

ДОГОВОР № _____
возмездного оказания медицинских услуг

г. Норильск « ____ » _____ 20 ____

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 5» (КГБУЗ ККПНД № 5), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны, и _____, именуемый в дальнейшем «Потребитель» с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор (далее – Договор) о нижеследующем:

ОБЩИЕ УСЛОВИЯ

Неотъемлемой частью Договора являются Общие условия договоров в редакции на дату заключения Договора, размещенные на официальном сайте краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 5 (КГБУЗ ККПНД № 5) по адресу: https://norpnd5.gosuslugi.ru/dokumenty/obschie-usloviya-k-tipovym-formam-dogovorov-vozmeznogo-okazaniya-meditsinskih-uslug.html¹

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется по обращению Потребителя оказать медицинские услуги по проведению: _____

(указать наименование услуг (и))

а Потребитель обязуется оплатить оказанные медицинские услуги в размере, порядке, сроки и иных условиях, предусмотренных Договором.

1.2. Исполнитель оказывает медицинские услуги в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон № 323-ФЗ), Законом Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» (далее - Закон № 2300-1), постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006» (далее соответственно - Постановление № 736, Правила) на основании Лицензии на осуществление медицинской деятельности от 10.07.2020 № ЛО41-01019-24/00323307, с указанием перечня работ (услуг) составляющих медицинскую деятельность, выданной Министерством здравоохранения Красноярского края: г. Красноярск, ул. Красной Армии, д. 3. тел. 8 (391) 211-00-44, 211-52-01.

1.3. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия Потребителя или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи (Приложение № 1 к настоящему договору).

1.4. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи.

1.5. Перечень медицинских услуг определяется пунктом 1.1. данного раздела настоящего Договора, стоимость которых соответствует установленной плате на услуги (работы), предоставляемые Исполнителем, утвержденных приказом главного врача Учреждения.

В случае превышения объема выполняемого стандарта медицинской помощи и увеличения размера оплаты медицинских услуг, установленного пунктом 1.1. Договора, на каждую дополнительную платную медицинскую услугу, оказываемую сверх объема выполняемого стандарта медицинской помощи, так же, как и в случае необходимости предоставления на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, заключается дополнительное соглашение к Договору либо оформляется новый договор с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости, если иное не оговорено в основном договоре.

1.6. Медицинские услуги оказываются в помещении Исполнителя с использованием оборудования, инвентаря, расходных материалов и других средств, необходимых для оказания данного вида медицинских услуг, в соответствии с действующими медицинскими стандартами, утвержденными приказами министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

¹ Раздел 3 Общих условий не применяется в настоящем договоре, и излагается в редакции настоящего Договора

1.8. Срок оказания медицинских услуг, указанных в пункте 1.1 настоящего раздела Договора: с «___» ___ 20___ года по «___» ___ 20___ года.

2. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТА

2.1. Стоимость оказываемых медицинских услуг по настоящему Договору составляет ___ (_____) рублей.

2.2. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору производится на условиях 100% предоплаты до получения медицинских услуг, указанных в п.1.1. настоящего Договора, путем внесения Потребителем наличных денежных средств в кассу Исполнителя, или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

2.3. Исполнитель обязан выдать Потребителю документ (бланк строгой отчетности), подтверждающий оплату медицинских услуг, произведенную в кассу Исполнителя.

2.4. В случае возникновения необходимости в дополнительных объемах медицинских услуг окончательный расчет производится по фактически оказанным объемам медицинских услуг на основании дополнительного соглашения, заключенного в письменной форме к настоящему Договору и, являющегося его неотъемлемой частью. Стоимость дополнительных медицинских услуг определяется в соответствии с прейскурантом цен, действующим на момент заключения дополнительного соглашения.

