



(или) территориальной (Астраханской области) программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (далее - программа государственных гарантий) и может быть оказана за плату либо бесплатно если она предусмотрена программами государственных гарантий;

- оказать Пациенту квалифицированную и качественную медицинскую услугу в установленный договором срок;
- заблаговременно предоставить Пациенту достоверную информацию о предоставляемых услугах;
- незамедлительно информировать Пациента об обнаруженной невозможности получить ожидаемые результаты или о нецелесообразности продолжения оказания услуг;
- соблюдать врачебную тайну, а также правила и принципы врачебной этики и деонтологии, не допускать со своей стороны неуважительного (грубого) отношения к Пациенту;
- получить от Пациента письменное добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство по предмету Договора;
- предоставить Пациенту по его требованию и в доступной для него форме информацию:
- 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;
- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности, показаниях (противопоказаниях) к применению.

### 3.2. Учреждение вправе:

- в случае возникновения неотложных ситуаций в процессе предоставления предусмотренных Договором медицинских услуг и действуя в условиях крайней необходимости, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе не предусмотренной договором;
- требовать у Пациента сведения необходимые для качественного оказания медицинской услуги (аллергических реакций, реакций на медикаменты, перенесенных заболеваний и результатах предыдущего обследования и лечения).
- отказаться от исполнения обязательств по договору при объективной невозможности предоставления требуемой медицинской услуги, включая возникновение медицинских противопоказаний для оказания медицинской помощи и(или) невозможность обеспечить ее безопасность, а также случае не соблюдения Пациентом медицинского режима (назначений, рекомендаций) и правил получения предоставляемой по Договору медицинской услуги (за исключением случаев необходимости оказания экстренной медицинской помощи).
- при необходимости после исполнения договора выдать Пациенту медицинский(е) документ(ы) (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов) отражающие состояние его здоровья после получения платной медицинской услуги.

### 3.3. Пациент обязуется:

- дать письменное добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство по предмету Договора;
- соблюдать медицинский режим, назначения, рекомендации (в том числе, профилактические и лечебные мероприятия) и правила получения предусмотренной Договором медицинской услуги;
- сообщить Учреждению сведения (а при необходимости предоставить документы), необходимые для качественного оказания медицинской услуги (аллергических реакций, реакций на медикаменты, перенесенных заболеваний и результатах предыдущего обследования и лечения).
- немедленно извещать Учреждение о любых осложнениях или отклонениях, возникших в процессе лечения;
- своевременно оплатить стоимость медицинской услуги в порядке и сроки, определенные Договором;
- заботиться о сохранении своего здоровья.

### 3.4. Пациент вправе:

- на предоставление ему Учреждением полной своевременной информации о получаемой медицинской услуге;
- требовать предоставления медицинских услуг надлежащего качества, сведений о наличии лицензии, сертификации специалистов Учреждения, представляющих услуги и их стоимости;
- при несоблюдении Учреждением обязательств по срокам исполнения медицинских услуг;
- назначить новый срок оказания медицинских услуг;
- потребовать исполнения медицинских услуг другим специалистом;
- в одностороннем порядке отказаться от получения медицинской услуги на любом этапе её предоставления и получить возврат уплаченных за предоставление медицинских услуг денежных средств, за вычетом фактических расходов, понесенных Учреждением при представлении медицинских услуг.

## 4. Ответственность Сторон.

4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение взятых по Договору обязательств Стороны несут (с учетом его предмета) ответственность в порядке, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

4.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Учреждением в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.3. Учреждение, освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, обстоятельств, не зависящих от его воли.

4.4. При невозможности Учреждением, оказания услуг, предусмотренных договором, вследствие действия непреодолимой силы (чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств) срок оказания медицинских и иных услуг переносится на период действия таких обстоятельств.

4.5. Пациент несет ответственность за вред, причиненный своими действиями, имуществу Учреждения, в том числе используемому для проведения обследования или лечения.

