамилия И.О.)

ПАЦИЕНТ (ПОТРЕБИТЕЛЬ):
(если Пациент дееспособное совершеннолетнее лицо)
Ф.И.О.
_____
Дата рождения: _____
Адрес:
_____
Паспорт: серия ____ № _____
выдан _____
Телефон:
_____
(если Пациент несовершеннолетний или недееспособный)
Ф.И.О.
_____
Дата рождения: _____
В лице законного представителя:
_____ *(Ф.И.О.),*
действующего на основании_____

Информированное добровольное согласие на дополнительные медицинские вмешательства получено. С рисками и последствиями ознакомлен(а), согласен(на).
(Подпись Пациента/законного представителя)
✓ _____ / _____ (Фамилия И.О.)

Приложение № 2
к Положению о порядке и условиях
предоставления платных медицинских
и иных услуг в ГБУЗ «ОКБ № 2»

ФОРМА

ЗАЯВЛЕНИЕ-СОГЛАСИЕ
на оказание платных медицинских услуг

г. Челябинск « » _____ 20 г.

Я,

_____

(Ф.И.О. полностью лица, подающего заявление)

дата рождения: _____, паспорт: серия _____ № _____, *выдан* _____ « » _____ ____ г.,

зарегистрированный(ая) по адресу:_____,

телефон: _____,

(если действует представитель): действующий (ая) в интересах пациента

_____

(Ф.И.О. пациента)

на основании_____

(документ, подтверждающий полномочия, с реквизитами: свидетельство о рождении/ решение суда / доверенность и т.п.)

прошу предоставить платные медицинские услуги в отношении пациента:

_____ в ГБУЗ «ОКБ № 2».

(Ф.И.О. пациента - заполняется всегда, даже если заявление подает сам пациент)

Перечень услуг, их стоимость, сроки и порядок оплаты зафиксированы в Договоре № _____ от « » _____ *20* г. либо будут зафиксированы в Дополнительном соглашении к Договору.

Прошу оказать услугу в следующем объеме (отметить вариант):

☐ В полном объеме стандарта медицинской помощи

☐ В виде отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а именно:

_____

(наименование услуги по номенклатуре медицинских услуг, код услуги)

☐ В объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, а именно:

_____

(наименование услуги по номенклатуре, код услуги; кратко указать, в чём именно превышение: дополнительная консультация, исследование, вмешательство и т. п.)

Мне в доступной форме разъяснено:

- что аналогичная медицинская помощь (в том числе в части, которая выходит за рамки стандарта) может быть оказана бесплатно в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы госгарантий;
- цель, методы оказания услуги, связанные с ней риски и ожидаемые результаты медицинского вмешательства;
- моё право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения (ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

Я подтверждаю, что осознанно выбрал(а) платный вариант оказания услуги и согласен(на) с её условиями.

Важно: настоящее Заявление-согласие фиксирует согласие на платный характер и объем услуги. Оно не заменяет Информированное добровольное согласие на медицинское

вмешательство (ИДС), которое оформляется отдельно в соответствии с требованиями Федерального закона № 323-ФЗ.

ПОДПИСИ СТОРОН:
Пациент (Потребитель):
Ф.И.О.:
_____
Подпись: _____ / _____
« » _____ *20* г.

Заказчик *(заполняется, если Заказчик и Пациент - разные лица)*:
Ф.И.О. / наименование: _____
Подпись: _____ / _____
« » _____ *20* г.

Законный представитель Пациента *(заполняется, если пациент - несовершеннолетний или недееспособный)*:
Ф.И.О.:
_____
Документ, подтверждающий полномочия:_____
Подпись: _____ / _____
« » _____ *20* г.

Медицинский работник, разъяснивший условия оказания услуги:
Должность:
_____
Ф.И.О.:
_____
Дата и время разъяснения: « » _____ *20* г., ____:____

Подпись: _____ / _____