До заключения настоящего Договора Пациент(Потребитель) уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись, расшифровка подписи)*

**ДОГОВОР №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**на оказание платных медицинских услуг**

г. Санкт-Петербург «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кожно-венерологический диспансер № 11», далее (СПб ГБУЗ КВД № 11) адрес места нахождения: 191187, Санкт-Петербург, ул. Чайковского, д. 1, литер А ИНН 7825053486 ОГРН 1037843038133, зарегистрированное инспекцией МНС России по Центральному району Санкт-Петербурга 10.02.2003 г., свидетельство серия 78 № 004029466, лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-78-01-007207 от «03» октября 2016 г., выданная Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга по адресу: 191023, Санкт-Петербург, ул. М. Садовая, д. 1, тел. 8(812)-595-89-79, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности № \_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019 года,

и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ именуемый (-ая) в дальнейшем «Заказчик»,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*( ФИО законного представителя (родителя, опекуна, попечителя))*

вместе именуемые «Стороны» заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**
   1. Исполнитель принимает на себя обязательства оказать Пациенту, - ФИО (документ, паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрирован по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, тел: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) именуемому в дальнейшем «Потребитель», платные медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ согласно Приложению №1 (далее – Услуги), а Заказчик обязуется оплатить Услуги в сроки и в порядке, предусмотренные разделом 2 настоящего договора.
   2. Услуги оказываются Пациенту (Потребителю) по его инициативе, желанию, и сверх установленной Территориальной Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге, возмездные (платные) медицинские услуги, оговоренные Сторонами и определенные в Приложении № 1 к настоящему договору (далее – Услуги).

Стоимость оказанных Услуг, и Сроки их предоставления определены в Приложении №1 к настоящему договору.

1.3. Пациент (Потребитель) информирован о возможности и порядке получения медицинской услуги на бесплатной основе в соответствии  
с **Территориальной Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге, от оказания данного вида помощи Пациент отказался.**

1.4. Исполнитель оказывает Услуги Пациенту (Потребителю) в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*(наименование подразделения)*

1. **СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТА**

2.1. Стоимость Услуг, оказываемых Пациенту (Потребителю), определяется в соответствии с действующим Прейскурантом платных медицинских услуг, утвержденным СПб ГБУЗ КВД № 11 и действующим на момент заключения настоящего договора.

Выполнение необходимых дополнительных работ по данной Услуге согласовывается Сторонами и дополнительно оплачивается по действующему прейскуранту.

2.2. Оплата Услуг производится в российских рублях в форме 100% (сто процентной) предоплаты. Расчет производится с применением контрольно-кассовой машины и выдачей кассового чека, подтверждающего прием наличных денег, или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, в т.ч. через операционные кассы вне кассовых узлов кредитных организаций, расположенных на территории Исполнителя.

1. **ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН И УСЛОВИЯ ИХ РЕАЛИЗАЦИИ**

**3.1. Исполнитель обязан:**

3.1.1. Обеспечить соответствие Услуг лицензии Учреждения и требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

3.1.2. Обеспечивать Пациента (Потребителя) в установленном порядке информацией, включающей в себя:

– сведения о режиме работы СПб ГБУЗ КВД № 11;

– информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую Услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

– перечень Услуг с указанием их стоимости по прейскуранту, условиях их получения;

– порядок оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении Услуг.

Предоставить Пациенту (Потребителю) необходимую информацию о сущности применяемых методик обследования и лечения, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

3.1.3. До заключения настоящего договора в письменной форме уведомить Пациента (Потребителя) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги и повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента (Потребителя).

3.1.4. Своевременно и качественно обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию Услуг. Надлежащим образом оформить медицинскую документацию, касающуюся Пациента (Потребителя).

3.1.5. Соблюдать правила медицинской этики и деонтологии во взаимоотношениях с Пациентом (Потребителем), а так же врачебную тайну.

3.1.6. Представить Пациенту (потребителю) медицинскую документацию (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения Услуг.

3.1.7. В случае если при предоставлении Услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Пациента (потребителя). Без согласия Пациента (Потребителя) Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной (платной) основе. При этом между Исполнителем и Пациентом (Потребителем) заключается дополнительное соглашение к настоящему договору, являющееся его неотъемлемой частью.

3.1.8. В случае если при предоставлении Услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента (Потребителя), такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

**3.2. Исполнитель имеет право:**

3.2.1. Отказаться от исполнения настоящего договора, если Пациент (Потребитель) не соблюдает действующие у Исполнителя правила, в том числе не выполняет обязанности, предусмотренные настоящим договором.

3.2.2. При изменении клинической ситуации изменить с согласия Пациента (Потребителя) план и (или) сроки лечения.

3.2.3. Устанавливать время, место и условия оказания Услуг, назначать конкретных исполнителей.