## 5. Порядок разрешения споров.

5.1. Пациент и Учреждение примут все меры к разрешению их споров и/или разногласий, которые могут возникнуть из Договора или в связи с ним, путем двухсторонних переговоров.

В случае невозможности решить споры и/или разногласия путем двухсторонних переговоров, Стороны решают споры и/или разногласия в претензионном порядке.

5.2. В случае, если Стороны не могут прийти к соглашению (решить споры и/или разногласия) в претензионном порядке, все споры и/или разногласия, возникшие из Договора или в связи с ним, подлежат разрешению в суде в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

## 6. Срок действия, условия прекращения (расторжения) и изменения Договора.

6.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и (или) даты заключения Сторонами и действует до исполнения Сторонами условий Договора в полном объеме.

6.2. Договор может быть, досрочно расторгнут по соглашению Сторон, либо по требованию одной из Сторон в порядке и по основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

6.3. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны обеими Сторонами.

## 7. Прочие условия.

7.1. Во всем остальном, что не предусмотрено Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг по медицинским показаниям не предусмотренных Договором, Учреждение обязуется предупредить об этом Пациента, без согласия Пациента Учреждение не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

7.3. Договор составлен в двух подлинных экземплярах, имеющих каждый равную юридическую силу, по одному экземпляру для Учреждения и Пациента.

7.4. Неотъемлемыми частями договора являются: подписанные сторонами дополнительные соглашения и медицинская карта пациента, которая хранится у Учреждения.

7.5. Договор составлен в 3-х (трех) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.

Приложения:

Приложение №1 – дополнительное соглашение;

Приложение №2 - информированное добровольное согласие на предоставление платных медицинских услуг;

Приложение №3 - согласие пациента на обработку персональных данных;

Пациент ознакомлен с правом получения по направлению врача бесплатной медицинской помощи (в том числе, в части оказания медицинской услуги (услуг) по Договору).

Пациент:

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(фамилия, инициалы)

## 8. Адреса, платежные реквизиты и подписи Сторон.

### Учреждение:

ГБУЗ АО «Городская клиническая больница №3 им. С.М. Кирова»

Юридический адрес (местонахождение):

Адрес: 414038, г. Астрахань, ул.Хибинская, д. 2

Тел.: (8512) 45-91-64, факс 45-91-55

Сайт: <http://gkb-3.ru/>, E-mail: [gkb3@mail.ru](mailto:gkb3@mail.ru)

ОГРН 1023000834680, ИНН 3018005693, КПП 302301001

Дополнительная информация:

Лицензия на осуществление медицинской деятельности серия: МЗ АО, №000167, ЛО30-01-001648 от 10.04.2017г.

Место осуществления деятельности: 414038, Астраханская область, город Астрахань, улица Хибинская, дом 2, литер 21, хирургический корпус.

2. при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

1)при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике;операционному делу; вакцинации (проведение профилактических прививок); организации сестринского дела; рентгенологии; сестринскому делу; функциональной диагностике;

2) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии;

4) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); гастроэнтерологии; дерматовенерологии; кардиологии; клинической лабораторной диагностике;

неврологии; нейрохирургии; онкологии; оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации); офтальмологии; рентгенологии; стоматологии хирургической; стоматологии

терапевтической; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; урологии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; эндоскопии;

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

1) при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (за исключением использования репродуктивных технологий); хирургии.

2) при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных, репродуктивных технологий) анестезиологии и реаниматологии; дерматовенерологии; клинической лабораторной диагностике; колопроктологии; лабораторной диагностике; онкологии; операционному делу; организации сестринского дела; рентгенологии; рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению; сердечно-сосудистой хирургии; сестринскому делу; терапии; торакальной хирургии; трансфузиологии; ультразвуковой диагностике; урологии; функциональной диагностике; хирургии; хирургии (абдоминальной); эндоскопии;

7. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги):

1) при проведении медицинских освидетельствований по: медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым);

3) при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе профессиональной пригодности; экспертизе временной нетрудоспособности.

Место осуществления деятельности: 414038, Астраханская область, город Астрахань, улица Хибинская, дом 2, литер 11, офтальмологический корпус.

2. при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются

2. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

5) при оказании первичной, специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: урологии.

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

1) при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: урологии;

2) при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); анестезиологии и реаниматологии; нейрохирургии; операционному делу; организации сестринского дела; рентгенологии; сестринскому делу; травматологии и ортопедии; трансфузиологии; урологии; хирургии;

8) При обращении донорской крови и (или) её компонентов в медицинских целях организуются и выполняются работы (услуги) по заготовке, хранению донорской крови и (или) её компонентов.

414038, Астраханская область, город Астрахань, улица Хибинская, дом 2, литер 22, лабораторный корпус.

2) При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: бактериологии; лабораторной диагностике; медицинской статистике; сестринскому делу;

4) при оказании специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: бактериологии; клинической лабораторной диагностике;

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

2) при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: бактериологии; клинической лабораторной диагностике; лабораторной диагностике; медицинской статистике; организации здравоохранения и общественному здоровью; управлению сестринской деятельностью; эпидемиологии;

7. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги):

3) при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе временной нетрудоспособности.

Место осуществления деятельности: 414038, Астраханская область, город Астрахань, улица Хибинская, дом 2, литер 12, неврологический и нейрохирургический корпус.

2. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

5) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: неврологии.

3. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): 1) при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: неврологии, офтальмологии, эндокринологии;

2) при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок) диабетологии, медицинскому массажу, неврологии, нейрохирургии, операционному делу, организации сестринского дела, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, сестринскому делу, терапии, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, функциональной диагностике, челюстно-лицевой хирургии, эндокринологии;

5) При оказании паллиативной медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

2) При оказании паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях по: неврологии, сестринскому делу, терапии.

Место осуществления деятельности: 414038, Астраханская область, город Астрахань, улица Хибинская, дом 2, литер 18, терапевтический корпус.

2. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

3) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: терапии;

5) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: гастроэнтерологии; эндокринологии;

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

1) при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: гастроэнтерологии; лечебной физкультуре; медицинскому массажу; рентгенологии; сестринскому делу; терапии; ультрозвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностике; эндокринологии; эндоскопии;

2) при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; гастроэнтерологии; кардиологии; клинической фармакологии; физкультуре; медицинской реабилитации; медицинскому массажу; операционному делу; организации сестринского дела; педиатрии; психиатрии; психиатрии-наркологии; пульмонологии; рентгенологии; сестринскому делу; терапии; токсикологии; трансфузиологии; ультрозвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; эндоскопии;

2) при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок) диабетологии, медицинскому массажу, неврологии, нейрохирургии, операционному делу, организации сестринского дела, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, сестринскому делу, терапии, трансфузиологии, ультрозвуковой диагностике, функциональной диагностике, челюстно-лицевой хирургии, эндокринологии;

5) При оказании паллиативной медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

2) При оказании паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях по: неврологии, сестринскому делу, терапии.

Место осуществления деятельности: 414042, г. Астрахань, проспект Бумажников, дом 12а, кад: №30:12;040076:71.

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

1) при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: гастроэнтерологии, дезинфектологии, кардиологии, лечебной физкультуре и спортивной медицине, медицинскому массажу, медицинской реабилитации, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, организации сестринского дела, рефлексотерапии, сестринскому делу, терапии, эндокринологии, трансфузиологии, ультрозвуковой диагностике, управлению сестринской деятельностью, физиотерапии, функциональной диагностике, эндоскопии, эпидемиологии;

2) при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: дезинфектологии, гастроэнтерологии, кардиологии, лечебной физкультуре и спортивной медицине, медицинской статистике, медицинскому массажу, медицинской реабилитации, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, организации сестринского дела, рентгенологии, рефлексотерапии, сестринскому делу, терапии, трансфузиологии, ультрозвуковой диагностике, управлению сестринской деятельностью, физиотерапии, функциональной диагностике, эндоскопии, эпидемиологии, эндокринологии;

7. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги):

1) при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предрейсовым послерейсовым).

Место осуществления деятельности: 414038, Астраханская область, город Астрахань, улица Хибинская, дом 2, литер 21.

При оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерству и геникологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); сердечно-сосудистой хирургии; урологии; хирургии (абдоминальной)

414038, Астраханская область, город Астрахань, улица Хибинская, дом 2, литер 11.

При оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по травматологии и ортопедии.

414038, Астраханская область, город Астрахань, улица Хибинская, дом 2, литер 12.

При оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по: неврологии, нейрохирургии.

414038, Астраханская область, город Астрахань, улица Хибинская, дом 2, литер 18.

При оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по: гастроэнтерологии, эндокринологии.

414038, Астраханская область, город Астрахань, улица Хибинская, дом 2, кадастровый (или условный) номер: 30:12:040784:57.

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

2) при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; кардиологии; лечебной физкультуре; медицинской реабилитации; медицинскому массажу; неврологии; организации сестринского дела; рентгенологии; сестринскому делу; терапии; трансфузиологии; ультразвуковой диагностике; функциональной диагностике.

414038, Астраханская область, город Астрахань, улица Хибинская, дом 2, литер 44, пищеблок.

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

2) при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: диетологии.

414042, город Астрахань, проспект Бумажников, дом 12а, литер 44, кад: №30:12:040076:73.

5) При оказании паллиативной медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

2) При оказании паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях по: сестринскому делу, терапии, трансфузиологии, офтальмологии, неврологии, хирургии, травматологии и ортопедии, урологии, эндокринологии.

Выдана Министерством здравоохранения Астраханской области, 414056, г.Астрахань, ул. Татищева, 16 «в». Тел: (8512)54-16-19, 54-00-14. Сайт:<http://www.minzdravao.ru>.

Свидетельство о постановке на учет Российской организации в налоговом органе серия 30 №001519103 от 31.12.2011г., выдано Международной инспекцией Федеральной службы №5 по Астраханской области (инспекция Министерства Российской Федерации по налогам и сборам по Трусовскому району г. Астрахань).

Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ серия 30 №000610903 от 04.11.2002г., выдано инспекцией Министерства Российской Федерации по налогам и сборам по Кировскому району г. Астрахань).

Платежные реквизиты:

Министерство финансов Астраханской области (ГБУЗ АО «ГКБ №3») л/с 20854480566, р/с 40601810300003000001 в отделении Астрахань.

\_\_\_\_\_/Б.-А.Г.Юлушев

(подпись)

(Фамилия и инициалы)

Пациент:

Контактный телефон:

\_\_\_\_\_  
(подпись)

(Фамилия и инициалы)

УТВЕРЖДАЮ  
Главный врач ГБУЗ АО «ГКБ №3 им. С.М.Кирова

Б.А.Г.Юлушев

Приложение №4 к приказу  
от 22.03.2019 №124



### СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ: ФИЗИЧЕСКОЕ ЛИЦО

Я, \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. полностью), проживающий по адресу \_\_\_\_\_ по месту регистрации \_\_\_\_\_, паспорт \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (дата)

(название выдавшего органа), в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» №152-ФЗ подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ АО «ГКБ №3» (далее-Учреждение) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные 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 Учреждением мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Учреждения, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Учреждению право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Учреждение 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) по ОМС (договорам ДМС).

Учреждение имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договорам ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией \_\_\_\_\_ (название) и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 25 лет (для стационара), 5 лет (для поликлиники).

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие дано мной « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Учреждения по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Учреждения.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Учреждение обязано прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения расчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

УТВЕРЖДАЮ

Главный врач ГБУЗ АО «ГКБ №3 им. С.М.Кирова

Б.-А.Г.Юлушев



Приложение №3  
к приказу от 22.03.2019 №124

Уведомление

Я, \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество, сведения о паспорте, Потребителя (Заказчика))

уведомлён 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.

Пациент: \_\_\_\_\_

(подпись)

(фамилия, инициалы)





УТВЕРЖДАЮ  
Главный врач ГБУЗ АО «ГКБ №3 им. С.М.Кирова

Б.-А.Г.Юлушев

Приложение №6 к приказу  
от 22.03.2019 №124

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

к договору на предоставление платных медицинских услуг физическому лицу: о перечне платных медицинских услуг  
№ \_\_\_\_\_

г. Астрахань

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Городская клиническая больница №3 имени С.М. Кирова» (ГБУЗ АО «ГКБ №3»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача (лица, исполняющего обязанности главного врача в его отсутствие, иного уполномоченного на подписание настоящего договора лица) \_\_\_\_\_

(должность, ФИО руководителя учреждения, лица, его заменяющего, иного уполномоченного лица),

заключило с \_\_\_\_\_

(наименование юридического лица), в лице (должность, ФИО) действующего на основании (Устава, положения, доверенности)

именуемый (-ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны и гражданин (-ка) \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество, сведения о паспорте, места жительства)

именуемый в дальнейшем «Потребитель», с третьей стороны, далее вместе именуемые «Стороны», заключили настоящее  
Дополнительное соглашение о нижеследующем:

1. На условиях договора Исполнитель обязуется оказать Потребителю, а Заказчик обязуется оплатить следующие  
виды медицинских услуг:

№ п/п \_\_\_\_\_

Код услуги: \_\_\_\_\_

Наименование услуги: \_\_\_\_\_

Отделение /Ф.И.О. ответственного лица: \_\_\_\_\_

Количество услуг: \_\_\_\_\_

Срок оказания платных медицинских услуг составляет:

дата начала оказания медицинских услуг «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

дата окончания оказания медицинских услуг «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Цена услуги (услуг) составляет \_\_\_\_\_

(цифрами и прописью)

ИТОГО: \_\_\_\_\_

(сумма прописью) НДС не облагается.

2. Оплата вышеуказанных услуг осуществляется в форме 100 % предоплаты, в размере: \_\_\_\_\_

3. При возникновении необходимости выполнения дополнительных услуг, не предусмотренных  
Дополнительным соглашением, они выполняются с согласия Потребителя с оплатой по утвержденному прейскуранту.

4. Потребитель дает свое информированное добровольное согласие персоналу Исполнителя на предоставление  
платных медицинских услуг, которое является неотъемлемой частью Дополнительного соглашения.

5. Потребитель подтверждает, что Правила предоставления данных видов медицинской помощи в ГБУЗ АО «ГКБ  
№3», обеспечивающие реализацию Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам  
медицинской помощи разъяснены и отказывается от предложенной возможности получения альтернативного вида  
медицинской помощи за счет государственных средств.



УТВЕРЖДАЮ  
Главный врач ГБУЗ АО «ГКБ №3 им. С.М.Кирова»

Б.-А.Г.Юлушев

Приложение № к приказу от 22.03.2019 №124

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: ФИЗИЧЕСКОЕ ЛИЦО

Я \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество - полностью)

\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

Заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

я, \_\_\_\_\_ паспорт: \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_  
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)  
ребенка или лица признанного недееспособным: \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)

Информирован (а) о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи:

- Поставлен (а) в известность, что в соответствии со ст.84 Федеральным законом от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012г. № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» я имею право на получение платных медицинских услуг и платных немедицинских услуг (бытовых, сервисных, транспортных и иных услуг), предоставляемых дополнительно при оказании медицинской помощи.

- Поставлен (а) в известность, что в соответствии с п.15 Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012г. № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» несоблюдение указаний (рекомендаций) 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 моем состоянии здоровья.

- Добровольно даю свое согласие персоналу Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Городская клиническая больница №3 имени С.М. Кирова» на предоставление платных медицинских услуг и отказываюсь от предложенной возможности получения бесплатной медицинской помощи за счет государственных средств.

\* 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».