

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Городская поликлиника № 44»

ПРИКАЗ

08.10.2026

№ 373 /О

**Об утверждении форм договоров на
предоставление платных медицинских услуг и
форм приложений к ним в Санкт-Петербургском
государственном бюджетном учреждении
здравоохранения «Городская поликлиника №
44»**

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» (в действующей редакции) и на основании Положения об организации предоставления платных медицинских услуг Санкт-Петербургским государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Городская поликлиника № 44», утвержденное приказом от 02.09.2026 № 346.1/О, а также в целях обеспечения единообразия оформления договоров об оказании платных медицинских услуг.

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить формы договоров на предоставление платных медицинских услуг и формы приложений к ним в Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Городская поликлиника № 44»:

1.1. в Поликлиническом отделении № 44:

1.1.1. договор на предоставление платных медицинских услуг в соответствии с Приложением № 1 к настоящему приказу;

1.1.2. информированное добровольное согласие пациента на получение платных медицинских услуг в соответствии с Приложением № 2 к настоящему приказу;

1.1.3. дополнительное соглашение к договору на предоставление платных медицинских услуг в соответствии с Приложением № 3 к настоящему приказу;

1.1.4. акт сдачи-приемки к договору на предоставление платных медицинских услуг в соответствии с Приложением № 4 к настоящему приказу.

1.2. в Детском поликлиническом отделении № 41:

1.2.1. договор на предоставление платных медицинских услуг в соответствии с Приложением № 5 к настоящему приказу;

1.2.2. информированное добровольное согласие пациента на получение платных медицинских услуг в соответствии с Приложением № 6 к настоящему приказу;

1.2.3. дополнительное соглашение к договору на предоставление платных медицинских услуг в соответствии с Приложением № 7 к настоящему приказу;

1.2.4. акт сдачи-приемки к договору на предоставление платных медицинских услуг в соответствии с Приложением № 8 к настоящему приказу.

1.3. в Женской консультации № 19:

1.3.1. договор на предоставление платных медицинских услуг в соответствии с Приложением № 9 к настоящему приказу;

1.3.2. информированное добровольное согласие пациента на получение платных медицинских услуг в соответствии с Приложением № 10 к настоящему приказу;

1.3.3. дополнительное соглашение к договору на предоставление платных медицинских услуг в соответствии с Приложением № 11 к настоящему приказу;

1.3.4. акт сдачи-приемки к договору на предоставление платных медицинских услуг в соответствии с Приложением № 12 к настоящему приказу.

1.4. в Поликлиническом отделении № 82:

1.4.1. договор на предоставление платных медицинских услуг в соответствии с Приложением № 13 к настоящему приказу;

1.4.2. информированное добровольное согласие пациента на получение платных медицинских услуг в соответствии с Приложением № 14 к настоящему приказу;

1.4.3. дополнительное соглашение к договору на предоставление платных медицинских услуг в соответствии с Приложением № 15 к настоящему приказу;

1.4.4. акт сдачи-приемки к договору на предоставление платных медицинских услуг в соответствии с Приложением № 16 к настоящему приказу.

2. Руководителям подразделений/отделений:

2.1. Ознакомить с приказом всех работников вверенных подразделений/отделений, участвующих в оказании платных медицинских услуг под роспись.

2.2. Контролировать четкое использование в работе работниками, участвующими в оказании платных медицинских услуг, утвержденных форм договоров на предоставление платных медицинских услуг и приложений к ним в соответствии с Приложениями к настоящему приказу. Срок исполнения: постоянно.

2.3. Обеспечить ознакомление пациентов с утвержденными формами договоров и приложениями к ним на информационных стендах.

3. Работникам, участвующим в оказании платных медицинских услуг, использовать в работе утвержденные формы договоров на предоставление платных медицинских услуг в соответствии с Приложениями к настоящему приказу. Срок исполнения: постоянно.

4. Руководителю отдела информационных систем в целях ознакомления пациентов с утвержденными формами договоров и приложений к ним обеспечить размещение документов на сайте Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская поликлиника № 44» в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

5. Руководителю отдела информационных систем обеспечить размещение форм договоров на предоставление платных медицинских услуг и форм приложений к ним в соответствии с настоящим Положением в медицинской информационной системе «Ариадна» в срок до 16.10.2026 года.

6. Юрисконсульту Вахрушевой Е.А. контролировать, проверять на соответствие действующему законодательству Российской Федерации содержание форм договоров на предоставление платных медицинских услуг и приложений к ним, своевременно предлагать на утверждение для внесения изменений в формы договоров на платные медицинские услуги и приложения к ним при наличии таковых в действующем законодательстве Российской Федерации. Срок исполнения: постоянно.

7. Приказ от 02.09.2026 № 346.8/О считать утратившим силу.

8. Приказ вступает в силу с момента его подписания и распространяет свое действие на правоотношения, возникшие с 09.10.2026.

9. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя главного врача по медицинской части Завгороднего И.И.

Главный врач



В.В. Гопеенко

Договор № _____
на предоставление платных медицинских услуг
в Поликлиническом отделении № 44 СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44»

г. Санкт-Петербург

_____» _____ 202__ г.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 44» (СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44»), именуемое в дальнейшем "Исполнитель" действующее в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности (рег. № ЛО41-01148-78/00328573) от 26.03.2019 в лице

_____,
действующей(его) на основании доверенности № _____ от _____, с одной
стороны, и _____,

(фамилия, имя и отчество (при наличии))

именуемый(ая) в дальнейшем "Потребитель", с другой стороны, и _____,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя потребителя)

именуемый(ая) в дальнейшем "Заказчик", а вместе именуемые "Стороны", заключили
настоящий договор о нижеследующем:

1. Общие положения

1.1. В рамках настоящего договора используются следующие основные понятия:

"**платные медицинские услуги**" - медицинские услуги, предоставляемые гражданам за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров по желанию граждан при оказании медицинской помощи;

"**потребитель**" - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором.

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

"**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;

"**исполнитель**" - медицинская организация СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44», предоставляющая платные медицинские услуги в соответствии с договором.

1.2. Платные медицинские услуги (работы) предоставляются Исполнителем в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности регистрационный номер: ЛО41-01148-78/00328573 от 26.03.2019, выданной Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга, действует бессрочно (далее - лицензия).

1.3. Перечень выполняемых (оказываемых) предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указанных в едином реестре лицензий Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, в рамках предоставляемых в соответствии с договором платных медицинских услуг в **Поликлиническом отделении №** по адресу: **192071, г. Санкт-Петербург, ул. Будапештская, дом 20, к. 1, лит. А.**

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических

прививок), лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, медицинской статистике, медицинскому массажу, общей практике, рентгенологии, сестринскому делу, физиотерапии, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), общей врачебной практике (семейной медицине), организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, терапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: аллергологии и иммунологии, гастроэнтерологии, инфекционным болезням, кардиологии, колопроктологии, лечебной физкультуре, мануальной терапии, медицинской реабилитации, медицинской статистике, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, ревматологии, рентгенологии, рефлексотерапии, сердечно-сосудистой хирургии, спортивной медицине, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии, эндоскопии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: гастроэнтерологии, кардиологии, медицинской реабилитации, неврологии. При оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации по: скорой медицинской помощи; при оказании скорой медицинской помощи в амбулаторных условиях по: скорой медицинской помощи. При оказании паллиативной медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях по: гериатрии, сестринскому делу, терапии. При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности, экспертизе качества медицинской помощи. При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам профилактическим. При проведении медицинских освидетельствований организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинскому освидетельствованию кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приемные родители.

2. Предмет договора

2.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется предоставить платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям настоящего договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к таким услугам, а Потребитель (Заказчик) обязуется оплатить оказанные услуги в размере, порядке и сроки, установленные настоящим договором.

Оказание платных медицинских услуг с применением телемедицинских технологий осуществляется в соответствии с порядком, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации.

2.2. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается:

- в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;
- в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, и обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми исполнителями;
- на основе клинических рекомендаций;

- с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - стандарты медицинской помощи).

2.3. Платные медицинские услуги предоставляются с учетом номенклатуры медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе потребителя (законного представителя Потребителя) в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи. Просьба Потребителя (законного представителя Потребителя) оформляется в форме его письменного согласия.

2.4. Получателем платных медицинских услуг является Потребитель -

(фамилия, имя и отчество (при наличии))

2.5. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством в сфере охраны здоровья.

2.6. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, является неотъемлемой частью настоящего договора.

2.7. При направлении Потребителя лечащим врачом на консультацию, диагностическое исследование или госпитализацию при отсутствии экстренных показаний срок ожидания медицинской услуги не должен превышать **14 рабочих дней**. Порядок фиксирования очередности устанавливается **заведующим поликлиническим отделением-врачом-терапевтом**.

2.8. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

2.9. Платные медицинские услуги предоставляются Потребителю в сроки, согласованные Сторонами с учетом характера заболевания (состояния), медицинских показаний, объема необходимых медицинских услуг, режима работы Исполнителя и требований действующего законодательства Российской Федерации.

Дата и время оказания платных медицинских услуг определяются по предварительной записи либо непосредственно при обращении Потребителя (Заказчика), если иное не предусмотрено условиями настоящего Договора.

2.10. Если оказание платных медицинских услуг осуществляется курсом либо в несколько этапов, сроки их оказания определяются индивидуальным планом лечения, медицинской документацией и (или) графиком посещений, согласованным с Потребителем (Заказчиком).

2.11. В случае возникновения обстоятельств, препятствующих оказанию платных медицинских услуг в согласованный срок (в том числе по медицинским показаниям, вследствие временной нетрудоспособности медицинского работника, неисправности медицинского оборудования, обстоятельств непреодолимой силы либо по инициативе Потребителя (Заказчика), срок оказания услуг подлежит изменению по соглашению Сторон.

3. Права и обязанности сторон

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в полном объеме с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.1.2. Предоставить Потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме следующую информацию:

- о состоянии его здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, об установленном диагнозе, о методах лечения, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, об их последствиях, а также о предполагаемых результатах лечения;

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их службы (сроках годности), медицинских показаниях (медицинских противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

3.1.3. Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления платных медицинских услуг по настоящему договору.

3.1.4. При предоставлении платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством в сфере охраны здоровья требования к ведению медицинской документации, порядку заполнения и срокам представления форм статистического учета и отчетности в сфере здравоохранения, а также к передаче сведений в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения в соответствии с требованиями законодательства.

3.1.5. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, а также денежных средств, поступивших от Потребителя (Заказчика).

3.1.6. Немедленно извещать Потребителя (Заказчика) о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания платных медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора. Дополнительные платные медицинские услуги при необходимости их оказания предоставляются в случае оказания Потребителю стационарной помощи - на основании дополнительного соглашения к настоящему договору, в иных случаях - на основании отдельно заключаемого договора.

3.1.7. Предоставить в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

3.2. Исполнитель вправе:

3.2.1. При выявлении у Потребителя противопоказаний к проведению лечебных и диагностических мероприятий отказать в их проведении.

3.2.2. Требовать от Потребителя соблюдения:

- графика прохождения процедур;
- режима при приеме лекарственных препаратов;
- назначений, рекомендаций специалистов;
- лечебно-охранительного режима;
- правил внутреннего распорядка лечебного учреждения;
- правил техники безопасности и пожарной безопасности.

3.2.3. Отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем правил внутреннего распорядка лечебного учреждения, рекомендаций и назначений специалистов и нарушении режима работы учреждения.

3.2.4. Использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Потребителя, достаточных для его идентификации.

3.3. Потребитель (Заказчик) обязуется:

3.3.1. Оплатить предоставляемые Исполнителем платные медицинские услуги в порядке и сроки, которые установлены настоящим договором, заключенным с Исполнителем, с учетом положений ст. 16.1 и 37 Закон Российской Федерации от 7 февраля 1992 года № 2300-1 "О защите прав потребителей".

3.3.2. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

3.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему договору.

3.3.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих платные медицинские услуги, соблюдать Правила внутреннего распорядка медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

3.3.5. Согласовывать со специалистами, оказывающими платные медицинские услуги, употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей и прочего.

3.4. Потребитель (Заказчик) имеет право:

1. Получать платные медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями порядков оказания медицинской помощи, стандартов и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи.

3.4.2. В доступной для него форме получить информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, об установленном диагнозе, о методах лечения, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, об их последствиях, а также о предполагаемых результатах лечения.

3.4.3. Получить у Исполнителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

4. Стоимость платных медицинских услуг и порядок расчетов

4.1. На оказание платных медицинских услуг, предусмотренных настоящим договором, составляется смета, которая является неотъемлемой частью договора (Приложение № 1).

4.2. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю, определяется в соответствии с действующим в медицинской организации Прейскурантом и сметой на предоставление платных медицинских услуг (Приложение № 1).

4.3. Потребителю (Заказчику) в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий факт осуществления расчета за предоставленные платные медицинские услуги (кассовый чек или бланк строгой отчетности).

4.4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя (Заказчика).

4.5. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных платных медицинских услуг их стоимость определяется

по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного договора.

4.6. Оплата услуг по договору осуществляется на основании Перечня предоставленных платных медицинских услуг, подписанного Сторонами, наличными денежными средствами или с использованием платежных банковских карт по выбору Потребителя (Заказчика).

4.7. В случае если по каким-либо причинам, независящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Потребителя (Заказчика) удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Потребителем (Заказчиком) по настоящему договору, возвращается ему по заявлению на возврат денежных средств.

4.8. В целях защиты прав Потребителя (в том числе в целях предоставления социального налогового вычета по налогу на доходы физических лиц, предусмотренного подп. 3 п. 1 ст. 219 НК РФ) Исполнитель по заявлению Потребителя (законного представителя Потребителя) при наличии согласия Потребителя или его законного представителя выдает следующие документы, подтверждающие фактические расходы на оказанные платные медицинские услуги:

- копия договора и дополнительных соглашений к нему (в случае заключения дополнительных соглашений);
- документ, подтверждающий фактические расходы на оказанные платные медицинские услуги.

5. Ответственность сторон за невыполнение условий договора

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Потребителем (Заказчиком) неполной информации о своем здоровье (здоровье Потребителя) в соответствии с п. 3.3.2 настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п. 3.3.4 настоящего договора.

5.4. При наличии в настоящем договоре условий, ущемляющих права Потребителя, которые могут повлечь причинение ему убытков, они подлежат возмещению Исполнителем в полном объеме в соответствии со ст. 13 Закона РФ от 7 февраля 1992 г. № 2300-I "О защите прав потребителей".

Требование Потребителя (Заказчика) о возмещении убытков подлежит удовлетворению в течение десяти дней со дня его предъявления.

5.5. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

6. Конфиденциальность

6.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

6.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

7. Заключительные положения

7.1. При заключении настоящего договора Потребителю (Заказчику) предоставлена следующая информация:

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа). Отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы;
- перечень платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, указанной в п. 2.3 настоящего договора, с указанием цен в рублях;
- сроки ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, в случае участия исполнителя в реализации территориальной программы;
- иная информация, предусмотренная Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.

7.2. Потребитель (Заказчик) подтверждает, что на момент заключения настоящего договора ему в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), в соответствии и с учетом которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

- информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (об уровне его профессионального образования и о квалификации);
- другие сведения, относящиеся к предмету договора.

7.3. До заключения настоящего договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя (законного представителя Потребителя) о том, что несоблюдение назначений (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.

7.4. Потребитель (Заказчик) уведомлен о том, что в соответствии с ч. 3 ст. 27 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

7.5. Потребитель (Заказчик) вправе направить обращение (жалобу) в органы и организацию, указанные в подп. "з" п. 17 Правил предоставления медицинскими

организациями платных медицинских услуг (утв. постановлением Правительства РФ от 30.05.2026 № 659), а именно в:

7.5.1. Территориальный орган Росздравнадзора по г. Санкт-Петербургу и Ленинградской области:

- письменное обращение Вы можете направить почтовым отправлением по адресу: 197342, Санкт-Петербург, ул. Кантемировская, д. 4, лит. А;

- путем заполнения формы обращения на официальном сайте Территориального органа: <https://78reg.roszdravnadzor.ru>;

- обратиться лично в соответствии с графиком личного приема граждан.

7.5.2. Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга:

- письменное обращение Вы можете направить почтовым отправлением адресу: 191023, Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая, д. 1;

- составить письменное обращение в электронном виде через сервис Электронная приемная на официальном портале Администрации Санкт-Петербурга (<https://letters.gov.spb.ru/>);

- дополнительно для письменных обращений граждан в фойе Комитета по здравоохранению на первом этаже по адресу: Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая, д.1 установлен ящик для писем и обращений граждан;

- обратиться лично в соответствии с графиком личного приема граждан.

7.5.3. Филиал Территориального фонда обязательного медицинского страхования. Адрес: 196006, г. Санкт-Петербург, ул. Коли Томчака, д.9, лит. «А» (Московский пр., д.120), тел. (812) 703-73-10, факс (812) 703-73-94, E-mail: tfoms@tfoms.spb.ru.

7.5.4. Управление федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Санкт-Петербургу. Адрес: 191025, г. Санкт-Петербург, ул. Стремянная, д. 19 тел./факс (812)764-42-38, факс (812) 764-55-83.

7.6. При предъявлении Потребителем (Заказчиком) требований, связанных с предоставлением платных медицинских услуг, в том числе при обнаружении недостатков предоставленных платных медицинских услуг, Исполнитель рассматривает и удовлетворяет предъявленные требования (направляет отказ в удовлетворении предъявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей".

7.7. После исполнения настоящего договора Исполнитель выдает Потребителю (Заказчику) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах медицинского обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

7.8. Настоящий договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

Обязательства Исполнителя по оказанию платных медицинских услуг считаются исполненными с момента фактического оказания соответствующей платной медицинской услуги (либо завершения курса лечения - если предметом Договора является курс платных медицинских услуг), что подтверждается медицинской документацией Исполнителя.

7.9. Потребитель (законный представитель Потребителя) дает свободно, своей волей и в своем интересе согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения настоящего договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.

7.10. В случае отказа Потребителя (Заказчика) после заключения договора от получения платных медицинских услуг настоящий договор прекращается, при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7.11. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Потребителя (Заказчика).

7.12. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

Приложение № 1 «Смета на предоставление платных медицинских услуг».

8. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:	Потребитель (Заказчик):
Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 44» Юридический и почтовый адрес: 192071, г. Санкт-Петербург, ул. Будапештская, д. 20, к. 1, литера А Контактный телефон: т. 246-23-96 ИНН 7816040748 КПП 781601001 ОГРН 1037835000312 Получатель: Комитет Финансов Санкт-Петербурга (СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44», л/с 0661009) Банк получателя: ОКЦ № 1 Северо- Западное ГУ Банка России//УФК по г. Санкт-Петербургу, г. Санкт-Петербург БИК 014030106 Расчетный счет: 03224643400000007200 Корреспондирующий счет: ОКПО 34357736 ОКТМО 40904000 ОКОПФ 75203 ОКАТО 40296	
	_____, (фамилия, имя и отчество)
	проживающий(ая) по адресу:
	_____ (адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения)
	_____ (адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения)
	паспорт:
	_____ (данные документа, удостоверяющего личность)
	телефон:

_____/_____ (подпись) (ФИО)	_____/_____ (подпись) (ФИО)

Смета на предоставление платных медицинских услуг

№ п/п	Наименование услуг (Перечень платных медицинских услуг)	Код услуги	Код отраслевой классификации	Стоимость за единицу, руб.	Кол-во	Сумма, руб.

Исполнитель: Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 44» Юридический и почтовый адрес: 192071, г. Санкт-Петербург, ул. Будапештская, д. 20, к. 1, литера А Контактный телефон: т. 246-23-96 ИНН 7816040748 КПП 781601001 ОГРН 1037835000312 Получатель: Комитет Финансов Санкт-Петербурга (СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44», л/с 0661009) Банк получателя: ОКЦ № 1 Северо-Западное ГУ Банка России//УФК по г. Санкт-Петербургу, г. Санкт-Петербург БИК 014030106 Расчетный счет: 032246434000000007200 Корреспондирующий счет: ОКПО 34357736 ОКТМО 40904000 ОКОПФ 75203 ОКАТО 40296 _____/_____ (подпись) (ФИО)	Потребитель (Заказчик): _____, (фамилия, имя и отчество) проживающий(ая) по адресу: _____ (адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения) _____ (адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения) паспорт: _____ _____ (данные документа, удостоверяющего личность) телефон: _____ _____/_____ (подпись) (ФИО)
--	--

Информированное добровольное согласие пациента на получение платных медицинских услуг

Я, _____
_____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____

в соответствии с положениями статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" даю информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в **Поликлиническом отделении № 44 СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44»**.

Я ознакомлен(а) с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 30 мая 2026 г. № 659, и действующим прейскурантом цен на медицинские услуги в **СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44»**.

Мне разъяснено и понятно мое право на получение 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.

Мне разъяснены в доступной для меня форме цели, медицинские мероприятия, проводимые в рамках предоставления платных медицинских услуг, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я получил(а) информацию об альтернативных методах обследования (лечения), а также об их примерной стоимости.

Мне предоставлена информация о:

- перечне предоставляемых платных медицинских услуг с учетом номенклатуры медицинских услуг, с указанием цен в рублях;
- сроках ожидания медицинской помощи, оказываемой без взимания платы в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы;
- стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основе которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги;
- медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и о квалификации;
- графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- образце договора;
- перечне категорий потребителей, имеющих право на получение льгот, а также перечне льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг, в случае их установления исполнителем;
- адресе и номере телефона учредителя, исполнительного органа субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Мне разъяснено, что перечень предоставляемых платных медицинских услуг, включаемый в договор на предоставление платных медицинских услуг, подразумевает оказание медицинских услуг в полном объеме стандарта медицинской помощи и по моей просьбе медицинские услуги могут быть оказаны в виде осуществления отдельных

консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Я проинформирован(а) и понимаю, что обязан(а) соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период моей временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинской организации.

Я уведомлен(а) и понимаю, что несоблюдение назначений (рекомендаций) 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 моего здоровья.

Я изъявляю желание заключить договор на предоставление платных медицинских услуг с **СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44»**.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья:

_____, контактный телефон _____;
(фамилия, имя и отчество (при наличии))
_____, контактный телефон _____.
(фамилия, имя и отчество (при наличии))

Информацию до пациента довел:

_____.
(подпись) (фамилия, имя и отчество (при наличии) врача)

«___» _____ 202__ г.

Пациент (законный представитель):

_____.
(подпись) (фамилия, имя и отчество (при наличии))

«___» _____ 202__ г.

Дополнительное соглашение № _____
к договору № _____ от «_____» _____ 202__ г.
на предоставление платных медицинских услуг в Поликлиническом отделении № 44
СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44»

г. Санкт-Петербург

«_____» _____ 202__ г.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 44» (СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44»), именуемое в дальнейшем "Исполнитель" действующее в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности (рег. № ЛО41-01148-78/00328573) от 26.03.2019 в лице

действующей(его) на основании доверенности № _____ от _____, с одной стороны, и _____,

(фамилия, имя и отчество (при наличии))

именуемый(ая) в дальнейшем "Потребитель", с другой стороны, и _____,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя потребителя)

именуемый(ая) в дальнейшем "Заказчик", а вместе именуемые "Стороны", заключили настоящее дополнительное соглашение к договору на оказание платных медицинских услуг № _____ от «_____» _____ 202__ г. (далее – договор) об оказании дополнительных платных медицинских услуг о нижеследующем:

1. Смета на предоставление дополнительных платных медицинских услуг:

№ п/п	Наименование услуг (Перечень платных медицинских услуг)	Код услуги	Код отраслевой классификации	Стоимость за единицу, руб.	Кол-во	Сумма, руб.

2. Во всем остальном, что не предусмотрено условиями настоящего Дополнительного соглашения, стороны руководствуются условиями договора и действующими приложениями к нему.

3. Настоящее Дополнительное соглашение вступает в действие с момента подписания и является неотъемлемой частью договора, составлено в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

4. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:	Потребитель (Заказчик):
Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 44»	
Юридический и почтовый адрес: 192071, г. Санкт-Петербург, ул. Будапештская, д. 20, к. 1, литера А	
Контактный телефон: т. 246-23-96	(фамилия, имя и отчество) проживающий(ая) по адресу:
ИНН 7816040748 КПП 781601001	

ОГРН 1037835000312 Получатель: Комитет Финансов Санкт-Петербурга (СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44», л/с 0661009) Банк получателя: ОКЦ № 1 Северо- Западное ГУ Банка России//УФК по г. Санкт-Петербургу, г. Санкт-Петербург БИК 014030106 Расчетный счет: 032246434000000007200 Корреспондирующий счет: ОКПО 34357736 ОКТМО 40904000 ОКОПФ 75203 ОКАТО 40296 _____/_____ (подпись) (ФИО)	(адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения)
	_____ (адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения) паспорт:
	_____ (данные документа, удостоверяющего личность) телефон:
	_____ _____ (подпись) (ФИО)

Акт сдачи-приемки
к договору № ____ от « ____ » _____ 202__ г.
на предоставление платных медицинских услуг в Поликлиническом отделении № 44
СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44»

г. Санкт-Петербург

« ____ » _____ 202__ г.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 44» (СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44»), именуемое в дальнейшем "Исполнитель" действующее в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности (рег. № ЛО41-01148-78/00328573) от 26.03.2019 в лице

_____,
действующей(его) на основании доверенности № ____ от _____, с одной стороны, и _____,

(фамилия, имя и отчество (при наличии))
именуемый(ая) в дальнейшем "Потребитель", с другой стороны, и _____,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя потребителя)
именуемый(ая) в дальнейшем "Заказчик", а вместе именуемые "Стороны", составили
настоящий акт сдачи-приемки к договору на оказание платных медицинских услуг № ____
от « ____ » _____ 202__ г. (далее – договор) о нижеследующем:

1. В соответствии с условиями Договора Исполнитель оказал, а Потребитель (Заказчик) принял следующие платные медицинские услуги:

№ п/п	Наименование услуг (Перечень платных медицинских услуг)	Код услуги	Код отраслевой классификации	Стоимость за единицу, руб.	Кол-во	Сумма, руб.

2. Сумма оказанных платных медицинских услуг составляет _____
(_____) руб. НДС не облагается.

3. Платные медицинские услуги оказаны в соответствии с требованиями стандартов и требований к медицинским услугам на территории Российской Федерации, в установленные сроки, в полном объеме и с надлежащим качеством. Претензий друг к другу стороны не имеют.

4. Настоящий акт сдачи-приемки составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон и является неотъемлемой частью договора.

5. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:	Потребитель (Заказчик):
Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 44»	_____
Юридический и почтовый адрес: 192071, г. Санкт-Петербург, ул. Будапештская, д. 20, к. 1, литера А	_____
Контактный телефон: т. 246-23-96	(фамилия, имя и отчество) проживающий(ая) по адресу:

ИНН 7816040748 КПП 781601001 ОГРН 1037835000312 Получатель: Комитет Финансов Санкт-Петербурга (СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44», л/с 0661009) Банк получателя: ОКЦ № 1 Северо- Западное ГУ Банка России//УФК по г. Санкт-Петербургу, г. Санкт-Петербург БИК 014030106 Расчетный счет: 032246434000000007200 Корреспондирующий счет: ОКПО 34357736 ОКТМО 40904000 ОКОПФ 75203 ОКАТО 40296	(адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения) (адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения) паспорт: (данные документа, удостоверяющего личность) телефон:
/ (подпись) (ФИО)	/ (подпись) (ФИО)

Договор № _____
на предоставление платных медицинских услуг
в Детском поликлиническом отделении № 41
СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44»

г. Санкт-Петербург

_____» _____ 202__ г.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 44» (СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44»), именуемое в дальнейшем "Исполнитель" действующее в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности (рег. № ЛО41-01148-78/00328573) от 26.03.2019 в лице

_____,
действующей(его) на основании доверенности № _____ от _____, с одной стороны, и _____,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя потребителя)
именуемый(ая) в дальнейшем "Заказчик", а вместе именуемые "Стороны", заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Общие положения

1.1. В рамках настоящего договора используются следующие основные понятия:

"платные медицинские услуги" - медицинские услуги, предоставляемые гражданам за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров по желанию граждан при оказании медицинской помощи;

"потребитель" - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором.

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

"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;

"исполнитель" - медицинская организация СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44», предоставляющая платные медицинские услуги в соответствии с договором.

1.2. Платные медицинские услуги (работы) предоставляются Исполнителем в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности регистрационный номер: ЛО41-01148-78/00328573 от 26.03.2019, выданной Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга, действует бессрочно (далее - лицензия).

1.3. Перечень выполняемых (оказываемых) предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указанных в едином реестре лицензий Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, в рамках предоставляемых в соответствии с договором платных медицинских услуг в Детском поликлиническом отделении № 41 по адресу: 192212, г. Санкт-Петербург, ул. Будапештская, дом 25, лит. А.

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, медико-социальной помощи,

медицинской статистике, медицинскому массажу, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, физиотерапии, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, педиатрии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), аллергологии и иммунологии, дерматовенерологии, детской кардиологии, детской урологии-андрологии, детской хирургии, детской эндокринологии, медицинской статистике, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, пульмонологии, рефлексотерапии, спортивной медицине, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, физиотерапии, функциональной диагностике; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: аллергологии и иммунологии, гастроэнтерологии, неврологии. При оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации по: скорой медицинской помощи; при оказании скорой медицинской помощи в амбулаторных условиях по: скорой медицинской помощи. При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности, экспертизе качества медицинской помощи. При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам профилактическим.

2. Предмет договора

2.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется предоставить платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям настоящего договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к таким услугам, а Заказчик (Потребитель) обязуется оплатить оказанные услуги в размере, порядке и сроки, установленные настоящим договором.

Оказание платных медицинских услуг с применением телемедицинских технологий осуществляется в соответствии с порядком, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации.

2.2. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается:

- в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;
- в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, и обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми исполнителями;
- на основе клинических рекомендаций;
- с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - стандарты медицинской помощи).

2.3. Платные медицинские услуги предоставляются с учетом номенклатуры медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе потребителя (законного представителя Потребителя) в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме,

превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи. Просьба Потребителя (законного представителя Потребителя) оформляется в форме его письменного согласия.

2.4. Получателем платных медицинских услуг является Потребитель -

(фамилия, имя и отчество (при наличии))

2.5. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством в сфере охраны здоровья.

2.6. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, является неотъемлемой частью настоящего договора.

2.7. При направлении Потребителя лечащим врачом на консультацию, диагностическое исследование или госпитализацию при отсутствии экстренных показаний срок ожидания медицинской услуги не должен превышать **14 рабочих дней**. Порядок фиксирования очередности устанавливается **заведующим поликлиническим отделением-врачом-педиатром**.

2.8. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

2.9. Платные медицинские услуги предоставляются Потребителю в сроки, согласованные Сторонами с учетом характера заболевания (состояния), медицинских показаний, объема необходимых медицинских услуг, режима работы Исполнителя и требований действующего законодательства Российской Федерации.

Дата и время оказания платных медицинских услуг определяются по предварительной записи либо непосредственно при обращении Потребителя (Заказчика), если иное не предусмотрено условиями настоящего Договора.

2.10. Если оказание платных медицинских услуг осуществляется курсом либо в несколько этапов, сроки их оказания определяются индивидуальным планом лечения, медицинской документацией и (или) графиком посещений, согласованным с Потребителем (Заказчиком).

2.11. В случае возникновения обстоятельств, препятствующих оказанию платных медицинских услуг в согласованный срок (в том числе по медицинским показаниям, вследствие временной нетрудоспособности медицинского работника, неисправности медицинского оборудования, обстоятельств непреодолимой силы либо по инициативе Заказчика (Потребителя), срок оказания услуг подлежит изменению по соглашению Сторон.

3. Права и обязанности сторон

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в полном объеме с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.1.2. Предоставить Потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме следующую информацию:

- о состоянии его здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, об установленном диагнозе, о методах лечения, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, об их последствиях, а также о предполагаемых результатах лечения;

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их службы (сроках годности), медицинских показаниях (медицинских противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

3.1.3. Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления платных медицинских услуг по настоящему договору.

3.1.4. При предоставлении платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством в сфере охраны здоровья требования к ведению медицинской документации, порядку заполнения и срокам представления форм статистического учета и отчетности в сфере здравоохранения, а также к передаче сведений в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения в соответствии с требованиями законодательства.

3.1.5. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, а также денежных средств, поступивших от Заказчика (Потребителя).

3.1.6. Немедленно извещать Заказчика (Потребителя) о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания платных медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора. Дополнительные платные медицинские услуги при необходимости их оказания предоставляются в случае оказания Потребителю стационарной помощи - на основании дополнительного соглашения к настоящему договору, в иных случаях - на основании отдельно заключаемого договора.

3.1.7. Предоставить в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

3.2. Исполнитель вправе:

3.2.1. При выявлении у Потребителя противопоказаний к проведению лечебных и диагностических мероприятий отказать в их проведении.

3.2.2. Требовать от Потребителя соблюдения:

- графика прохождения процедур;
- режима при приеме лекарственных препаратов;
- назначений, рекомендаций специалистов;
- лечебно-охранительного режима;
- правил внутреннего распорядка лечебного учреждения;
- правил техники безопасности и пожарной безопасности.

3.2.3. Отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем правил внутреннего распорядка лечебного учреждения, рекомендаций и назначений специалистов и нарушении режима работы учреждения.

3.2.4. Использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Потребителя, достаточных для его идентификации.
Заказчик (Потребитель) обязуется:

3.3.1. Оплатить предоставляемые Исполнителем платные медицинские услуги в порядке и сроки, которые установлены настоящим договором, заключенным с Исполнителем, с учетом положений ст. 16.1 и 37 Закон Российской Федерации от 7 февраля 1992 года № 2300-1 "О защите прав потребителей".

3.3.2. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том

числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

3.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему договору.

3.3.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих платные медицинские услуги, соблюдать Правила внутреннего распорядка медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

3.3.5. Согласовывать со специалистами, оказывающими платные медицинские услуги, употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей и прочего.

Заказчик (Потребитель) имеет право:

3.4.1. Получать платные медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями порядков оказания медицинской помощи, стандартов и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи.

3.4.2. В доступной для него форме получить информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, об установленном диагнозе, о методах лечения, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, об их последствиях, а также о предполагаемых результатах лечения.

3.4.3. Получить у Исполнителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

4. Стоимость платных медицинских услуг и порядок расчетов

4.1. На оказание платных медицинских услуг, предусмотренных настоящим договором, составляется смета, которая является неотъемлемой частью договора (Приложение № 1).

4.2. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю, определяется в соответствии с действующим в медицинской организации Прейскурантом и сметой на предоставление платных медицинских услуг (Приложение № 1).

Заказчику (Потребителю) в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий факт осуществления расчета за предоставленные платные медицинские услуги (кассовый чек или бланк строгой отчетности).

4.4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика (Потребителя).

4.5. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных платных медицинских услуг их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного договора.

4.6. Оплата услуг по договору осуществляется на основании Перечня предоставленных платных медицинских услуг, подписанного Сторонами, наличными денежными средствами или с использованием платежных банковских карт по выбору Заказчика (Потребителя).

4.7. В случае если по каким-либо причинам, независящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю услуг, предусмотренный настоящим договором,

сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Заказчика (Потребителя) удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Заказчиком (Потребителем) по настоящему договору, возвращается ему по заявлению на возврат денежных средств.

4.8. В целях защиты прав Потребителя (в том числе в целях предоставления социального налогового вычета по налогу на доходы физических лиц, предусмотренного подп. 3 п. 1 ст. 219 НК РФ) Исполнитель по заявлению Потребителя (законного представителя Потребителя) при наличии согласия Потребителя или его законного представителя выдает следующие документы, подтверждающие фактические расходы на оказанные платные медицинские услуги:

- копия договора и дополнительных соглашений к нему (в случае заключения дополнительных соглашений);

- документ, подтверждающий фактические расходы на оказанные платные медицинские услуги.

5. Ответственность сторон за невыполнение условий договора

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Заказчиком (Потребителем) неполной информации о здоровье Потребителя в соответствии с п. 3.3.2 настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п. 3.3.4 настоящего договора.

5.4. При наличии в настоящем договоре условий, ущемляющих права Потребителя, которые могут повлечь причинение ему убытков, они подлежат возмещению Исполнителем в полном объеме в соответствии со ст. 13 Закона РФ от 7 февраля 1992 г. № 2300-I "О защите прав потребителей".

Требование Заказчика (Потребителя) о возмещении убытков подлежит удовлетворению в течение десяти дней со дня его предъявления.

5.5. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

6. Конфиденциальность

6.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

6.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

7. Заключительные положения

7.1. При заключении настоящего договора Заказчику (Потребителю) предоставлена следующая информация:

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа). Отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы;

- перечень платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, указанной в п. 2.3 настоящего договора, с указанием цен в рублях;

- сроки ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, в случае участия исполнителя в реализации территориальной программы;

- иная информация, предусмотренная Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.

Заказчик (Потребитель) подтверждает, что на момент заключения настоящего договора ему в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), в соответствии и с учетом которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

- информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (об уровне его профессионального образования и о квалификации);

- другие сведения, относящиеся к предмету договора.

7.3. До заключения настоящего договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя (законного представителя Потребителя) о том, что несоблюдение назначений (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.

Заказчик (Потребитель) уведомлен о том, что в соответствии с ч. 3 ст. 27 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

Заказчик (Потребитель) вправе направить обращение (жалобу) в органы и организацию, указанные в подп. "з" п. 17 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. постановлением Правительства РФ от 30.05.2026 № 659), а именно в:

7.5.1. Территориальный орган Росздравнадзора по г. Санкт-Петербургу и Ленинградской области:

- письменное обращение Вы можете направить почтовым отправлением по адресу: 197342, Санкт-Петербург, ул. Кантемировская, д. 4, лит. А;

- путем заполнения формы обращения на официальном сайте Территориального органа: <https://78reg.roszdravnadzor.ru>;

- обратиться лично в соответствии с графиком личного приема граждан.

7.5.2. Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга:

- письменное обращение Вы можете направить почтовым отправлением адресу: 191023, Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая, д. 1;

- составить письменное обращение в электронном виде через сервис Электронная приемная на официальном портале Администрации Санкт-Петербурга (<https://letters.gov.spb.ru/>);

- дополнительно для письменных обращений граждан в фойе Комитета по здравоохранению на первом этаже по адресу: Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая, д.1 установлен ящик для писем и обращений граждан;

- обратиться лично в соответствии с графиком личного приема граждан.

7.5.3. Филиал Территориального фонда обязательного медицинского страхования. Адрес: 196006, г. Санкт-Петербург, ул. Коли Томчака, д.9, лит. «А» (Московский пр., д.120), тел. (812) 703-73-10, факс (812) 703-73-94, E-mail: tfoms@tfoms.spb.ru.

7.5.4. Управление федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Санкт-Петербургу. Адрес: 191025, г. Санкт-Петербург, ул. Стремянная, д. 19 тел./факс (812)764-42-38, факс (812) 764-55-83.

7.6. При предъявлении Заказчиком (Потребителем) требований, связанных с предоставлением платных медицинских услуг, в том числе при обнаружении недостатков предоставленных платных медицинских услуг, Исполнитель рассматривает и удовлетворяет предъявленные требования (направляет отказ в удовлетворении предъявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей".

7.7. После исполнения настоящего договора Исполнитель выдает Заказчику (Потребителю) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах медицинского обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

7.8. Настоящий договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

Обязательства Исполнителя по оказанию платных медицинских услуг считаются исполненными с момента фактического оказания соответствующей платной медицинской услуги (либо завершения курса лечения - если предметом Договора является курс платных медицинских услуг), что подтверждается медицинской документацией Исполнителя.

7.9. Потребитель (законный представитель Потребителя) дает свободно, своей волей и в своем интересе согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения настоящего договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.

7.10. В случае отказа Заказчика (Потребителя) после заключения договора от получения платных медицинских услуг настоящий договор прекращается, при этом Заказчик (Потребитель) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7.11. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Заказчика (Потребителя).

7.12. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

Приложение № 1 «Смета на предоставление платных медицинских услуг».

8. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:	Потребитель (Заказчик):
--------------	-------------------------

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 44» Юридический и почтовый адрес: 192071, г. Санкт-Петербург, ул. Будапештская, д. 20, к. 1, литера А Контактный телефон: т. 246-23-96 ИНН 7816040748 КПП 781601001 ОГРН 1037835000312 Получатель: Комитет Финансов Санкт-Петербурга (СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44», л/с 0661009) Банк получателя: ОКЦ № 1 Северо-Западное ГУ Банка России//УФК по г. Санкт-Петербургу, г. Санкт-Петербург БИК 014030106 Расчетный счет: 032246434000000007200 Корреспондирующий счет: ОКПО 34357736 ОКТМО 40904000 ОКОПФ 75203 ОКАТО 40296	
	_____, (фамилия, имя и отчество)
	проживающий(ая) по адресу:
	(адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения)
	(адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения)
	паспорт:
(данные документа, удостоверяющего личность)	
телефон:	
/	/
(подпись)	(ФИО)

Смета на предоставление платных медицинских услуг

№ п/п	Наименование услуг (Перечень платных медицинских услуг)	Код услуги	Код отраслевой классификации	Стоимость за единицу, руб.	Кол-во	Сумма, руб.

Исполнитель: Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 44» Юридический и почтовый адрес: 192071, г. Санкт-Петербург, ул. Будапештская, д. 20, к. 1, литера А Контактный телефон: т. 246-23-96 ИНН 7816040748 КПП 781601001 ОГРН 1037835000312 Получатель: Комитет Финансов Санкт-Петербурга (СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44», л/с 0661009) Банк получателя: ОКИЦ № 1 Северо-Западное ГУ Банка России//УФК по г. Санкт-Петербургу, г. Санкт-Петербург БИК 014030106 Расчетный счет: 032246434000000007200 Корреспондирующий счет: ОКПО 34357736 ОКТМО 40904000 ОКОПФ 75203 ОКАТО 40296 _____/_____/_____ (подпись) (ФИО)	Потребитель (Заказчик): _____, (фамилия, имя и отчество) проживающий(ая) по адресу: _____ (адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения) _____ (адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения) паспорт: _____ _____ (данные документа, удостоверяющего личность) телефон: _____ _____/_____/_____ (подпись) (ФИО)
---	--

**Информированное добровольное согласие пациента на получение платных
медицинских услуг**

Я, _____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____,

в соответствии с положениями статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" даю информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в **Детском поликлиническом отделении № 41 СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44»**.

Я ознакомлен(а) с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 30 мая 2026 г. № 659, и действующим прейскурантом цен на медицинские услуги в **СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44»**.

Мне разъяснено и понятно мое право на получение 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.

Мне разъяснены в доступной для меня форме цели, медицинские мероприятия, проводимые в рамках предоставления платных медицинских услуг, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я получил(а) информацию об альтернативных методах обследования (лечения), а также об их примерной стоимости.

Мне предоставлена информация о:

- перечне предоставляемых платных медицинских услуг с учетом номенклатуры медицинских услуг, с указанием цен в рублях;
- сроках ожидания медицинской помощи, оказываемой без взимания платы в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы;
- стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основе которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги;
- медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и о квалификации;
- графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- образце договора;
- перечне категорий потребителей, имеющих право на получение льгот, а также перечне льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг, в случае их установления исполнителем;
- адресе и номере телефона учредителя, исполнительного органа субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Мне разъяснено, что перечень предоставляемых платных медицинских услуг, включаемый в договор на предоставление платных медицинских услуг, подразумевает оказание медицинских услуг в полном объеме стандарта медицинской помощи и по моей просьбе медицинские услуги могут быть оказаны в виде осуществления отдельных

консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Я проинформирован(а) и понимаю, что обязан(а) соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период моей временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинской организации.

Я уведомлен(а) и понимаю, что несоблюдение назначений (рекомендаций) 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 моего здоровья.

Я изъявляю желание заключить договор на предоставление платных медицинских услуг с СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44».

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья:

_____, контактный телефон _____;
(фамилия, имя и отчество (при наличии))

_____, контактный телефон _____.
(фамилия, имя и отчество (при наличии))

Информацию до пациента довел:

_____.
(подпись) (фамилия, имя и отчество (при наличии) врача)

«___» _____ 202__ г.

Пациент (законный представитель):

_____.
(подпись) (фамилия, имя и отчество (при наличии))

«___» _____ 202__ г.

**Дополнительное соглашение № _____
к договору № _____ от «____» _____ 202__ г.
на предоставление платных медицинских услуг
в Детском поликлиническом отделении № 41
СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44»**

г. Санкт-Петербург

«____» _____ 202__ г.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 44» (СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44»), именуемое в дальнейшем "Исполнитель" действующее в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности (рег. № ЛО41-01148-78/00328573) от 26.03.2019 в лице

действующей(его) на основании доверенности № _____ от _____, с одной стороны, и _____,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя потребителя) именуемый(ая) в дальнейшем "Заказчик", а вместе именуемые "Стороны", заключили настоящее дополнительное соглашение к договору на оказание платных медицинских услуг № _____ от «____» _____ 202__ г. (далее – договор) об оказании дополнительных платных медицинских услуг о нижеследующем:

1. Смета на предоставление дополнительных платных медицинских услуг:

№ п/п	Наименование услуг (Перечень платных медицинских услуг)	Код услуги	Код отраслевой классификации	Стоимость за единицу, руб.	Кол-во	Сумма, руб.

2. Во всем остальном, что не предусмотрено условиями настоящего Дополнительного соглашения, стороны руководствуются условиями договора и действующими приложениями к нему.

3. Настоящее Дополнительное соглашение вступает в действие с момента подписания и является неотъемлемой частью договора, составлено в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

4. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:	Потребитель (Заказчик):
Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 44»	
Юридический и почтовый адрес: 192071, г. Санкт-Петербург, ул. Будапештская, д. 20, к. 1, литера А	
Контактный телефон: т. 246-23-96	_____ (фамилия, имя и отчество) проживающий(ая) по адресу:
ИНН 7816040748 КПП 781601001	
ОГРН 1037835000312	
Получатель: Комитет Финансов	_____ (адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения)

Санкт-Петербурга (СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44», л/с 0661009) Банк получателя: ОКЦ № 1 Северо-Западное ГУ Банка России//УФК по г. Санкт-Петербургу, г. Санкт-Петербург БИК 014030106 Расчетный счет: 032246434000000007200 Корреспондирующий счет: ОКПО 34357736 ОКТМО 40904000 ОКОПФ 75203 ОКАТО 40296	
	(адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения) паспорт:
	(данные документа, удостоверяющего личность) телефон:
	_____ / _____ / (подпись) (ФИО)

Акт сдачи-приемки
к договору № ____ от « ____ » _____ 202__ г.
на предоставление платных медицинских услуг
в Детском поликлиническом отделении № 41
СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44»

г. Санкт-Петербург

« ____ » _____ 202__ г.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 44» (СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44»), именуемое в дальнейшем "Исполнитель" действующее в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности (рег. № ЛО41-01148-78/00328573) от 26.03.2019 в лице

_____,
действующей(его) на основании доверенности № ____ от _____, с одной стороны, и _____,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя потребителя)
именуемый(ая) в дальнейшем "Заказчик", а вместе именуемые "Стороны", составили настоящий акт сдачи-приемки к договору на оказание платных медицинских услуг № ____ от « ____ » _____ 202__ г. (далее – договор) о нижеследующем:

1. В соответствии с условиями Договора Исполнитель оказал, а Заказчик (Потребитель) принял следующие платные медицинские услуги:

№ п/п	Наименование услуг (Перечень платных медицинских услуг)	Код услуги	Код отраслевой классификации	Стоимость за единицу, руб.	Кол-во	Сумма, руб.

2. Сумма оказанных платных медицинских услуг составляет _____ (_____) руб. НДС не облагается.

3. Платные медицинские услуги оказаны в соответствии с требованиями стандартов и требований к медицинским услугам на территории Российской Федерации, в установленные сроки, в полном объеме и с надлежащим качеством. Претензий друг к другу стороны не имеют.

4. Настоящий акт сдачи-приемки составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон и является неотъемлемой частью договора.

5. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:	Потребитель (Заказчик):
Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 44»	_____
Юридический и почтовый адрес:	_____
192071, г. Санкт-Петербург, ул.	(фамилия, имя и отчество)
Будапештская, д. 20, к. 1, литера А	проживающий(ая) по адресу:
Контактный телефон: т. 246-23-96	_____
ИНН 7816040748 КПП 781601001	_____

ОГРН 1037835000312 Получатель: Комитет Финансов Санкт-Петербурга (СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44», л/с 0661009) Банк получателя: ОКЦ № 1 Северо- Западное ГУ Банка России//УФК по г. Санкт-Петербургу, г. Санкт-Петербург БИК 014030106 Расчетный счет: 032246434000000007200 Корреспондирующий счет: ОКПО 34357736 ОКТМО 40904000 ОКОПФ 75203 ОКАТО 40296 _____/_____ (подпись) (ФИО)	(адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения)
	_____ (адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения) паспорт:
	_____ (данные документа, удостоверяющего личность) телефон:
	_____ (подпись) (ФИО)

Договор № _____
на предоставление платных медицинских услуг
в Женской консультации № 19 СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44»

г. Санкт-Петербург

_____» _____ 202__г.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 44» (СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44»), именуемое в дальнейшем "Исполнитель" действующее в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности (рег. № ЛО41-01148-78/00328573) от 26.03.2019 в лице

_____,
действующей(его) на основании доверенности № _____ от _____, с одной стороны, и _____,

(фамилия, имя и отчество (при наличии))

именуемый(ая) в дальнейшем "Потребитель", с другой стороны, и _____,

(фамилия, имя, отчество (при наличии)/законного представителя потребителя)

именуемый(ая) в дальнейшем "Заказчик", а вместе именуемые "Стороны", заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Общие положения

1.1. В рамках настоящего договора используются следующие основные понятия:

"**платные медицинские услуги**" - медицинские услуги, предоставляемые гражданам за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров по желанию граждан при оказании медицинской помощи;

"**потребитель**" - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором.

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

"**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;

"**исполнитель**" - медицинская организация СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44», предоставляющая платные медицинские услуги в соответствии с договором.

1.2. Платные медицинские услуги (работы) предоставляются Исполнителем в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности регистрационный номер: ЛО41-01148-78/00328573 от 26.03.2019, выданной Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга, действует бессрочно (далее - лицензия).

1.3. Перечень выполняемых (оказываемых) предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указанных в едином реестре лицензий Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, в рамках предоставляемых в соответствии с договором платных медицинских услуг в **Женской консультации № 19** по адресу: **192241, г. Санкт-Петербург, ул. Пражская, дом 12, к. 1, лит. А.**

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу, лечебной физкультуре,

медицинской статистике, сестринскому делу, физиотерапии, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности), косметологии, лечебной физкультуре, медицинской статистике, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, рефлексотерапии, спортивной медицине, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, эндокринологии, эндоскопии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности). При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности, экспертизе качества медицинской помощи. При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам профилактическим.

2. Предмет договора

2.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется предоставить платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям настоящего договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к таким услугам, а Потребитель (Заказчик) обязуется оплатить оказанные услуги в размере, порядке и сроки, установленные настоящим договором.

Оказание платных медицинских услуг с применением телемедицинских технологий осуществляется в соответствии с порядком, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации.

2.2. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается:

- в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;
- в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, и обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми исполнителями;
- на основе клинических рекомендаций;
- с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - стандарты медицинской помощи).

2.3. Платные медицинские услуги предоставляются с учетом номенклатуры медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе потребителя (законного представителя Потребителя) в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи. Просьба Потребителя (законного представителя Потребителя) оформляется в форме его письменного согласия.

2.4. Получателем платных медицинских услуг является Потребитель -

(фамилия, имя и отчество (при наличии))

2.5. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством в сфере охраны здоровья.

2.6. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, является неотъемлемой частью настоящего договора.

2.7. При направлении Потребителя лечащим врачом на консультацию, диагностическое исследование или госпитализацию при отсутствии экстренных показаний срок ожидания медицинской услуги не должен превышать **14 рабочих дней**. Порядок фиксирования очередности устанавливается **заведующим женской консультацией-врачом-акушер-гинекологом**.

2.8. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

2.9. Платные медицинские услуги предоставляются Потребителю в сроки, согласованные Сторонами с учетом характера заболевания (состояния), медицинских показаний, объема необходимых медицинских услуг, режима работы Исполнителя и требований действующего законодательства Российской Федерации.

Дата и время оказания платных медицинских услуг определяются по предварительной записи либо непосредственно при обращении Потребителя (Заказчика), если иное не предусмотрено условиями настоящего Договора.

2.10. Если оказание платных медицинских услуг осуществляется курсом либо в несколько этапов, сроки их оказания определяются индивидуальным планом лечения, медицинской документацией и (или) графиком посещений, согласованным с Потребителем (Заказчиком).

2.11. В случае возникновения обстоятельств, препятствующих оказанию платных медицинских услуг в согласованный срок (в том числе по медицинским показаниям, вследствие временной нетрудоспособности медицинского работника, неисправности медицинского оборудования, обстоятельств непреодолимой силы либо по инициативе Потребителя (Заказчика), срок оказания услуг подлежит изменению по соглашению Сторон.

3. Права и обязанности сторон

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в полном объеме с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.1.2. Предоставить Потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме следующую информацию:

- о состоянии его здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, об установленном диагнозе, о методах лечения, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, об их последствиях, а также о предполагаемых результатах лечения;

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их службы (сроках годности), медицинских показаниях (медицинских противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

3.1.3. Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления платных медицинских услуг по настоящему договору.

3.1.4. При предоставлении платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством в сфере охраны здоровья требования к ведению медицинской документации, порядку заполнения и срокам представления форм статистического учета и отчетности в сфере здравоохранения, а также к передаче сведений в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения в соответствии с требованиями законодательства.

3.1.5. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, а также денежных средств, поступивших от Потребителя (Заказчика).

3.1.6. Немедленно извещать Потребителя (Заказчика) о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания платных медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора. Дополнительные платные медицинские услуги при необходимости их оказания предоставляются в случае оказания Потребителю стационарной помощи - на основании дополнительного соглашения к настоящему договору, в иных случаях - на основании отдельно заключаемого договора.

3.1.7. Предоставить в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

3.2. Исполнитель вправе:

3.2.1. При выявлении у Потребителя противопоказаний к проведению лечебных и диагностических мероприятий отказать в их проведении.

3.2.2. Требовать от Потребителя соблюдения:

- графика прохождения процедур;
- режима при приеме лекарственных препаратов;
- назначений, рекомендаций специалистов;
- лечебно-охранительного режима;
- правил внутреннего распорядка лечебного учреждения;
- правил техники безопасности и пожарной безопасности.

3.2.3. Отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем правил внутреннего распорядка лечебного учреждения, рекомендаций и назначений специалистов и нарушении режима работы учреждения.

3.2.4. Использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Потребителя, достаточных для его идентификации.

3.3. Потребитель (Заказчик) обязуется:

3.3.1. Оплатить предоставляемые Исполнителем платные медицинские услуги в порядке и сроки, которые установлены настоящим договором, заключенным с Исполнителем, с учетом положений ст. 16.1 и 37 Закон Российской Федерации от 7 февраля 1992 года № 2300-1 "О защите прав потребителей".

3.3.2. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

3.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему договору.

3.3.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих платные медицинские услуги, соблюдать Правила внутреннего

распорядка медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

3.3.5. Согласовывать со специалистами, оказывающими платные медицинские услуги, употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей и прочего.

3.4. Потребитель (Заказчик) имеет право:

3.4.1. Получать платные медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями порядков оказания медицинской помощи, стандартов и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи.

3.4.2. В доступной для него форме получить информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, об установленном диагнозе, о методах лечения, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, об их последствиях, а также о предполагаемых результатах лечения.

3.4.3. Получить у Исполнителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

4. Стоимость платных медицинских услуг и порядок расчетов

4.1. На оказание платных медицинских услуг, предусмотренных настоящим договором, составляется смета, которая является неотъемлемой частью договора (Приложение № 1).

4.2. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю, определяется в соответствии с действующим в медицинской организации Прейскурантом и сметой на предоставление платных медицинских услуг (Приложение № 1).

4.3. Потребителю (Заказчику) в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий факт осуществления расчета за предоставленные платные медицинские услуги (кассовый чек или бланк строгой отчетности).

4.4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя (Заказчика).

4.5. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных платных медицинских услуг их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного договора.

4.6. Оплата услуг по договору осуществляется на основании Перечня предоставленных платных медицинских услуг, подписанного Сторонами, наличными денежными средствами или с использованием платежных банковских карт по выбору Потребителя (Заказчика).

4.7. В случае если по каким-либо причинам, независящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Потребителя (Заказчика) удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Потребителем (Заказчиком) по настоящему договору, возвращается ему по заявлению на возврат денежных средств.

4.8. В целях защиты прав Потребителя (в том числе в целях предоставления социального налогового вычета по налогу на доходы физических лиц, предусмотренного подп. 3 п. 1 ст. 219 НК РФ) Исполнитель по заявлению Потребителя (законного представителя Потребителя) при наличии согласия Потребителя или его законного представителя выдает следующие документы, подтверждающие фактические расходы на оказанные платные медицинские услуги:

- копия договора и дополнительных соглашений к нему (в случае заключения дополнительных соглашений);
- документ, подтверждающий фактические расходы на оказанные платные медицинские услуги.

5. Ответственность сторон за невыполнение условий договора

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Потребителем (Заказчиком) неполной информации о своем здоровье (здоровье Потребителя) в соответствии с п. 3.3.2 настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п. 3.3.4 настоящего договора.

5.4. При наличии в настоящем договоре условий, ущемляющих права Потребителя, которые могут повлечь причинение ему убытков, они подлежат возмещению Исполнителем в полном объеме в соответствии со ст. 13 Закона РФ от 7 февраля 1992 г. № 2300-I "О защите прав потребителей".

Требование Потребителя (Заказчика) о возмещении убытков подлежит удовлетворению в течение десяти дней со дня его предъявления.

5.5. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

6. Конфиденциальность

6.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

6.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

7. Заключительные положения

7.1. При заключении настоящего договора Потребителю (Заказчику) предоставлена следующая информация:

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее -

территориальная программа). Отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы;

- перечень платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, указанной в п. 2.3 настоящего договора, с указанием цен в рублях;

- сроки ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, в случае участия исполнителя в реализации территориальной программы;

- иная информация, предусмотренная Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.

7.2. Потребитель (Заказчик) подтверждает, что на момент заключения настоящего договора ему в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), в соответствии и с учетом которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

- информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (об уровне его профессионального образования и о квалификации);

- другие сведения, относящиеся к предмету договора.

7.3. До заключения настоящего договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя (законного представителя Потребителя) о том, что несоблюдение назначений (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.

7.4. Потребитель (Заказчик) уведомлен о том, что в соответствии с ч. 3 ст. 27 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

7.5. Потребитель (Заказчик) вправе направить обращение (жалобу) в органы и организацию, указанные в подп. "з" п. 17 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. постановлением Правительства РФ от 30.05.2026 № 659), а именно в:

7.5.1. Территориальный орган Росздравнадзора по г. Санкт-Петербургу и Ленинградской области:

- письменное обращение Вы можете направить почтовым отправлением по адресу: 197342, Санкт-Петербург, ул. Кантемировская, д. 4, лит. А;

- путем заполнения формы обращения на официальном сайте Территориального органа: <https://78reg.roszdravnadzor.ru>;

- обратиться лично в соответствии с графиком личного приема граждан.

7.5.2. Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга:

- письменное обращение Вы можете направить почтовым отправлением адресу: 191023, Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая, д. 1;

- составить письменное обращение в электронном виде через сервис Электронная приемная на официальном портале Администрации Санкт-Петербурга (<https://letters.gov.spb.ru/>);

- дополнительно для письменных обращений граждан в фойе Комитета по здравоохранению на первом этаже по адресу: Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая, д.1 установлен ящик для писем и обращений граждан;

- обратиться лично в соответствии с графиком личного приема граждан.

7.5.3. Филиал Территориального фонда обязательного медицинского страхования. Адрес: 196006, г. Санкт-Петербург, ул. Коли Томчака, д.9, лит. «А» (Московский пр., д.120), тел. (812) 703-73-10, факс (812) 703-73-94, E-mail: tfoms@tfoms.spb.ru.

7.5.4. Управление федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Санкт-Петербургу. Адрес: 191025, г. Санкт-Петербург, ул. Стремянная, д. 19 тел./факс (812)764-42-38, факс (812) 764-55-83.

7.6. При предъявлении Потребителем (Заказчиком) требований, связанных с предоставлением платных медицинских услуг, в том числе при обнаружении недостатков предоставленных платных медицинских услуг, Исполнитель рассматривает и удовлетворяет предъявленные требования (направляет отказ в удовлетворении предъявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей".

7.7. После исполнения настоящего договора Исполнитель выдает Потребителю (Заказчику) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах медицинского обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

7.8. Настоящий договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

Обязательства Исполнителя по оказанию платных медицинских услуг считаются исполненными с момента фактического оказания соответствующей платной медицинской услуги (либо завершения курса лечения - если предметом Договора является курс платных медицинских услуг), что подтверждается медицинской документацией Исполнителя.

7.9. Потребитель (законный представитель Потребителя) дает свободно, своей волей и в своем интересе согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения настоящего договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.

7.10. В случае отказа Потребителя (Заказчика) после заключения договора от получения платных медицинских услуг настоящий договор прекращается, при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7.11. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Потребителя (Заказчика).

7.12. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

Приложение № 1 «Смета на предоставление платных медицинских услуг».

8. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:	Потребитель (Заказчик):
Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 44»	
Юридический и почтовый адрес:	_____, (фамилия, имя и отчество)

192071, г. Санкт-Петербург, ул. Будапештская, д. 20, к. 1, литера А Контактный телефон: т. 246-23-96	проживающий(ая) по адресу:
ИНН 7816040748 КПП 781601001 ОГРН 1037835000312	(адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения)
Получатель: Комитет Финансов Санкт-Петербурга (СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44», л/с 0661009)	(адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения)
Банк получателя: ОКЦ № 1 Северо- Западное ГУ Банка России//УФК по г. Санкт-Петербургу, г. Санкт-Петербург БИК 014030106	паспорт:
Расчетный счет: 03224643400000007200 Корреспондирующий счет:	(данные документа, удостоверяющего личность) телефон:
ОКПО 34357736 ОКТМО 40904000 ОКОПФ 75203 ОКАТО 40296	
_____/_____ (подпись) (ФИО)	_____/_____ (подпись) (ФИО)

Смета на предоставление платных медицинских услуг

№ п/п	Наименование услуг (Перечень платных медицинских услуг)	Код услуги	Код отраслевой классификации	Стоимость за единицу, руб.	Кол-во	Сумма, руб.

Исполнитель: Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 44» Юридический и почтовый адрес: 192071, г. Санкт-Петербург, ул. Будапештская, д. 20, к. 1, литера А Контактный телефон: т. 246-23-96 ИНН 7816040748 КПП 781601001 ОГРН 1037835000312 Получатель: Комитет Финансов Санкт-Петербурга (СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44», л/с 0661009) Банк получателя: ОКЦ № 1 Северо-Западное ГУ Банка России//УФК по г. Санкт-Петербургу, г. Санкт-Петербург БИК 014030106 Расчетный счет: 032246434000000007200 Корреспондирующий счет: ОКПО 34357736 ОКТМО 40904000 ОКОПФ 75203 ОКАТО 40296 _____/_____/_____ (подпись) (ФИО)	Потребитель (Заказчик): _____, (фамилия, имя и отчество) проживающий(ая) по адресу: _____ (адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения) _____ (адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения) паспорт: _____ _____ (данные документа, удостоверяющего личность) телефон: _____ _____/_____/_____ (подпись) (ФИО)
--	--

Информированное добровольное согласие пациента на получение платных медицинских услуг

Я, _____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____,

в соответствии с положениями статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" даю информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в **Женской консультации № 19 СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44»**.

Я ознакомлен(а) с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 30 мая 2026 г. № 659, и действующим прейскурантом цен на медицинские услуги в **СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44»**.

Мне разъяснено и понятно мое право на получение 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.

Мне разъяснены в доступной для меня форме цели, медицинские мероприятия, проводимые в рамках предоставления платных медицинских услуг, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я получил(а) информацию об альтернативных методах обследования (лечения), а также об их примерной стоимости.

Мне предоставлена информация о:

- перечне предоставляемых платных медицинских услуг с учетом номенклатуры медицинских услуг, с указанием цен в рублях;
- сроках ожидания медицинской помощи, оказываемой без взимания платы в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы;
- стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основе которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги;
- медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и о квалификации;
- графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- образце договора;
- перечне категорий потребителей, имеющих право на получение льгот, а также перечне льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг, в случае их установления исполнителем;
- адресе и номере телефона учредителя, исполнительного органа субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Мне разъяснено, что перечень предоставляемых платных медицинских услуг, включаемый в договор на предоставление платных медицинских услуг, подразумевает оказание медицинских услуг в полном объеме стандарта медицинской помощи и по моей просьбе медицинские услуги могут быть оказаны в виде осуществления отдельных

консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Я проинформирован(а) и понимаю, что обязан(а) соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период моей временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинской организации.

Я уведомлен(а) и понимаю, что несоблюдение назначений (рекомендаций) 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 моего здоровья.

Я изъявляю желание заключить договор на предоставление платных медицинских услуг с СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44».

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья:

, контактный телефон _____;

(фамилия, имя и отчество (при наличии))

_____, контактный телефон _____.

(фамилия, имя и отчество (при наличии))

Информацию до пациента довел:

(подпись) (фамилия, имя и отчество (при наличии) врача)

« ____ » _____ 202__ г.

Пациент (законный представитель):

(подпись) (фамилия, имя и отчество (при наличии))

« ____ » _____ 202__ г.

Дополнительное соглашение № _____
к договору № _____ от «_____» _____ 202__ г.
на предоставление платных медицинских услуг в Женской консультации № 19
СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44»

г. Санкт-Петербург

«_____» _____ 202__ г.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 44» (СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44»), именуемое в дальнейшем "Исполнитель" действующее в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности (рег. № ЛО41-01148-78/00328573) от 26.03.2019 в лице

_____,
действующей(его) на основании доверенности № _____ от _____, с одной
стороны, и _____,

(фамилия, имя и отчество (при наличии))
именуемый(ая) в дальнейшем "Потребитель", с другой стороны, и _____,

(фамилия, имя, отчество (при наличии)/законного представителя потребителя)
именуемый(ая) в дальнейшем "Заказчик", а вместе именуемые "Стороны", заключили
настоящее дополнительное соглашение к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «_____» _____ 202__ г. (далее – договор) об оказании дополнительных платных
медицинских услуг о нижеследующем:

1. Смета на предоставление дополнительных платных медицинских услуг

№ п/п	Наименование услуг (Перечень платных медицинских услуг)	Код услуги	Код отраслевой классификации	Стоимость за единицу, руб.	Кол-во	Сумма, руб.

2. Во всем остальном, что не предусмотрено условиями настоящего Дополнительного соглашения, стороны руководствуются условиями договора и действующими приложениями к нему.

3. Настоящее Дополнительное соглашение вступает в действие с момента подписания и является неотъемлемой частью договора, составлено в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

4. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:	Потребитель (Заказчик):
Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 44» Юридический и почтовый адрес: 192071, г. Санкт-Петербург, ул. Будапештская, д. 20, к. 1, литера А Контактный телефон: т. 246-23-96	
	_____, (фамилия, имя и отчество)
	проживающий(ая) по адресу:

ИНН 7816040748 КПП 781601001 ОГРН 1037835000312 Получатель: Комитет Финансов Санкт-Петербурга (СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44», л/с 0661009) Банк получателя: ОКЦ № 1 Северо- Западное ГУ Банка России//УФК по г. Санкт-Петербургу, г. Санкт-Петербург БИК 014030106 Расчетный счет: 032246434000000007200 Корреспондирующий счет: ОКПО 34357736 ОКТМО 40904000 ОКОПФ 75203 ОКАТО 40296 _____/_____ (подпись) (ФИО)	(адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения)
	_____ (адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения) паспорт:
	_____ (данные документа, удостоверяющего личность) телефон:

	_____/_____ (подпись) (ФИО)

Акт сдачи-приемки
к договору № ____ от «____» _____ 202__ г.
на предоставление платных медицинских услуг в Женской консультации № 19
СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44»

г. Санкт-Петербург

«____» _____ 202__ г.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 44» (СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44»), именуемое в дальнейшем "Исполнитель" действующее в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности (рег. № ЛО41-01148-78/00328573) от 26.03.2019 в лице

_____,
действующей(его) на основании доверенности № ____ от _____, с одной
стороны, и _____,

(фамилия, имя и отчество (при наличии))

именуемый(ая) в дальнейшем "Потребитель", с другой стороны, и _____,

(фамилия, имя, отчество (при наличии)/законного представителя потребителя)

именуемый(ая) в дальнейшем "Заказчик", а вместе именуемые "Стороны", составили
настоящий акт сдачи-приемки к договору на оказание платных медицинских услуг № ____
от «____» _____ 202__ г. (далее – договор) о нижеследующем:

1. В соответствии с условиями Договора Исполнитель оказал, а Потребитель (Заказчик) принял следующие платные медицинские услуги:

№ п/п	Наименование услуг (Перечень платных медицинских услуг)	Код услуги	Код отраслевой классификации	Стоимость за единицу, руб.	Кол-во	Сумма, руб.

2. Сумма оказанных платных медицинских услуг составляет _____
(_____) руб. НДС не облагается.

3. Платные медицинские услуги оказаны в соответствии с требованиями стандартов и требований к медицинским услугам на территории Российской Федерации, в установленные сроки, в полном объеме и с надлежащим качеством. Претензий друг к другу стороны не имеют.

4. Настоящий акт сдачи-приемки составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон и является неотъемлемой частью договора.

5. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:	Потребитель (Заказчик):
Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 44»	_____
Юридический и почтовый адрес: 192071, г. Санкт-Петербург, ул. Будапештская, д. 20, к. 1, литера А	(фамилия, имя и отчество)
Контактный телефон: т. 246-23-96	проживающий(ая) по адресу:

ИНН 7816040748 КПП 781601001 ОГРН 1037835000312 Получатель: Комитет Финансов Санкт-Петербурга (СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44», л/с 0661009) Банк получателя: ОКЦ № 1 Северо- Западное ГУ Банка России//УФК по г. Санкт-Петербургу, г. Санкт-Петербург БИК 014030106 Расчетный счет: 032246434000000007200 Корреспондирующий счет: ОКПО 34357736 ОКТМО 40904000 ОКОПФ 75203 ОКАТО 40296 _____/_____ (подпись) (ФИО)	
	_____ (адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения)
	_____ (адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения) паспорт:
	_____ (данные документа, удостоверяющего личность) телефон:
	_____/_____ (подпись) (ФИО)

Договор № _____
на предоставление платных медицинских услуг
в Поликлиническом отделении № 82 СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44»

г. Санкт-Петербург _____» _____ 202__ г.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 44» (СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44»), именуемое в дальнейшем "Исполнитель" действующее в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности (рег. № ЛО41-01148-78/00328573) от 26.03.2019 в лице

_____,
действующей(его) на основании доверенности № _____ от _____, с одной стороны, и _____,

(фамилия, имя и отчество (при наличии))

именуемый(ая) в дальнейшем "Потребитель", с другой стороны, и _____,

(фамилия, имя, отчество (при наличии)/законного представителя потребителя)

именуемый(ая) в дальнейшем "Заказчик", а вместе именуемые "Стороны", заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Общие положения

1.1. В рамках настоящего договора используются следующие основные понятия:

"**платные медицинские услуги**" - медицинские услуги, предоставляемые гражданам за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров по желанию граждан при оказании медицинской помощи;

"**потребитель**" - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором.

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

"**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;

"**исполнитель**" - медицинская организация СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44», предоставляющая платные медицинские услуги в соответствии с договором.

1.2. Платные медицинские услуги (работы) предоставляются Исполнителем в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности регистрационный номер: ЛО41-01148-78/00328573 от 26.03.2019, выданной Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга, действует бессрочно (далее - лицензия).

1.3. Перечень выполняемых (оказываемых) предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указанных в едином реестре лицензий Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, в рамках предоставляемых в соответствии с договором платных медицинских услуг в Поликлиническом отделении № по адресу: 192212, г. Санкт-Петербург, ул. Турку, дом 5/13, лит. А, пом. 11 Н.

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу, медицинской статистике,

медицинскому массажу, сестринскому делу, стоматологии профилактической, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, терапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: гастроэнтерологии, дерматовенерологии, кардиологии, мануальной терапии, медицинской статистике, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, рефлексотерапии, стоматологии терапевтической, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии, эндоскопии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: неврологии. При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности, экспертизе качества медицинской помощи. При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым), медицинским осмотрам профилактическим.

2. Предмет договора

2.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется предоставить платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям настоящего договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к таким услугам, а Потребитель (Заказчик) обязуется оплатить оказанные услуги в размере, порядке и сроки, установленные настоящим договором.

Оказание платных медицинских услуг с применением телемедицинских технологий осуществляется в соответствии с порядком, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации.

2.2. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается:

- в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

- в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, и обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми исполнителями;

- на основе клинических рекомендаций;

- с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - стандарты медицинской помощи).

2.3. Платные медицинские услуги предоставляются с учетом номенклатуры медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе потребителя (законного представителя Потребителя) в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи. Просьба Потребителя (законного представителя Потребителя) оформляется в форме его письменного согласия.

2.4. Получателем платных медицинских услуг является Потребитель -

(фамилия, имя и отчество (при наличии))

2.5. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством в сфере охраны здоровья.

2.6. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, является неотъемлемой частью настоящего договора.

2.7. При направлении Потребителя лечащим врачом на консультацию, диагностическое исследование или госпитализацию при отсутствии экстренных показаний срок ожидания медицинской услуги не должен превышать **14 рабочих дней**. Порядок фиксирования очередности устанавливается **заведующим поликлиническим отделением-врачом-неврологом**.

2.8. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

2.9. Платные медицинские услуги предоставляются Потребителю в сроки, согласованные Сторонами с учетом характера заболевания (состояния), медицинских показаний, объема необходимых медицинских услуг, режима работы Исполнителя и требований действующего законодательства Российской Федерации.

Дата и время оказания платных медицинских услуг определяются по предварительной записи либо непосредственно при обращении Потребителя (Заказчика), если иное не предусмотрено условиями настоящего Договора.

2.10. Если оказание платных медицинских услуг осуществляется курсом либо в несколько этапов, сроки их оказания определяются индивидуальным планом лечения, медицинской документацией и (или) графиком посещений, согласованным с Потребителем (Заказчиком).

11. В случае возникновения обстоятельств, препятствующих оказанию платных медицинских услуг в согласованный срок (в том числе по медицинским показаниям, вследствие временной нетрудоспособности медицинского работника, неисправности медицинского оборудования, обстоятельств непреодолимой силы либо по инициативе Потребителя (Заказчика), срок оказания услуг подлежит изменению по соглашению Сторон.

3. Права и обязанности сторон

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в полном объеме с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.1.2. Предоставить Потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме следующую информацию:

- о состоянии его здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, об установленном диагнозе, о методах лечения, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, об их последствиях, а также о предполагаемых результатах лечения;

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их службы (сроках годности), медицинских показаниях (медицинских противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

3.1.3. Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления платных медицинских услуг по настоящему договору.

3.1.4. При предоставлении платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством в сфере охраны здоровья требования к ведению медицинской документации, порядку заполнения и срокам представления форм статистического учета и отчетности в сфере здравоохранения, а также к передаче сведений в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения в соответствии с требованиями законодательства.

3.1.5. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, а также денежных средств, поступивших от Потребителя (Заказчика).

3.1.6. Немедленно извещать Потребителя (Заказчика) о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания платных медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора. Дополнительные платные медицинские услуги при необходимости их оказания предоставляются в случае оказания Потребителю стационарной помощи - на основании дополнительного соглашения к настоящему договору, в иных случаях - на основании отдельно заключаемого договора.

3.1.7. Предоставить в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

3.2. Исполнитель вправе:

3.2.1. При выявлении у Потребителя противопоказаний к проведению лечебных и диагностических мероприятий отказать в их проведении.

3.2.2. Требовать от Потребителя соблюдения:

- графика прохождения процедур;
- режима при приеме лекарственных препаратов;
- назначений, рекомендаций специалистов;
- лечебно-охранительного режима;
- правил внутреннего распорядка лечебного учреждения;
- правил техники безопасности и пожарной безопасности.

3.2.3. Отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем правил внутреннего распорядка лечебного учреждения, рекомендаций и назначений специалистов и нарушении режима работы учреждения.

3.2.4. Использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Потребителя, достаточных для его идентификации.

3.3. Потребитель (Заказчик) обязуется:

3.3.1. Оплатить предоставляемые Исполнителем платные медицинские услуги в порядке и сроки, которые установлены настоящим договором, заключенным с Исполнителем, с учетом положений ст. 16.1 и 37 Закон Российской Федерации от 7 февраля 1992 года № 2300-1 "О защите прав потребителей".

3.3.2. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

3.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему договору.

3.3.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих платные медицинские услуги, соблюдать Правила внутреннего

распорядка медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

3.3.5. Согласовывать со специалистами, оказывающими платные медицинские услуги, употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей и прочего.

3.4. Потребитель (Заказчик) имеет право:

3.4.1. Получать платные медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями порядков оказания медицинской помощи, стандартов и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи.

3.4.2. В доступной для него форме получить информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, об установленном диагнозе, о методах лечения, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, об их последствиях, а также о предполагаемых результатах лечения.

3.4.3. Получить у Исполнителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

4. Стоимость платных медицинских услуг и порядок расчетов

4.1. На оказание платных медицинских услуг, предусмотренных настоящим договором, составляется смета, которая является неотъемлемой частью договора (Приложение № 1).

4.2. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю, определяется в соответствии с действующим в медицинской организации Прейскурантом и сметой на предоставление платных медицинских услуг (Приложение № 1).

4.3. Потребителю (Заказчику) в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий факт осуществления расчета за предоставленные платные медицинские услуги (кассовый чек или бланк строгой отчетности).

4.4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя (Заказчика).

4.5. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных платных медицинских услуг их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного договора.

4.6. Оплата услуг по договору осуществляется на основании Перечня предоставленных платных медицинских услуг, подписанного Сторонами, наличными денежными средствами или с использованием платежных банковских карт по выбору Потребителя (Заказчика).

4.7. В случае если по каким-либо причинам, независящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Потребителя (Заказчика) удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Потребителем (Заказчиком) по настоящему договору, возвращается ему по заявлению на возврат денежных средств.

4.8. В целях защиты прав Потребителя (в том числе в целях предоставления социального налогового вычета по налогу на доходы физических лиц, предусмотренного подп. 3 п. 1 ст. 219 НК РФ) Исполнитель по заявлению Потребителя (законного представителя Потребителя) при наличии согласия Потребителя или его законного представителя выдает следующие документы, подтверждающие фактические расходы на оказанные платные медицинские услуги:

- копия договора и дополнительных соглашений к нему (в случае заключения дополнительных соглашений);
- документ, подтверждающий фактические расходы на оказанные платные медицинские услуги.

5. Ответственность сторон за невыполнение условий договора

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Потребителем (Заказчиком) неполной информации о своем здоровье (здоровье Потребителя) в соответствии с п. 3.3.2 настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п. 3.3.4 настоящего договора.

5.4. При наличии в настоящем договоре условий, ущемляющих права Потребителя, которые могут повлечь причинение ему убытков, они подлежат возмещению Исполнителем в полном объеме в соответствии со ст. 13 Закона РФ от 7 февраля 1992 г. № 2300-I "О защите прав потребителей".

Требование Потребителя (Заказчика) о возмещении убытков подлежит удовлетворению в течение десяти дней со дня его предъявления.

5.5. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

6. Конфиденциальность

6.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

6.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

7. Заключительные положения

7.1. При заключении настоящего договора Потребителю (Заказчику) предоставлена следующая информация:

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа). Отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы;

- перечень платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, указанной в п. 2.3 настоящего договора, с указанием цен в рублях;

- сроки ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, в случае участия исполнителя в реализации территориальной программы;

- иная информация, предусмотренная Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.

7.2. Потребитель (Заказчик) подтверждает, что на момент заключения настоящего договора ему в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), в соответствии и с учетом которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

- информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (об уровне его профессионального образования и о квалификации);

- другие сведения, относящиеся к предмету договора.

7.3. До заключения настоящего договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя (законного представителя Потребителя) о том, что несоблюдение назначений (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.

7.4. Потребитель (Заказчик) уведомлен о том, что в соответствии с ч. 3 ст. 27 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

7.5. Потребитель (Заказчик) вправе направить обращение (жалобу) в органы и организацию, указанные в подп. "з" п. 17 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. постановлением Правительства РФ от 30.05.2026 № 659), а именно в:

7.5.1. Территориальный орган Росздравнадзора по г. Санкт-Петербургу и Ленинградской области:

- письменное обращение Вы можете направить почтовым отправлением по адресу: 197342, Санкт-Петербург, ул. Кантемировская, д. 4, лит. А;

- путем заполнения формы обращения на официальном сайте Территориального органа: <https://78reg.roszdravnadzor.ru>;

- обратиться лично в соответствии с графиком личного приема граждан.

7.5.2. Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга:

- письменное обращение Вы можете направить почтовым отправлением адресу: 191023, Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая, д. 1;

- составить письменное обращение в электронном виде через сервис Электронная приемная на официальном портале Администрации Санкт-Петербурга (<https://letters.gov.spb.ru/>);

- дополнительно для письменных обращений граждан в фойе Комитета по здравоохранению на первом этаже по адресу: Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая, д.1 установлен ящик для писем и обращений граждан;

- обратиться лично в соответствии с графиком личного приема граждан.

7.5.3. Филиал Территориального фонда обязательного медицинского страхования. Адрес: 196006, г. Санкт-Петербург, ул. Коли Томчака, д.9, лит. «А» (Московский пр., д.120), тел. (812) 703-73-10, факс (812) 703-73-94, E-mail: tfoms@tfoms.spb.ru.

7.5.4. Управление федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Санкт-Петербургу. Адрес: 191025, г. Санкт-Петербург, ул. Стремянная, д. 19 тел./факс (812)764-42-38, факс (812) 764-55-83.

7.6. При предъявлении Потребителем (Заказчиком) требований, связанных с предоставлением платных медицинских услуг, в том числе при обнаружении недостатков предоставленных платных медицинских услуг, Исполнитель рассматривает и удовлетворяет предъявленные требования (направляет отказ в удовлетворении предъявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей".

7.7. После исполнения настоящего договора Исполнитель выдает Потребителю (Заказчику) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах медицинского обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

7.8. Настоящий договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

Обязательства Исполнителя по оказанию платных медицинских услуг считаются исполненными с момента фактического оказания соответствующей платной медицинской услуги (либо завершения курса лечения - если предметом Договора является курс платных медицинских услуг), что подтверждается медицинской документацией Исполнителя.

7.9. Потребитель (законный представитель Потребителя) дает свободно, своей волей и в своем интересе согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения настоящего договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.

7.10. В случае отказа Потребителя (Заказчика) после заключения договора от получения платных медицинских услуг настоящий договор прекращается, при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7.11. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Потребителя (Заказчика).

7.12. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

Приложение № 1 «Смета на предоставление платных медицинских услуг».

8. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:	Потребитель (Заказчик):
Санкт-Петербургское государственное	

бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 44» Юридический и почтовый адрес: 192071, г. Санкт-Петербург, ул. Будапештская, д. 20, к. 1, литера А Контактный телефон: т. 246-23-96 ИНН 7816040748 КПП 781601001 ОГРН 1037835000312 Получатель: Комитет Финансов Санкт-Петербурга (СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44», л/с 0661009) Банк получателя: ОКЦ № 1 Северо- Западное ГУ Банка России//УФК по г. Санкт-Петербургу, г. Санкт-Петербург БИК 014030106 Расчетный счет: 032246434000000007200 Корреспондирующий счет: ОКПО 34357736 ОКТМО 40904000 ОКОПФ 75203 ОКАТО 40296	
	_____, (фамилия, имя и отчество) проживающий(ая) по адресу:
	_____ (адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения)
	_____ (адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения)
	паспорт:
	_____ (данные документа, удостоверяющего личность) телефон:
_____ /_____ (подпись) (ФИО)	_____ /_____ (подпись) (ФИО)

Смета на предоставление платных медицинских услуг

№ п/п	Наименование услуг (Перечень платных медицинских услуг)	Код услуги	Код отраслевой классификации	Стоимость за единицу, руб.	Кол-во	Сумма, руб.

Исполнитель: Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 44» Юридический и почтовый адрес: 192071, г. Санкт-Петербург, ул. Будапештская, д. 20, к. 1, литера А Контактный телефон: т. 246-23-96 ИНН 7816040748 КПП 781601001 ОГРН 1037835000312 Получатель: Комитет Финансов Санкт-Петербурга (СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44», л/с 0661009) Банк получателя: ОКЦ № 1 Северо-Западное ГУ Банка России//УФК по г. Санкт-Петербургу, г. Санкт-Петербург БИК 014030106 Расчетный счет: 03224643400000007200 Корреспондирующий счет: ОКПО 34357736 ОКТМО 40904000 ОКОПФ 75203 ОКАТО 40296 _____/_____/_____ (подпись) (ФИО)	Потребитель (Заказчик): _____, (фамилия, имя и отчество) проживающий(ая) по адресу: _____ (адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения) _____ (адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения) паспорт: _____ (данные документа, удостоверяющего личность) телефон: _____/_____/_____ (подпись) (ФИО)
---	---

**Информированное добровольное согласие пациента на получение платных
медицинских услуг**

Я, _____ года рождения, зарегистрированный по адресу:

_____,
в соответствии с положениями статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" даю информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в **Поликлиническом отделении № 82 СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44»**.

Я ознакомлен(а) с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 30 мая 2026 г. № 659, и действующим прейскурантом цен на медицинские услуги в **СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44»**.

Мне разъяснено и понятно мое право на получение 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.

Мне разъяснены в доступной для меня форме цели, медицинские мероприятия, проводимые в рамках предоставления платных медицинских услуг, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я получил(а) информацию об альтернативных методах обследования (лечения), а также об их примерной стоимости.

Мне предоставлена информация о:

- перечне предоставляемых платных медицинских услуг с учетом номенклатуры медицинских услуг, с указанием цен в рублях;
- сроках ожидания медицинской помощи, оказываемой без взимания платы в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы;
- стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основе которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги;
- медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и о квалификации;
- графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- образце договора;
- перечне категорий потребителей, имеющих право на получение льгот, а также перечне льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг, в случае их установления исполнителем;
- адресе и номере телефона учредителя, исполнительного органа субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Мне разъяснено, что перечень предоставляемых платных медицинских услуг, включаемый в договор на предоставление платных медицинских услуг, подразумевает оказание медицинских услуг в полном объеме стандарта медицинской помощи и по моей просьбе медицинские услуги могут быть оказаны в виде осуществления отдельных

консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Я проинформирован(а) и понимаю, что обязан(а) соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период моей временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинской организации.

Я уведомлен(а) и понимаю, что несоблюдение назначений (рекомендаций) 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 моего здоровья.

Я изъявляю желание заключить договор на предоставление платных медицинских услуг с СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44».

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья:

_____, контактный телефон _____;
(фамилия, имя и отчество (при наличии))

_____, контактный телефон _____.
(фамилия, имя и отчество (при наличии))

Информацию до пациента довел:

_____.
(подпись) (фамилия, имя и отчество (при наличии) врача)

« ____ » _____ 202__ г.

Пациент (законный представитель):

_____.
(подпись) (фамилия, имя и отчество (при наличии))

« ____ » _____ 202__ г.

Дополнительное соглашение № _____
к договору № _____ от «____» _____ 202__ г.
на предоставление платных медицинских услуг в Поликлиническом отделении № 82
СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44»

г. Санкт-Петербург

«____» _____ 202__ г.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 44» (СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44»), именуемое в дальнейшем "Исполнитель" действующее в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности (рег. № ЛО41-01148-78/00328573) от 26.03.2019 в лице

_____,
действующей(его) на основании доверенности № _____ от _____, с одной
стороны, и _____,

(фамилия, имя и отчество (при наличии))

именуемый(ая) в дальнейшем "Потребитель", с другой стороны, и _____,

(фамилия, имя, отчество (при наличии)/законного представителя потребителя)

именуемый(ая) в дальнейшем "Заказчик", а вместе именуемые "Стороны", заключили настоящее дополнительное соглашение к договору на оказание платных медицинских услуг № _____ от «____» _____ 202__ г. (далее – договор) об оказании дополнительных платных медицинских услуг о нижеследующем:

1. Смета на предоставление дополнительных платных медицинских услуг

№ п/п	Наименование услуг (Перечень платных медицинских услуг)	Код услуги	Код отраслевой классификации	Стоимость за единицу, руб.	Кол-во	Сумма, руб.

2. Во всем остальном, что не предусмотрено условиями настоящего Дополнительного соглашения, стороны руководствуются условиями договора и действующими приложениями к нему.

3. Настоящее Дополнительное соглашение вступает в действие с момента подписания и является неотъемлемой частью договора, составлено в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

4. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:	Потребитель (Заказчик):
Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 44»	_____
Юридический и почтовый адрес: 192071, г. Санкт-Петербург, ул. Будапештская, д. 20, к. 1, литера А	_____
Контактный телефон: т. 246-23-96	(фамилия, имя и отчество) проживающий(ая) по адресу:
ИНН 7816040748 КПП 781601001	_____

ОГРН 1037835000312 Получатель: Комитет Финансов Санкт-Петербурга (СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44», л/с 0661009) Банк получателя: ОКЦ № 1 Северо- Западное ГУ Банка России/УФК по г. Санкт-Петербургу, г. Санкт-Петербург БИК 014030106 Расчетный счет: 032246434000000007200 Корреспондирующий счет: ОКПО 34357736 ОКТМО 40904000 ОКОПФ 75203 ОКАТО 40296 _____/_____ (подпись) (ФИО)	(адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения)
	_____ (адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения) паспорт:
	_____ (данные документа, удостоверяющего личность) телефон:
	_____/_____ (подпись) (ФИО)

Акт сдачи-приемки
к договору № ____ от « ____ » _____ 202__ г.
на предоставление платных медицинских услуг в Поликлиническом отделении № 82
СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44»

г. Санкт-Петербург

« ____ » _____ 202__ г.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 44» (СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44»), именуемое в дальнейшем "Исполнитель" действующее в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности (рег. № ЛО41-01148-78/00328573) от 26.03.2019 в лице

_____,
действующей(его) на основании доверенности № ____ от _____, с одной
стороны, и _____,

(фамилия, имя и отчество (при наличии))
именуемый(ая) в дальнейшем "Потребитель", с другой стороны, и _____,

(фамилия, имя, отчество (при наличии)/законного представителя потребителя)
именуемый(ая) в дальнейшем "Заказчик", а вместе именуемые "Стороны", составили
настоящий акт сдачи-приемки к договору на оказание платных медицинских услуг № ____
от « ____ » _____ 202__ г. (далее – договор) о нижеследующем:

1. В соответствии с условиями Договора Исполнитель оказал, а Потребитель
(Заказчик) принял следующие платные медицинские услуги:

№ п/п	Наименование услуг (Перечень платных медицинских услуг)	Код услуги	Код отраслевой классификации	Стоимость за единицу, руб.	Кол-во	Сумма, руб.

2. Сумма оказанных платных медицинских услуг составляет _____
(_____) руб. НДС не облагается.

3. Платные медицинские услуги оказаны в соответствии с требованиями стандартов и
требований к медицинским услугам на территории Российской Федерации, в
установленные сроки, в полном объеме и с надлежащим качеством. Претензий друг к другу
стороны не имеют.

4. Настоящий акт сдачи-приемки составлен в двух экземплярах, имеющих
одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон и является неотъемлемой
частью договора.

5. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:	Потребитель (Заказчик):
Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 44» Юридический и почтовый адрес: 192071, г. Санкт-Петербург, ул. Будапештская, д. 20, к. 1, литера А Контактный телефон: т. 246-23-96	_____, (фамилия, имя и отчество) проживающий(ая) по адресу:

ИНН 7816040748 КПП 781601001 ОГРН 1037835000312 Получатель: Комитет Финансов Санкт-Петербурга (СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44», л/с 0661009) Банк получателя: ОКЦ № 1 Северо- Западное ГУ Банка России//УФК по г. Санкт-Петербургу, г. Санкт-Петербург БИК 014030106 Расчетный счет: 032246434000000007200 Корреспондирующий счет: ОКПО 34357736 ОКТМО 40904000 ОКОПФ 75203 ОКАТО 40296	(адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения) (адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения) паспорт: (данные документа, удостоверяющего личность) телефон:
(подпись) / (ФИО) /	(подпись) / (ФИО) /

23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		
32.		
33.		
34.		
35.		
36.		
37.		
38.		
39.		
40.		
41.		
42.		
43.		
44.		
45.		
46.		
47.		

48.		
49.		
50.		
51.		
52.		
53.		
54.		
55.		
56.		
57.		
58.		
59.		
60.		
61.		
62.		
63.		
64.		
65.		
66.		
67.		
68.		
69.		
70.		
71.		
72.		

73.		
74.		
75.		
76.		
77.		
78.		
79.		
80.		
81.		
82.		
83.		
84.		
85.		
86.		
87.		
88.		
89.		
90.		
91.		
92.		
93.		
94.		
95.		
96.		
97.		

98.		
99.		
100.		
101.		
102.		
103.		
104.		
105.		
106.		
107.		
108.		
109.		
110.		
111.		
112.		
113.		
114.		
115.		
116.		
117.		
118.		
119.		
120.		
121.		
122.		

123.		
124.		
125.		
126.		
127.		
128.		
129.		
130.		
131.		
132.		
133.		
134.		
135.		
136.		
137.		
138.		
139.		
140.		
141.		
142.		
143.		
144.		
145.		
146.		
147.		

148.		
149.		
150.		
151.		
152.		
153.		
154.		
155.		
156.		
157.		
158.		
159.		
160.		
161.		
162.		
163.		
164.		
165.		
166.		
167.		
168.		
169.		
170.		
171.		
172.		

173.		
174.		
175.		
176.		
177.		
178.		
179.		
180.		
181.		
182.		
183.		
184.		
185.		
186.		
187.		
188.		
189.		
190.		
191.		
192.		
193.		
194.		
195.		
196.		
197.		

198.		
199.		
200.		
201.		
202.		
203.		
204.		
205.		
206.		
207.		
208.		
209.		
210.		
211.		
212.		
213.		
214.		
215.		
216.		
217.		
218.		
219.		
220.		
221.		
222.		