3.2.4. Отказать в приеме Пациента (Потребителя) (кроме случаев требующих экстренного вмешательства) в случае:

– состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

– если действия Пациента (Потребителя) угрожают жизни и здоровью персонала.

3.2.5. Заменить лечащего врача Пациента (Потребителя) по просьбе врача или самого Пациента (Потребителя).

**3.3. Пациент (Потребитель) обязан:**

3.3.1. Являться на прием в строго назначенное время, а при невозможности явки, заранее, не менее чем за 24 часа предупредить Исполнителя о невозможности явки на прием.

3.3.2. Сообщить лечащему врачу правдивую и полную информацию о состоянии своего здоровья, перенесенных заболеваниях и ранее проведенном лечении, а также другие сведения, необходимые для выбора того или иного метода лечения, а также снижения риска вызвать побочные реакции или осложнения при оказании медицинской помощи. Своевременно информировать лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья, побочных реакциях лекарственных препаратов, осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе лечения.

3.3.3. Следовать выбранному им же плану лечения, срокам этапов лечения, срокам обращения к Исполнителю по поводу отклонений от прогнозируемого хода (развития) событий, срокам обращения на профилактические и контрольные обследования и осмотры. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих Услуги и обеспечивающие безопасность и качественное предоставление Услуги, включая: соблюдение правил санитарного и противоэпидемиологического режима, техники безопасности и противопожарной безопасности.

3.3.4. Предоставить требуемые лечащим врачом медицинские документы, результаты предыдущих исследований.

**3.4. Пациент (Потребитель) имеет право:**

3.4.1. Выбрать день и время явки на прием в соответствии с графиком работы Исполнителя и с учетом времени занятости персонала другими пациентами.

3.4.2. В доступной для его форме получать имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

3.4.3. Знакомиться с документами, подтверждающими право Исполнителя осуществлять деятельность по оказанию медицинской помощи. Требовать от Исполнителя предъявления лицензий, прейскуранта, сведений о квалификации и сертификации специалистов.

3.4.4. Получить медицинскую документацию (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения Услуг.

3.4.5. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора в соответствии с законодательством Российской Федерации. Требования, предусмотренные настоящим пунктом, могут быть предъявлены, если это не противоречит особенностям предмета договора, а наличие недостатков подтверждено результатами независимой медицинской экспертизы или решением суда.

3.4.6. Добровольного согласия или отказа на предлагаемые медицинские вмешательства.

3.4.7. Расторгнуть договор без объяснения причин и отказаться от получения Услуг по договору в письменной форме в любое время при условии оплаты Заказчиком фактически понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по договору.

3.4.8. Получать медицинскую помощь изначально на основе анонимности, при этом пациенту присваивается порядковый номер (шифр).

1. **ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

4.1. Исполнитель несет перед Пациентом (Потребителем) ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Заказчика.

4.2. В случае отказа Пациента после заключения договора от получения Услуг договор расторгается. Если часть Услуг уже оказана Исполнителем, Заказчик оплачивает фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

4.3. Исполнитель не несет ответственности перед Пациентом (Потребителем) в случае:

– возникновения у Пациента (Потребителя) в процессе лечения или после его окончания проблем сугубо биологического характера, не связанных с нарушением Исполнителем лечебных технологий;

– возникновения аллергических реакций у Пациента (Потребителя), не отмечавшего ранее проявления аллергии.

– осложнений по причине неявки Пациента (Потребителя) в указанный срок.

1. **ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ**

5.1. Спорные вопросы по настоящему договору Стороны обязуются решать путем переговоров на основании действующего законодательства Российской Федерации. При невозможности достижения согласия спорные вопросы регулируются в судебном порядке на основании действующего законодательства Российской Федерации.

1. **СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания и действует по «31» декабря 20\_\_ года.

6.2.Досрочное расторжение договора возможно по взаимному согласию Сторон, либо на основаниях, предусмотренных действующим на территории РФ законодательством.

6.3. Договор составляется в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Пациента (Потребителя).

6.4. Все изменения и дополнения к настоящему договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны Сторонами.

1. **ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

7.1. Пациент (Потребитель)/Законный представитель ознакомлен с предоставляемыми Услугами и дает свое информированное согласие персоналу Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Кожно-венерологический диспансер № 11» на их оказание, в том числе:

– Я (Пациент (Потребитель)/Законный представитель) ознакомлен (-а) с правилами лечебно-охранительного режима и правилами оказания платных медицинских услуг, установленными в СПб ГБУЗ КВД № 11, обязуюсь их соблюдать;

– Я (Пациент (Потребитель) /Законный представитель), в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку СПб ГБУЗ КВД № 11 моих персональных данных: ФИО, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), данных о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам СПб ГБУЗ КВД № 11, в интересах моего обследования и лечения. Я (Пациент (Потребитель)/Законный представитель) предоставляю право СПб ГБУЗ КВД № 11 осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. СПб ГБУЗ КВД № 11 вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы.

7.2. **Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, (Выписка из Приложения № 1 к Лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-78-01-007207 от «03» октября 2016 г.,** выданной лицензирующим органом Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга, расположенному по адресу:191023, Санкт-Петербург, ул. М. Садовая, д. 1, телефон: +7 (812) 571-34-06.)**, в том числе по адресам СПб ГБУЗ КВД № 11:**

**191025, г. Санкт-Петербург, Стремянная улица, д. 4, лит. А, пом. 2Н.**

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, 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; медицинской статистике; организации сестринского дела; рентгенологии; сестринскому делу; физиотерапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); гигиеническому воспитанию; дерматовенерологии; клинической лабораторной диагностике; косметологии; клинической микологии; неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; профпатологии; психиатрии, психиатрии-наркологии; рентгенологии; стоматологии терапевтической; ультразвуковой диагностике; управлению сестринской деятельностью; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); медицинским осмотрам профилактическим; при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе профессиональной пригодности; экспертизе временной нетрудоспособности.

**191187, г. Санкт-Петербург, улица Чайковского д.1, лит. А, пом. 1Н, 5Н, 10Н.**

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике; медицинской статистике; медицинскому массажу; организации сестринского дела; сестринскому делу; физиотерапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи  
в амбулаторных условиях по: дерматовенерологии; клинической лабораторной диагностике; косметологии; медицинской статистике; организации здравоохранения и общественному здоровью; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; эпидемиологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности.

**193144, г. Санкт-Петербург, улица Моисеенко, д.26, лит. Б.**

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике; сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: бактериологии; дерматовенерологии; клинической лабораторной диагностике.

7.3. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим договором, применяются нормы действующего законодательства Российской Федерации.

7.4. В случае отказа Пациента(Потребителя) от получения Услуг по договору Исполнитель производит возврат денежных средств Заказчику на основании письменного требования Заказчика с учетом положений п. 3.4.7. настоящего договора.

1. **АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| ***«Исполнитель»:***  СПб ГБУЗ КВД № 11  Адрес: 191187, Санкт-Петербург, ул. Чайковского д. 1, литер А телефон: 273-62-07  ОГРН 1037843038133  ИНН 7825053486  КПП 784101001  ***от Исполнителя***  ФИО по доверенности № \_\_\_\_от «\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ***«Заказчик»:***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(Ф.И.О.)*  Паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес регистрации, телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ***«Заказчик»***  ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***  *(Ф.И.О.) (подпись)* |
| **Раздел заполняется только на законного представителя Пациента.**  Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  *(Ф.И.О.)*  являюсь законным представителем Пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, и в силу закона действую от его имени и в его интересах. *(Ф.И.О.)*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(подпись)* | |

Приложение №1

к Договору

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

Перечень платных медицинских услуг

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Код медицинской услуги | Наименование медицинской услуги | Сроки предоставления услуги | Цена  (в соответствии с Прейскурантом Исполнителя) | Количество | Стоимость услуг  (руб.) |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| От Исполнителя:  ФИО по доверенности № \_\_\_\_от «\_\_\_\_\_\_\_\_\_» 20\_\_ года    ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****(Ф.И.О.)* | Заказчик:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |

Приложение №2

к Договору

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

СПб ГБУЗ КВД № 11 (ИНН 7825053486/КПП 784101001)

Адрес: 191187, Санкт-Петербург, ул. Чайковского д. 1, литер А  
телефон: 273-62-07

[АКТ](http://blanker.ru/doc/akt-sdachi-priemki-okazannykh-uslug) об оказании услуг

**от “\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.**

**по договору от “\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Мы, нижеподписавшиеся, Исполнитель, СПб ГБУЗ КВД № 11, в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности № от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ именуемый (-ая) в дальнейшем «Заказчик»,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*ФИО законного представителя (родителя, опекуна, попечителя))*

с другой стороны (вместе именуемые «Стороны» и по отдельности « Сторона»), составили настоящий Акт о том, что Исполнителем были выполнены, а Заказчиком были приняты оказанные услуги:

Пациент (Потребитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Код медицинской услуги | Наименование медицинской услуги | Сроки предоставления услуги | Цена | Количество | Стоимость услуг  (руб.) |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Стоимость оказанных услуг составляет:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

Настоящий Акт составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон является неотъемлемой частью Договора на оказание платных медицинских услуг

|  |  |
| --- | --- |
| От Исполнителя:  ФИО по доверенности № \_\_\_\_от «\_\_\_\_\_\_\_\_\_» 20\_\_ года    ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****(Ф.И.О.)* | Заказчик: (плательщик)    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |