

ФОРМА

Договор № _____

предоставления платной медицинской услуги по ведению беременности врачом-акушером-гинекологом (II триместр)

г. Чита

« ____ » _____ 2026 г.

Государственное учреждение здравоохранения «Городской родильный дом», в лице ведущего экономиста

действующей на основании Доверенности от _____, № _____, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и _____,

(Фамилия, имя, отчество)

(паспорт серия _____ номер _____, выдан « ____ » _____ г. _____)

(кем выдан)

именуемый(ая) в дальнейшем "Потребитель", с другой стороны, 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 на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования (далее - договоры);

"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";

"исполнитель" - медицинская организация ГУЗ «Городской родильный дом», оказывающая(ий) платные медицинские услуги в соответствии с договором;

«врач акушер-гинеколог» - врач из числа сотрудников Исполнителя, оказывающий медицинскую услугу в рамках настоящего Договора;

«врач-акушер-гинеколог (дублер)» – врач, назначаемый по согласованию с Пациенткой, из числа сотрудников Исполнителя, оказывающий медицинскую услугу в рамках настоящего Договора на случай отсутствия невозможности участия при родоразрешении прикрепленного врача акушера-гинеколога (болезнь, незапланированный отпуск, увольнение, командировка и иные причины).

1.2. Платная медицинская услуга предоставляется Исполнителем на основании **лицензии на осуществление медицинской деятельности Л041-01124-75/00319160 от 15.02.2018 года**, срок действия лицензии: бессрочно, выданной Министерством здравоохранения Забайкальского края (место нахождения: г. Чита, ул. Богомягкова, 23, тел. (3022) 21-11-10), предоставленной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности.

1.3. Перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией **№ Л041-01124-75/00319160 от 15.02.2018 года**:

Выполняемые работы, оказываемые услуги:

Приказ 866н;

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; анестезиологии и реаниматологии; медицинской микробиологии; 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 врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара 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); анестезиологии и реаниматологии; генетике; клинической лабораторной диагностике; клинической фармакологии; медицинской статистике; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; офтальмологии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностике;

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); акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности); анестезиологии и реаниматологии; клинической лабораторной диагностике; клинической фармакологии; лабораторной диагностике; медицинской статистике; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; сестринскому делу; терапии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностике;

При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: акушерскому делу; акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности); анестезиологии и реаниматологии; клинической лабораторной диагностике; клинической фармакологии; лабораторной диагностике; медицинской статистике; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; сестринскому делу; терапии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностике;

При оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерскому делу; акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности); анестезиологии и реаниматологии; вакцинации (проведению профилактических прививок); диетологии; клинической лабораторной диагностике; клинической фармакологии; лабораторной диагностике; медицинской микробиологии; медицинской статистике, неонатологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; психотерапии; рентгенологии; сестринскому делу; терапии; трансфузиологии; ультразвуковой диагностике; функциональной диагностике;

При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи.

2. Предмет договора

2.1. Предметом настоящего Договора является оказание на возмездной основе медицинской услуги по ведению беременности врачом-акушером-гинекологом (II триместр) в ГУЗ «Городской родильный дом» (далее по тексту – «Медицинская услуга»).

Исполнитель берет на себя обязательство оказать Потребителю (Пациентке) на возмездной основе «Медицинскую услугу» по программе оказания Медицинской услуги (Приложение № 1 к настоящему Договору) в объеме и в сроки согласно условиям настоящего Договора.

Оказание «Медицинской услуги» производится по адресу Исполнителя: г. Чита, ул. Шилова, д.47.

2.2. Объем оказываемых по настоящему Договору платных услуг определяется Перечнем оказываемых платных услуг (Приложение № 2 к настоящему Договору), общим состоянием здоровья Пациентки, индивидуальными особенностями организма Пациентки, медицинскими показаниями (противопоказаниями) выявленных заболеваний (патологий) и организационно-техническими возможностями Исполнителя.

2.3. Исполнитель обязуется оказывать Пациентке на возмездной основе «Медицинскую услугу» по своему профилю деятельности, надлежащего качества в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а Пациентка обязуется принять и оплатить оказанные Исполнителем услуги в порядке, размере и в сроки, установленные настоящим Договором.

2.4. Платная «Медицинская услуга» осуществляется дополнительно к установленным учреждению заданием на оказание услуг в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, и в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности.

2.5. Врач-акушер-гинеколог со стороны ГУЗ «ГРД» по настоящему Договору является (на основании заявления Пациентки, Приложение № 5 к настоящему Договору):

Врач-акушер-гинеколог (дублер)

2.6. В период действия настоящего Договора медицинские услуги оказываются на основании подписанного Пациентом информированного добровольного согласия на предоставление медицинских услуг на платной основе (приложение № 3 к Договору) и иных обязательных информированных согласий, оформляемых в соответствии с действующим законодательством РФ.

2.7. Факт заключения настоящего Договора между Сторонами не является основанием предоставления Пациентке платной «Медицинской услуги» в первоочередном порядке по услугам, оказываемым в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.8. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя (Пациентки) 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".

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. Выдать после исполнения настоящего договора по письменному запросу Потребителя (его законного представителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя после получения платной медицинской услуги, включая сведения о результатах медицинского обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях. Указанные документы предоставляются без взимания дополнительной платы в порядке и сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации.

3.1.3. Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления Медицинской услуги по настоящему договору.

3.1.4. При предоставлении Медицинской услуги соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

3.1.5. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, и также денежных средств, поступивших от Потребителя.

3.1.6. 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.

3.1.7. Немедленно извещать Потребителя о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по Договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению объема Медицинской услуги, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью Договора.

3.1.8. В случае угрозы благополучному течению беременности Исполнитель обязан направить Потребителя на госпитализацию в др. медицинское учреждение при наличии медицинских показаний, в период которой Исполнитель не несет

ответственности за действия и решения медицинских работников, специалистов другого медицинского учреждения.

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. При обнаружении в процессе обследования Потребителя наличия у него заболевания, лечение которого выходит за рамки имеющихся у Исполнителя лицензий, или для квалифицированного лечения, которого у Исполнителя нет соответствующих условий или специалистов, рекомендовать Потребителю обратиться в другое медицинское учреждение, в котором ему может быть оказана соответствующая специализированная помощь.

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

3.2.5. 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.

3.2.6. Для оказания Медицинской услуги по настоящему Договору, Исполнитель вправе самостоятельно привлекать третьих лиц (специалистов) соответствующего профиля и квалификации.

3.3. Потребитель обязуется:

3.3.1. Оплатить оказанную Исполнителем Медицинскую услугу (выполненную работу) в порядке и сроки, установленные настоящим договором.

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 Медицинской услуги по настоящему договору.

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

3.3.5. Согласовывать со специалистами, оказывающими Медицинскую услугу, употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей и прочего.

3.4. Потребитель, Пациентка имеет право:

3.4.1. Получать Медицинскую услугу 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 нее форме получить информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного 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. Стоимость Медицинской услуги, оказываемой Потребителю, определяется в соответствии с действующим в медицинской организации Прейскурантом на предоставление платных медицинских услуг.

4.2. Потребителю в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату Медицинской услуги (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

4.3. В случае если при предоставлении Медицинских услуги требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя.

Без оформления дополнительного соглашения к договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости Исполнитель не вправе предоставлять медицинские услуги на возмездной основе.

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

4.5. Оплата Медицинской услуги осуществляется Потребителем при заключении настоящего Договора на основании Перечня предоставляемых платных медицинских услуг, подписанного Сторонами, в размере 100% наличными денежными средствами или с использованием платежных банковских карт по выбору Потребителя.

4.6. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим 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 удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Потребителем по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

4.7. В целях защиты прав потребителя Исполнитель по обращению Потребителя выдает следующие 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.

5. Срок оказания услуг

5.1. Срок оказания Медицинской услуги: с момента заключения настоящего договора до достижения срока беременности – 28 недель.

6. Ответственность сторон за невыполнение условий договора

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

6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате оказания Медицинской услуги ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

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

6.4. 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 статьей 13 Закона РФ от 7 февраля 1992 г. N 2300-I "О защите прав потребителей".

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

6.5. 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.

7. Конфиденциальность

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

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

7.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациентки или ее представителя (указанного в заявлении) допускается в целях обследования и лечения Пациентки, не способной из-за своего состояния выразить свою волю и в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

8. Порядок изменения и расторжения договора

8.1. Любые изменения и дополнения к договору действительны только в том случае, если они оформлены в письменном виде и подписаны обеими сторонами (дополнительное соглашение).

8.2. Стороны вправе досрочно расторгнуть договор по взаимному согласию.

8.3. В соответствии со ст. 32 Закона РФ «О защите прав потребителей», потребитель вправе отказаться от исполнения договора в любое время при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

8.4. Исполнитель (медицинская организация) не вправе в одностороннем порядке отказываться от исполнения договора, если у него есть возможность оказать услугу (в силу публичного характера договора). Исключение составляют случаи, предусмотренные законом.

8.5. При расторжении договора стороны производят окончательный расчет, а Исполнитель возвращает Потребителю уплаченную сумму за вычетом стоимости фактически оказанных услуг.

9. Заключительные положения

9.1. Потребитель подтверждает, что при заключении настоящего договора 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.

(ФИО Потребителя полностью, подпись)

9.2. Потребитель подтверждает, что на момент заключения настоящего договора ему в доступной форме предоставлена информация о Медицинской услуге, содержащая следующие сведения:

- порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении Медицинской 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 Медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);

- другие сведения, относящиеся к предмету договора.

(ФИО Потребителя полностью, подпись)

9.3. Потребитель подтверждает, что до заключения настоящего договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

(ФИО Потребителя полностью, подпись)

9.4. Потребитель уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

9.5. Потребитель вправе направить обращение (жалобу) в органы государственной власти и организации:

1. ГУЗ «Городской родильный дом»

Способы подачи жалобы:

лично в здании учреждения (г. Чита, ул. Шилова, 47, приемная главного врача);

по почте: 672038, г. Чита, ул. Шилова, 47;

по электронной почте: rodgom-chita@mail.ru;

Телефон: +7 (3022) 24-57-05

2. Министерство здравоохранения Забайкальского края.

Способы подачи жалобы:

лично в здании Министерства (г. Чита, ул. Богомыглова, 23, кабинет 347);

по почте: 672090, г. Чита, ул. Богомыглова, 23;

через официальный сайт: minzdrav.75.ru.

Телефон: +7 (3022) 21-11-10.

3. Территориальный орган Росздравнадзора по Забайкальскому краю.

Способы подачи жалобы:

лично в территориальный орган Росздравнадзора (г. Чита, ул. Костюшко-Григоровича, д. 4);

по почте: 67200, г. Чита, ул. Костюшко-Григоровича, д. 4 а/я 1398;

по электронной почте: E-mail: priemnaya@reg75.roszdravnadzor.gov.ru

Телефон: (3022)26-36-30; (3022)26-43-44

4. Роспотребнадзор (Управление Роспотребнадзора по Забайкальскому краю).

Способы подачи жалобы:

лично в приемную Управления (г. Чита, ул. Амурская, 109) или в территориальные отделы;

по почте: 672000, г. Чита, ул. Амурская, д. 109, а/я 1207,

по электронной почте: E-mail: tur@75.rospotrebnadzor.ru;

Тел./факс: (83022) – 35-36-13

5. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Забайкальского края.

Способы подачи жалобы:

лично в ТФОМС Забайкальского края (г. Чита, ул. Бутина, д. 21);

по почте: 672000, Забайкальский край, г. Чита, ул. Бутина, д. 21;

по электронной почте: general@zabtoms.ru;

Телефон: (3022) 21-26-00 (приемная)

(3022) 21-27-14 (по вопросам регистрации письменных обращений (для получения информации о номере входящего документа)).

9.6. При предъявлении Потребителем требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), Исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей" (в течение десяти дней со дня предъявления соответствующего требования).

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

9.8. Потребитель 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 (Приложение № 4).

9.9. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Потребителя.

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

9.11. К настоящему Договору прилагаются и являются его неотъемлемой частью:

- Приложение № 1 - Программа оказания медицинской услуги по настоящему Договору;

- Приложение № 2 – Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых потребителю;

- Приложение № 3 – Информированное добровольное согласие потребителя на предоставление платных медицинских услуг;

- Приложение № 4 - Информированное добровольное согласие потребителя на обработку персональных данных;

- Приложение № 5 - Заявление о выборе врача-акушера-гинеколога.

10. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель
Государственное учреждение здравоохранения

Потребитель

«Городской родильный дом»

ОГРН 1127536006344

ИНН 7536130149/КПП 753601001

Адрес: 672038, Забайкальский край, г. Чита, ул. Шилова, 47.

Телефон: (3022) 24-57-05

e-mail: roddom-chita@mail.ru

Получатель: Министерство финансов Забайкальского края (ГУЗ
«Городской родильный дом» л/с 802Ш7954000)

ОКЦ № 1 ДГУ Банка России/УФК по Приморскому краю г.

Владивосток

Номер казначейского счета: 03224643760000002000

Банковский счет 40102810545370000012

БИК ТОФК 010507002

Ведущий экономист

(подпись)

(ФИО)

М.П.

(ФИО (при наличии))

проживающий(ая) по адресу: _____

Адрес электронной почты: _____

Телефон: _____

(подпись, инициалы, фамилия)

Приложение № 2 к договору
по предоставлению платной медицинской услуги
по ведению беременности врачом-акушером-гинекологом (II trimestre)

от «___» _____ 202_ г. № _____

Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых потребителю

№ п/п	Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Количество ед.	Сумма, руб.

Подписи сторон:

Потребитель

(ФИО (при наличии))
Телефон: _____

(подпись) (ФИО)

Исполнитель
Государственное учреждение здравоохранения
«Городской родильный дом»

Ведущий экономист

(подпись) (ФИО)

М.П.

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

Я, _____,
(ФИО)
_____, г.р., зарегистрированная по адресу: _____
(дата рождения)

_____ в соответствии с положениями статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" даю информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в Государственном учреждении здравоохранения «Городской родильный дом».

Я ознакомлена 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 Государственном учреждении здравоохранения «Городской родильный дом».

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 получила 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;
- адресе и номере телефона учредителя, т.е. Министерства здравоохранения Забайкальского края, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Забайкальскому краю (Росздравнадзор по Забайкальскому краю), Управления Роспотребнадзора по Забайкальскому краю и Территориального фонда обязательного медицинского страхования Забайкальского края.

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 проинформирована и понимаю, что обязана соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период моей временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинской организации.

Я уведомлена 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 Государственным учреждением здравоохранения «Городской родильный дом».

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 здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья;

(Ф. И. О., контактный телефон)

(Ф. И. О., контактный телефон)

Информацию до пациентки довел:

(подпись, инициалы, фамилия врача)

«__» _____ 202__ г.

Пациент:

(подпись, инициалы, фамилия)

« ____ » _____ 202__ г.

Приложение № 4 к договору
по предоставлению платной медицинской услуги
по ведению беременности врачом-акушером-гинекологом (II триместр)
от « ____ » _____ 202__ г. № _____

Информированное добровольное согласие потребителя на обработку персональных данных

Я, _____,
(Ф. И. О. полностью),
_____ года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу:
_____, паспорт серия и
номер _____, выдан _____

(кем выдан, дата выдачи)

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г., N 152-ФЗ "О персональных данных" настоящим выражаю свое согласие на обработку Государственным учреждением здравоохранения «Городской родильный дом», расположенной по адресу: г. Чита, ул. Шилова д. 47 (далее - оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Фонде пенсионного и социального страхования Российской Федерации (СНИЛС), паспортные данные, сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания первичной медико-санитарной помощи, включающей, в том числе, лабораторные методы обследования.

В процессе оказания оператором мне медицинской помощи я предоставляю оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), а также предоставления их:

- В сторонние лаборатории и диагностические центры, с которыми ГУЗ «Городской родильный дом» заключены договора на оказание соответствующих услуг, в том числе в ГАУЗ "Забайкальская краевая клиническая больница", ГУЗ «Забайкальское краевое патологоанатомическое бюро», ГУЗ «Краевая клиническая инфекционная больница»;

- В страховую медицинскую организацию, с которой у меня заключен договор добровольного медицинского страхования (ДМС);

- В иные медицинские организации с целью получения консультаций узких специалистов, в том числе в ГБОУ ВО «Читинская медицинская академия»;

- Родственникам и/или иным доверенным лицам:

(Ф. И. О., контактный телефон)

(Ф. И. О., контактный телефон)

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения.

Настоящее согласие дано мной « ____ » _____ 202__ г. и действует до достижения цели обработки, т.е. до момента завершения всех обязательств по договору предоставления платных медицинских услуг.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Субъект персональных данных: _____
(подпись, инициалы, фамилия)

« ____ » _____ 202__ г.

Приложение № 5 к договору
по предоставлению платной медицинской услуги
по ведению беременности врачом-акушером-гинекологом (II триместр)

от «__» _____ 202__ г. № _____

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе врача-акушера-гинеколога

Я, _____ «__» _____ г. рождения
документ, удостоверяющий личность _____
зарегистрированная по адресу: _____
проживающая по адресу: _____,

даю согласие на оказания на возмездной основе медицинской услуги по ведению беременности
врачом-акушером-гинекологом ГУЗ «Городской родильный дом» во II триместре беременности
с участием врача акушера-гинеколога _____,

В случае невозможности участия прикрепленного врача акушера-гинеколога (болезнь, незапланированный
отпуск, увольнение, командировка и иные причины) по рекомендации ГУЗ «ГРД»:
Даю согласие на участие врача-акушера-гинеколога (дублера) _____

(Ф.И.О. – подлежит обязательному указанию)

Пациентка

ФИО: _____

Подпись _____
«__» _____ 202__ года