2.5. В случае отказа Потребителя от получения медицинских услуг настоящий Договор расторгается, на основании п. 3.4.5. При этом Исполнитель удерживает фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору, оставшиеся денежные средства подлежат возврату Потребителю.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Обеспечить Потребителя бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения о (об):

а) юридическом лице в пределах его места нахождения, основной государственный регистрационный номер (ОГРН), идентификационный номер налогоплательщика (ИНН);

б) адресе своего сайта в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;

в) стандартах медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги, путем размещения на сайте исполнителя ссылок на «Официальный интернет-портал правовой информации» (www.pravo.gov.ru) и официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации, на котором размещен рубрикатор клинических рекомендаций, а также путем размещения указанных ссылок на информационных стендах;

г) информации о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

д) перечне платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, с указанием цен в рублях;

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

ж) сроках ожидания предоставления платных медицинских услуг;

з) сведениях о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;

и) графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;

к) перечне категорий потребителей, имеющих право на получение льгот, а также перечне льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг, в случае их установления министерством здравоохранения Красноярского края;

н) адресах и телефонах учредителя, исполнительном органе субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориальном органе Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и территориальном фонде обязательного медицинского страхования (далее - органы государственной власти и организации).

3.1.2. отказе от передачи и ознакомлении третьими лицами, находящейся у Исполнителя документации о Потребителе без его согласия, за исключением случаев, указанных в п. 4 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3.1.3. Даче, при необходимости, по просьбе Потребителя разъяснения о ходе оказания ему медицинских услуг информацию;

а) о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

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

3.1.4. При предоставлении платных медицинских услуг гражданам иностранных государств (нерезидентам) Исполнитель обеспечивает передачу сведений об осуществлении медицинской деятельности в отношении нерезидентов в соответствии с указаниями Центрального банка Российской Федерации.

За не предоставление в установленном порядке субъектам официального статистического учета первичных статистических данных по установленным формам федерального статистического наблюдения об оказанных платных медицинских услугах гражданам иностранных государств Исполнитель, включенный Центральным банком

Российской Федерации в перечень респондентов, несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

3.1.5. В случаях, установленных законодательством Российской Федерации о применении контрольно-кассовой техники, выдать документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек или бланк строгой отчетности) или иной документ, подтверждающий факт осуществления расчета, в случаях, если в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации о применении контрольно-кассовой техники у медицинской организации отсутствует обязанность по применению контрольно-кассовой техники при осуществлении расчетов.

3.1.6. Представлять для ознакомления (выдавать) по требованию Потребителя:

а) копии учредительных документов Исполнителя;

б) копию Выписки из реестра лицензий на осуществление медицинской деятельности;

в) после исполнения Договора 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;

г) в целях защиты прав потребителя документы, подтверждающие фактические расходы потребителя на оказанные медицинские услуги и (или) приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения:

- копию договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения);

- справку об оплате медицинских услуг по установленной форме;

- рецептурный бланк с проставленным штампом «Для налоговых органов Российской Федерации, идентификационный номер налогоплательщика», заверенный подписью и личной печатью врача, печатью медицинской организации;

- документы установленного образца, подтверждающие оплату лекарственных препаратов (кассовый чек, бланк строгой отчетности или иной документ, подтверждающий факт осуществления расчета, в случаях, если в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации о применении контрольно-кассовой техники у медицинской организации отсутствует обязанность по применению контрольно-кассовой техники при осуществлении расчетов).

3.1.7. Оказать медицинские услуги с надлежащим качеством и в полном объеме.

3.1.8. При предъявлении Потребителем требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной платной медицинской услуги), Исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований Потребителя Законом № 2300-1;

3.2. Потребитель обязан:

3.2.1. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, установленных настоящим Договором.

3.2.2. Информировать медицинского работника о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

3.2.3. Соблюдать режим работы медицинского учреждения.

3.2.4. Выполнять рекомендации медицинского персонала, оказывающего ему медицинские услуги по Договору, в том числе соблюдать рекомендации медицинского учреждения, предписанные на период после оказания медицинских услуг;

3.2.5. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору;

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. Получать от Заказчика любую информацию, необходимую для исполнения своих обязательств по Договору. В случае непредставления либо неполного или неверного предоставления Заказчиком информации, Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по Договору до предоставления необходимой информации.

3.3.2. Самостоятельно определять объем исследований и необходимых действий в период оказания медицинских услуг.

3.3.3. Отказать (приостановить) Потребителю в оказании медицинских услуг в случае неоплаты Потребителем стоимости медицинских услуг на условиях, указанных в разделе 2 настоящего Договора, до оплаты последним их стоимости.

3.4. Потребитель имеет право:

3.4.1. На уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского персонала Исполнителя.

3.4.2. В доступной для него форме получить имеющуюся информацию о результатах обследования и лечения.

3.4.3. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных ненадлежащим исполнением условий Договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни Исполнителем, а также компенсации морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3.4.5. Отказаться в одностороннем порядке от получения медицинских услуг после подписания настоящего Договора.

4. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

4.1. Настоящий договор вступает в силу и становится обязательным для Сторон с момента его подписания Сторонами и действует до «_____» _____ 20____, а в части расчетов до полного выполнения всех обязательств обеими Сторонами.

4.2. Осуществление между Сторонами переписки производится по адресам, указанным в настоящем Договоре. Стороны обязуются незамедлительно информировать друг друга обо всех изменениях в своих реквизитах (изменение

адреса, организационно-правовой формы и т.п.), которые могут повлиять на исполнение Сторонами Договора. Сторона, не известившая или несвоевременно известившая об изменении своих реквизитов, несет риск возможных последствий, связанных с ненадлежащим исполнением данного обязательства.

4.3. Настоящий Договор составлен в 2 (двух) подлинных экземплярах, по одному экземпляру для каждой из Сторон и имеет одинаковую юридическую силу.

5. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

«Исполнитель»

КГБУЗ ККПНД № 5
663305, Красноярский край, г. Норильск,
р-он Центральный, ул. Богдана Хмельницкого, 20
Телефон/факс: (3919) 46-11-61/46-39-82
(3919) 46-33-25(ПЭО)
ОГРН 102240162355 1 ОКТМО 04729000001
ИНН 2457045484 КПП 245701001
Минфин края (КГБУЗ ККПНД № 5 л/с 75192Н70101)
р/с 032 246 430 400 000 019 00
ОТДЕЛЕНИЕ КРАСНОЯРСК БАНКА РОССИИ//УФК
по Красноярскому краю г. Красноярск
Счет: 401 028 102 453 700 000 11
БИК 010407105
E-mail: kkpnd5.nor@mail.ru

«Потребитель»

(фамилия, имя, отчество, полностью)

(число, месяц, год и место рождения)

(паспортные данные: серия, номер; где, кем и когда выдан)

(код подразделения)

(адрес регистрации и постоянного места жительства)

(контактный номер телефона)

Главный врач
_____/_____

«_____» _____ 20____

М.П.

_____/_____

«_____» _____ 20____

М.П.

Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
« ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
« ____ » _____ г. рождения, проживающего по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012г. № 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (**ненужное зачеркнуть**) в _____

_____ (полное наименование медицинской организации)
Медицинским работником _____

_____ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)
в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« ____ » _____ г.
_____ (дата оформления)

7

(Е.В. Гомонова)
ФИО

Постановление № 736
Закон «О защите прав потребителей» № 2300-1

Согласующее подразделение	ФИО Руководителя подразделения	Дата пост-ния	Подпись	Дата проверки	Подпись
Главный бухгалтер	Э.В. Быкова	13.10.2025		13.10.2025	
Заместитель главного врача по экономическим вопросам	З.В. Жданова	13.10.25		13.10.25	
Начальник ПЭО	С.С. Мутовина	13.10.25		13.10.25	
Ведущий юрист-консульт	С.Ю. Румянцева	13.10. 2025		13.10. 2025	

Дата передачи куратору для устранения замечаний: « » 2025

Куратором учтены, устранены замечания: « » 2025 / /

Замечания, предложения согласующих подразделений: