

# Договор № на оказание платных медицинских услуг

г. Калининград

\_\_\_\_\_ 2020 г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калининградской области «Центральная городская клиническая больница», Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц, зарегистрированном до 01 июля 2002 года серия 39 № 000294940 от «04» ноября 2002г., выданное Инспекцией МНС России по Балтийскому району г. Калининграда, за основным государственным регистрационным номером 1023901864095, осуществляющее медицинскую деятельность на основании лицензии № ЛО-39-01-002315 от 30.06.2020 г., выдана Министерством здравоохранения Калининградской области (236006 г. Калининград, Московский проспект, д.95, каб. 327 тел. 8 (401-2) 46-53-34) срок действия бессрочно, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице менеджера хозрасчетного отделения Пряда С. А., действующее на основании доверенности, именуемого в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гр. \_\_\_ в дальнейшем именуемый (ая) «Заказчик», с другой стороны, далее при совместной упоминании именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор (далее по тексту - Договор) о нижеследующем:

## 1. Предмет Договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать, именуемому(ой) в дальнейшем «Потребитель», на возмездной основе медицинские услуги по наименованию, стоимости и в сроки, указанные в Приложении № 1 к настоящему Договору, которое является неотъемлемой частью Договора, а Заказчик обязуется оплатить медицинские услуги по цене, в сроки и на условиях, установленных настоящим Договором и приложениями к нему. В случае если Заказчик одновременно является Потребителем, далее по тексту Договора он именуется «Потребитель».

## 2. Условия и порядок оказания услуг

2.1. Исполнитель в соответствии с п. 1.1 настоящего Договора оказывает медицинские услуги по настоящему Договору в помещениях Исполнителя, расположенных по адресу: 236005, г. Калининград, ул. Летняя, д. 3Б;

2.2. При привлечении Исполнителем к оказанию медицинских услуг третьих лиц Исполнитель доводит до сведения Потребителя (Заказчика) место и время оказания ему медицинских услуг.

2.3. Исполнитель осуществляет свою деятельность в соответствии с лицензией № ЛО-39-01-002315 от 30.06.2020 г. на осуществление медицинской деятельности по адресу : 236005, г. Калининград, ул. Летняя, д. 3Б

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

При проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию на наличие инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа иностранным гражданам и лицам без гражданства в выдаче либо аннулировании разрешения на временное проживание, или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации.

Орган, выдавший лицензию: Министерство здравоохранения Калининградской области.

Юридический адрес: 236000, г. Калининград, ул. Дм. Донского 1

Фактический адрес: 236006, г. Калининград, Московский проспект, д. 95, каб. 326, тел. 8 (401-2) 46-53-55

2.4. Услуги предоставляются в порядке общей очередности в "Отделении медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства" в день обращения за предоставлением Услуги (согласно режиму работы с понедельника по пятницу с 8 до 15 часов, кроме праздничных дней, для оказания данной услуги) в регистратуру Исполнителя по адресу: г. Калининград, ул. Летняя, 3Б

2.5. Режим работы регистратуры: с понедельника по пятницу с 8.00 до 15.00 часов, кроме праздничных дней. Телефон регистратуры 39-14-08.

2.6. Информация о врачах, оказывающих Услугу, их квалификации и сертификации находится в регистратуре Исполнителя.

## 3. Стоимость услуг, сроки и порядок оплаты

3.1. Потребитель (Заказчик) оплачивает медицинские услуги Исполнителю в объеме, установленном в Приложении № 1 к настоящему Договору (либо в соответствии с действующим прейскурантом цен у Исполнителя на момент обращения за медицинскими услугами). Действующий прейскурант цен на медицинские услуги размещен на сайте <https://cgkb.infomed39.ru/> и на информационных стендах Исполнителя.

3.2. Потребитель (Заказчик) оплачивает медицинские услуги Исполнителю путем предоплаты в размере 100% стоимости услуг по прейскуранту. Денежные средства вносятся в кассу Исполнителя или перечисляются на расчетный счет Исполнителя.

3.3. Актом сдачи-приемки работ по оказанию платных медицинских услуг является "Заключение о наличии (об отсутствии) инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранных граждан и лиц без гражданства, или вида на жительство, или патента, или разрешения на работу в Российской Федерации", выданное Потребителю (Заказчику) Исполнителем.

## 4. Права и обязанности сторон

### 4.1. Права Потребителя (Заказчика):

4.1.1. Потребитель (Заказчик) вправе отказаться от исполнения настоящего договора в любое время, направив Исполнителю письменный отказ, при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

### 4.2. Обязанности Потребителя (Заказчика):

4.2.1. Потребитель (Заказчик) обязан своевременно и в полном объеме оплачивать оказанные Потребителю Исполнителем услуги.

### 4.3. Исполнитель вправе:

4.3.1. Привлекать для исполнения обязательств по настоящему договору третьих лиц.

При привлечении третьих лиц Исполнитель обязан довести до сведения Потребителя (Заказчика) всю необходимую информацию о третьем лице в объеме информации, предоставляемой об Исполнителе, а также информацию о времени и месте оказания Потребителю данных медицинских услуг.

### 4.4. Исполнитель обязан:

4.4.1. По заданию Заказчика оказать услуги Потребителю (Заказчику) с учетом состояния здоровья Потребителя (Заказчика), показаний и противопоказаний, установленных в отношении оказываемых медицинских услуг.

## 5. Ответственность сторон

5.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору в соответствии с настоящим Договором и законодательством Российской Федерации.

5.2. Все споры и разногласия, вытекающие из настоящего Договора, решаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

## 6. Срок действия договора

6.1. Срок действия настоящего Договора устанавливается с момента заключения договора по «31» декабря 2020 г. включительно.

## 7. Изменение условий и расторжение Договора

7.1. Настоящий Договор может быть изменен или расторгнут Сторонами в период его действия на основе их письменного соглашения. Обязательства Сторон по настоящему Договору считаются измененными или прекращенными с момента подписания соглашения об изменении или расторжении настоящего Договора.

7.2. Потребитель вправе в любое время отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору в одностороннем порядке при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов. В этом случае Потребитель обязан уведомить об этом Исполнителя в письменной форме. В течение трех рабочих дней с момента получения соответствующего уведомления Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика) о расторжении Договора по инициативе Потребителя (Заказчика) и выставляет Потребителю (Заказчику) счет, в котором указывается стоимость понесенных Исполнителем расходов по оказанию Потребителю услуг(и), от которых(ой) он отказался. Потребитель (Заказчик) с момента получения счета от Исполнителя обязан в течение трех рабочих дней его оплатить. Уплаченные Потребителем денежные средства (в случае предоплаты услуги), превышающие стоимость понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по договору, подлежат возврату Потребителю (Заказчику) в течение трех рабочих дней с момента получения Исполнителем уведомления о расторжении настоящего Договора.

## 8. Заключительные положения

8.1. Настоящий Договор составлен в 3 экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Заказчика, третий – у Потребителя. В случае если договор заключен между Потребителем и Исполнителем, он составляется в 2 экземплярах.

8.2. Все вопросы, не урегулированные настоящим Договором, разрешаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

8.3. Все приложения, дополнения и изменения к настоящему Договору являются действительными, если они составлены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами.

8.4. Подписывая настоящий договор, Потребитель (Заказчик) подтверждает, что он (она) был(а) проинформирован(а) о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Действующие Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» размещены на сайте Исполнителя <https://cgkb.infomed39.ru/> и информационных стендах Исполнителя.

8.5. Информационные стенды Исполнителя находятся по адресу: 236005, г. Калининград, ул. Летняя, д. 3Б

8.6. Исполнитель, в соответствии со ст. 160 ГК РФ, вправе использовать факсимильное производство подписи лица, уполномоченного на подписание настоящего Договора, а также в случае внесения дополнений и изменений к нему.

## 6. Адреса и реквизиты сторон:

Исполнитель

Заказчик (Пациент)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
Калининградской области «Центральная городская клиническая  
больница»

Юридический (фактический) адрес:

236005, Калининградская область, г. Калининград, ул. Летняя, дом 3

ИНН/КПП 3908010986/390601001

УФК по Калининградской области (ЦГКБ л/с 20356408620)

р/с 40601810740301004001 Отделение Калининград, г. Калининград

БИК 042748001

ОГРН 1023901864095

Справки по тел : 39 - 14 - 08

Менеджер хозрасчетного отделения :



01011560

**Приложение №1  
к договору №  
на оказание платных медицинских услуг  
от \_\_\_\_\_ 2020 г.**

г. Калининград

\_\_\_\_\_ 2020 г.

В соответствии с п. 1.1 Договора об оказании платных медицинских услуг № от \_\_\_\_\_ 2020 г., заключенного между Потребителем (Заказчиком) и Исполнителем, Стороны договорились о нижеследующем:  
Исполнитель обязуется оказать Потребителю, а Потребитель (Заказчик) оплатить следующие услуги:

1. Лабораторные исследования на новые коронавирусы 2019n-Cov методом ПЦР - 1 470 руб.

ИТОГО : 1 470 руб.

Исполнитель

Заказчик (Пациент)

Государственное бюджетное учреждение  
здравоохранения Калининградской области  
«Центральная городская клиническая больница»  
Юридический (фактический) адрес:  
236005, Калининградская область,  
г. Калининград, ул. Летняя, дом 3  
ИНН/КПП 3908010986/390601001  
УФК по Калининградской области  
(ЦГКБ л/с 20356408620)  
р/с 40601810740301004001  
Отделение Калининград, г. Калининград  
БИК 042748001  
ОГРН 1023901864095

Справки по тел : 39 - 19 - 68

Менеджер хозрасчетного отделения :



01011560

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА №  
на обработку персональных данных  
в ГБУЗ КО «Центральная Городская Клиническая Больница»**

Я (далее - Субъект) :

Дата рождения : \_\_\_\_\_, Документ удостоверяющий личность : \_\_\_\_\_

В соответствии с требованиями ст. ст. 23, 24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных», в целях ведения медицинского учета подтверждаю свое согласие на обработку Государственным бюджетным учреждением здравоохранения Калининградской области «Центральная городская клиническая больница» расположенного по адресу: 236005, г. Калининград, ул. Летняя, 3, (далее – Учреждение-Оператор), моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), номер основного документа, удостоверяющего мою личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, прочее.

Проводить фото и видеосъемку процесса оказания услуги в целях внутреннего контроля качества оказанных медицинских услуг и использования данных материалов в научных и медицинских целях.

В процессе оказания Учреждением-оператором мне медицинской помощи я предоставляю право его работникам осуществлять следующий перечень действий с моими персональными данными:

- обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение) моих персональных данных неавтоматизированным способом, при этом общее описание вышеуказанных способов обработки данных приведено в Федеральном законе от 27.07.2006 № 152-ФЗ, а также на передачу такой информации третьим лицам, в случаях, установленных нормативными документами вышестоящих органов и законодательством.

- передачу моих персональных данных, содержащих сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Учреждения-оператора, в интересах моего обследования и лечения, в том числе, с возможностью передачи с использованием бумажных и машинных носителей, в том числе по каналам связи и по внутренней сети организации с использованием технических и программных средств защиты информации, с доступом только для должностных лиц Учреждения-Оператора.

Настоящее согласие действует бессрочно.

Настоящее согласие может быть отозвано Субъектом в любой момент по соглашению сторон. В случае неправомерного использования предоставленных данных соглашение отзывается письменным заявлением субъекта персональных данных.

Субъект по письменному запросу имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных (в соответствии с п.4 ст.14 Федерального закона от 27.06.2006 № 152-ФЗ).

Подтверждаю, что ознакомлен (а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ 2020 г. и действует бессрочно.

Подпись пациента / представителя пациента \_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие на проведение инструментальных, лабораторных обследований и осмотров врачами-специалистами при проведении медицинского освидетельствования на наличие инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа иностранным гражданам и лицам без гражданства в выдаче либо аннулировании разрешения на временное проживание, или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации**

Я \_\_\_\_\_

Дата рождения : \_\_\_\_\_, Документ удостоверяющий личность : \_\_\_\_\_

даю информированное добровольное согласие на проведение инструментальных, лабораторных обследований и осмотров врачами-специалистами при проведении медицинского освидетельствования на наличие инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа иностранным гражданам и лицам без гражданства в выдаче либо аннулировании разрешения на временное проживание, или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Калининградской области «Центральная городская клиническая больница».

Медицинским работником в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, обследований, при проведении медицинского освидетельствования, или потребовать его (их) прекращения.

Я уведомлен(а), что при отказе от прохождения медицинского освидетельствования или от прохождения хотя бы одного из осмотров или обследований врачами-специалистами, инструментальных и лабораторных исследований, предусмотренных настоящим Порядком, медицинское заключение не оформляется.

Я также уведомлен(а), что в случае выявления медицинских противопоказаний в ходе прохождения медицинского освидетельствования, денежные средства за оказанные услуги не возвращаются.

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

\_\_\_\_\_ 2020 г. \_\_\_\_\_ Подпись пациента / законного представителя