1. **ДОГОВОР № \_\_\_\_ на оказание платных медицинских услуг**

|  |  |
| --- | --- |
| г. Кемерово | «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. |

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П.Кокориной» в лице главного врача Лопатина Андрея Анатольевича, действующего на основании Устава, в дальнейшем именуемое «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка)/законный представитель гражданина (ки) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны и гражданин(ка)

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

паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ или \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование юридического лица)

ОГРН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(для юридического лица)

именуемый(ая) или именуемое в дальнейшем «Заказчик», с третьей стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

I. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги (далее - медицинские услуги) в соответствии с лицензией № Л041-01161-42/00361742 от 03.07.2020, срок действия бессрочно, выданной Министерством здравоохранения Кузбасса на медицинскую деятельность при оказании первичной доврачебной помощи, первичной врачебной медико-санитарной помощи, первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, в том числе в условиях дневного стационара, и специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по лабораторной диагностике, клинической лабораторной диагностике, медицинскому массажу, сестринскому делу, физиотерапии, функциональной диагностике, психиатрии, психиатрии-наркологии, неврологии, психотерапии, терапии; рефлексотерапии; при проведении медицинских экспертиз по судебно-медицинской экспертизе, экспертизе временной нетрудоспособности; при проведении медицинских осмотров (предсменные, предрейсовые, послесменные, послерейсовые); при проведении медицинских освидетельствований по медицинскому освидетельствованию на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором)

1.2. Медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя, данного в порядке, установленном законодательством РФ об охране здоровья граждан.

1.3. Медицинская помощь при предоставлении медицинских услуг организуется и оказывается в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, [порядками](consultantplus://offline/ref=073D13294C5FBD399C6FF87D48B7172A254001CB779F3411DC0F55396352C0D5494B9731F2A1D6FF380011A4232DB0F9F87AB5EE6D274B93j1W1I) оказания медицинской помощи, утверждаемыми Минздравом России, на основе [клинических рекомендаций](consultantplus://offline/ref=073D13294C5FBD399C6FF87D48B7172A254001CB779F3411DC0F55396352C0D5494B9731F2A1D7FD380011A4232DB0F9F87AB5EE6D274B93j1W1I) с учетом [стандартов](consultantplus://offline/ref=073D13294C5FBD399C6FF87D48B7172A254001CB779F3411DC0F55396352C0D5494B9731F2A1D6FF3E0011A4232DB0F9F87AB5EE6D274B93j1W1I) медицинской помощи, утверждаемых Минздравом России.

II. Стоимость медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты

2.1. Стоимость медицинских услуг:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

( с детализацией каждой услуги и указания стоимости каждой услуги отдельно)

Итого стоимость медицинских услуг составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб. 00 коп.

2.2. Срок оказания медицинских услуг с «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г. по «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ г.

2.3. Оплата медицинских услуг производится посредством наличных или безналичных расчетов в соответствии с законодательством РФ. С согласия Потребителя и (или) Заказчика оплата медицинских услуг осуществляется в полном размере при заключении настоящего договора путем внесения денежных средств с применением контрольно-кассовой техники структурного подразделения Исполнителя, где оказываются услуги, либо в кредитную организацию.

2.4. Условия и сроки ожидания медицинских услуг: предоставление платных медицинских услуг осуществляется после заключения договора в день обращения.

2.3. Потребителю и (или) Заказчику в случаях, установленных законодательством РФ о применении контрольно-кассовой техники, выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек или бланк строгой отчетности).

III. Права и обязанности сторон

* 1. Исполнитель обязан:
     1. предоставить медицинские услуги, качество которых соответствует обязательным требованиям к качеству медицинских услуг, установленным федеральным законом или иным нормативным правовым актам РФ;
     2. в случае если при предоставлении медицинских услуг потребуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, предупредить об этом Потребителя и (или) Заказчика;
     3. по обращению Потребителя (законного представителя Потребителя) выдать документы, подтверждающие фактические расходы Потребителя и (или) Заказчика на оказанные медицинские услуги и (или) приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения в соответствии с пунктом 33 Постановления Правительства РФ от 11.05.2023 № 736;
     4. предоставить Потребителю (законному представителю Потребителя) 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 лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.
  2. Исполнитель имеет право:
     1. получать от Потребителя и (или) информацию, необходимую для исполнения своих обязательств по настоящему договору;
     2. уведомить Потребителя и (или) Заказчика 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;
     3. требовать от Потребителя и (или) Заказчика соблюдения правил внутреннего распорядка структурного подразделения Исполнителя.
  3. Потребитель обязан:
     1. оплатить медицинские услуги (выполненные работы) в порядке и сроки, которые установлены договором;
     2. соблюдать правила внутреннего распорядка структурного подразделения Исполнителя, указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения (при нахождении на лечении и на период временной нетрудоспособности);
  4. Потребитель имеет право:
     1. получить медицинские услуги, качество которых соответствует обязательным требованиям к качеству медицинских услуг, установленным федеральным законом или иным нормативным правовым актам РФ;
     2. отказаться от исполнения договора в любое время при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору. Возврат уплаченной денежной суммы производится в течение десяти дней со дня предъявления соответствующего требования.
  5. Заказчик обязан:
     1. оплатить оказанные Исполнителем медицинские услуги (выполненные работы) в порядке и сроки, которые установлены договором.
     2. соблюдать правила поведения в медицинских организациях.
  6. Заказчик имеет право:
     1. отказаться от исполнения договора в любое время при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору. Возврат уплаченной денежной суммы производится в течение десяти дней со дня предъявления соответствующего требования.

IV. Иные условия

4.1. Порядок и условия выдачи Потребителю (законному представителю Потребителя) медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих 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, осуществляется в соответствии с приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 789н «Об утверждении порядков и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них»

4.2. При заключении договора Потребителю и (или) Заказчику предоставлена в доступной форме информация о медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках [программы](consultantplus://offline/ref=2EE4CC13A293CF6B3D77EED98AB3711B99C734CFC9062BC027EF821B4CC2471A9CFAF454595C94DB91CCF82F03394484297A25AE467BC3044AN9I) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- о порядке оказания, клинических рекомендациях, стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;

- о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

- о медицинском работнике, отвечающем за предоставление медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);

- другие сведения, относящиеся к предмету договора.

4.3. Потребитель и (или) Заказчик уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=933803E26477AE5B1EB2D4C656110A0228C4D16AA80DAF047872F59A91451B85D5B103198E4ACA07F5F51DC284gBlAI) «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.

V. Ответственность сторон

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

VI. Порядок изменения и расторжения договора

6.1. Договор может быть изменен или расторгнут по соглашению сторон или по другим основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

6.2. В случае отказа Потребителя после заключения настоящего договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Потребитель и (или) Заказчик оплачивают Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

VII. Заключительные положения

7.1. Договор составляется в 3 (трех) экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Заказчика, третий - у Потребителя. В случае если договор заключается Потребителем и Исполнителем, он составляется в 2 (двух) экземплярах.

7.2. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимиле подписи (воспроизведенное механическим способом и использованием клише).

VIII. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П.Кокориной»; Адрес: 650010, г. Кемерово, ул. Карболитовская, д. 15; ОГРН 1064205125049;

МИНФИН КУЗБАССА (ГБУЗ ККНД, л/с 20396X88090), ИНН 4205117342/КПП 420501001, БИК 013207212 ОТДЕЛЕНИЕ КЕМЕРОВО БАНКА РОССИИ//УФК по Кемеровской области – Кузбассу г. Кемерово Р/с: 03224643320000003900 Кор/с: 40102810745370000032,

КБК 00000000000000000130

Потребитель/законный представитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

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

(адрес места жительства)

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

(иные адреса, на которые Исполнитель может направлять ответы на письменные обращения)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(телефон)

Заказчик: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (адрес места жительства (адрес регистрации юридического лица)

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

(иные адреса, на которые Исполнитель может направлять ответы на письменные обращения)

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

Телефон

Подписи сторон:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ПОТРЕБИТЕЛЬ | ЗАКАЗЧИК | ИСПОЛНИТЕЛЬ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО  (должность лица, заключившего договор от имени заказчика) | Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П.Кокориной» |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подпись расшифровка подписи | \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подпись расшифровка подписи | Главный врач  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Лопатин А.А. |

1. **ДОГОВОР № \_\_\_\_ на оказание платных медицинских услуг (анонимно)**

|  |  |
| --- | --- |
| г. Кемерово | «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. |

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П.Кокориной» в лице главного врача Лопатина Андрея Анатольевича, действующего на основании Устава, в дальнейшем именуемое «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка), желающий(ая) получить платные медицинские услуги на анонимной основе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны (сведения о потребителе зафиксированы со слов потребителя услуги), и гражданин(ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ или \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование юридического лица)

ОГРН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(для юридического лица)

именуемый(ая) или именуемое в дальнейшем «Заказчик», с третьей стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

I. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги (далее - медицинские услуги) в соответствии с лицензией № Л041-01161-42/00361742 от 03.07.2020, срок действия бессрочно, выданной Министерством здравоохранения Кузбасса на медицинскую деятельность при оказании первичной доврачебной помощи, первичной врачебной медико-санитарной помощи, первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, в том числе в условиях дневного стационара, и специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по лабораторной диагностике, клинической лабораторной диагностике, медицинскому массажу, сестринскому делу, физиотерапии, функциональной диагностике, психиатрии, психиатрии-наркологии, неврологии, психотерапии, терапии; рефлексотерапии; при проведении медицинских экспертиз по судебно-медицинской экспертизе, экспертизе временной нетрудоспособности; при проведении медицинских осмотров (предсменные, предрейсовые, послесменные, послерейсовые); при проведении медицинских освидетельствований по медицинскому освидетельствованию на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

(перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором)

1.2. Медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя, данного в порядке, установленном законодательством РФ об охране здоровья граждан по форме согласно Приложения к данному договору.

1.3. Медицинская помощь при предоставлении медицинских услуг организуется и оказывается в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, [порядками](consultantplus://offline/ref=073D13294C5FBD399C6FF87D48B7172A254001CB779F3411DC0F55396352C0D5494B9731F2A1D6FF380011A4232DB0F9F87AB5EE6D274B93j1W1I) оказания медицинской помощи, утверждаемыми Минздравом России, на основе [клинических рекомендаций](consultantplus://offline/ref=073D13294C5FBD399C6FF87D48B7172A254001CB779F3411DC0F55396352C0D5494B9731F2A1D7FD380011A4232DB0F9F87AB5EE6D274B93j1W1I) с учетом [стандартов](consultantplus://offline/ref=073D13294C5FBD399C6FF87D48B7172A254001CB779F3411DC0F55396352C0D5494B9731F2A1D6FF3E0011A4232DB0F9F87AB5EE6D274B93j1W1I) медицинской помощи, утверждаемых Минздравом России.

II. Стоимость медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты

2.1. Стоимость медицинских услуг:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

( с детализацией каждой услуги и указания стоимости каждой услуги отдельно)

Итого стоимость медицинских услуг составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб. 00 коп.

2.2. Срок оказания медицинских услуг с «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г. по «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ г.

2.3. Оплата медицинских услуг производится посредством наличных или безналичных расчетов в соответствии с законодательством РФ. С согласия Потребителя и (или) Заказчика оплата медицинских услуг осуществляется в полном размере при заключении настоящего договора путем внесения денежных средств с применением контрольно-кассовой техники структурного подразделения Исполнителя, где оказываются услуги, либо в кредитную организацию.

2.4. Условия и сроки ожидания медицинских услуг: предоставление платных медицинских услуг осуществляется после заключения договора в день обращения

2.3. Потребителю и (или) Заказчику в случаях, установленных законодательством РФ о применении контрольно-кассовой техники, выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек или бланк строгой отчетности).

III. Права и обязанности сторон

* 1. Исполнитель обязан:
     1. предоставить медицинские услуги, качество которых соответствует обязательным требованиям к качеству медицинских услуг, установленным федеральным законом или иным нормативным правовым актам РФ;
     2. в случае если при предоставлении медицинских услуг потребуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, предупредить об этом Потребителя и (или) Заказчика;
     3. по обращению Потребителя (законного представителя Потребителя) выдать документы, подтверждающие фактические расходы Потребителя и (или) Заказчика на оказанные медицинские услуги и (или) приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения в соответствии с пунктом 33 Постановления Правительства РФ от 11.05.2023 № 736;
     4. предоставить Потребителю (законному представителю Потребителя) 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 лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.
  2. Исполнитель имеет право:
     1. получать от Потребителя и (или) информацию, необходимую для исполнения своих обязательств по настоящему договору;
     2. уведомить Потребителя и (или) Заказчика 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;
     3. требовать от Потребителя и (или) Заказчика соблюдения правил внутреннего распорядка структурного подразделения Исполнителя.
  3. Потребитель обязан:
     1. оплатить медицинские услуги (выполненные работы) в порядке и сроки, которые установлены договором;
     2. соблюдать правила внутреннего распорядка структурного подразделения Исполнителя, указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения (при нахождении на лечении и на период временной нетрудоспособности);
  4. Потребитель имеет право:
     1. получить медицинские услуги, качество которых соответствует обязательным требованиям к качеству медицинских услуг, установленным федеральным законом или иным нормативным правовым актам РФ;
     2. отказаться от исполнения договора в любое время при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору. Возврат уплаченной денежной суммы производится в течение десяти дней со дня предъявления соответствующего требования.
  5. Заказчик обязан:
     1. оплатить оказанные Исполнителем медицинские услуги (выполненные работы) в порядке и сроки, которые установлены договором.
     2. соблюдать правила поведения в медицинских организациях.
  6. Заказчик имеет право:
     1. отказаться от исполнения договора в любое время при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору. Возврат уплаченной денежной суммы производится в течение десяти дней со дня предъявления соответствующего требования.

IV. Иные условия

4.1. Договор заключен анонимно согласно пункту 2 части 5 статьи 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ, сведения о Потребителе зафиксированы с его слов в соответствии с подпунктом «б» пункта 23 Правил предоставления платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736.

4.2. Порядок и условия выдачи Потребителю (законному представителю Потребителя) медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих 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, осуществляется в соответствии с приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 789н «Об утверждении порядков и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них».

4.3. При заключении договора Потребителю и (или) Заказчику предоставлена в доступной форме информация о медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках [программы](consultantplus://offline/ref=2EE4CC13A293CF6B3D77EED98AB3711B99C734CFC9062BC027EF821B4CC2471A9CFAF454595C94DB91CCF82F03394484297A25AE467BC3044AN9I) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- о порядке оказания, клинических рекомендациях, стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;

- о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

- о медицинском работнике, отвечающем за предоставление медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);

- другие сведения, относящиеся к предмету договора.

4.4. Потребитель и (или) Заказчик уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=933803E26477AE5B1EB2D4C656110A0228C4D16AA80DAF047872F59A91451B85D5B103198E4ACA07F5F51DC284gBlAI) «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.

V. Ответственность сторон

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

VI. Порядок изменения и расторжения договора

6.1. Договор может быть изменен или расторгнут по соглашению сторон или по другим основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

6.2. В случае отказа Потребителя после заключения настоящего договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Потребитель и (или) Заказчик оплачивают Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

VII. Заключительные положения

7.1. Договор составляется в 3 (трех) экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Заказчика, третий - у Потребителя. В случае если договор заключается Потребителем и Исполнителем, он составляется в 2 (двух) экземплярах.

7.2. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимиле подписи (воспроизведенное механическим способом и использованием клише).

VIII. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П.Кокориной»; Адрес: 650010, г. Кемерово, ул. Карболитовская, д. 15; ОГРН 1064205125049;

МИНФИН КУЗБАССА (ГБУЗ ККНД, л/с 20396X88090), ИНН 4205117342/КПП 420501001,

БИК 013207212 ОТДЕЛЕНИЕ КЕМЕРОВО БАНКА РОССИИ//УФК по Кемеровской области – Кузбассу г. Кемерово; Р/с: 03224643320000003900 Кор/с: 40102810745370000032,

КБК 00000000000000000130

Потребитель/законный представитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

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

(адрес места жительства)

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

(иные адреса, на которые Исполнитель может направлять ответы на письменные обращения)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(телефон)

Заказчик: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (адрес места жительства (адрес регистрации юридического лица)

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

(иные адреса, на которые Исполнитель может направлять ответы на письменные обращения)

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

телефон

Подписи сторон:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ПОТРЕБИТЕЛЬ | ЗАКАЗЧИК | ИСПОЛНИТЕЛЬ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО  (должность лица, заключившего договор от имени заказчика) | Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П.Кокориной» |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подпись расшифровка подписи | \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подпись расшифровка подписи | Главный врач  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Лопатин А.А. |

Приложение к договору на оказание платных медицинских услуг (анонимно).

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство гражданина, получающего медицинскую помощь анонимно.**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

(указывается гражданином без предъявления документа, удостоверяющего личность)

"\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. рождения,

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

(указывается гражданином без предъявления документа, удостоверяющего личность)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя) (указывается по желанию гражданина)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается в случае проживания не по месту регистрации) (указывается по желанию гражданина)

в отношении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. рождения,

(дата рождения пациента при подписании ззаконным представителем)

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в [Перечень](consultantplus://offline/ref=F462877D9D56A054D68488F05A043E08723EE5EE85810FAADBD4CA5C9E00384755190A8C49AF3DFF0A97C5B90F075D5FBE1904BB44DB03B8mBe4E) определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 № 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной».

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я согласен (а) на осмотр меня/лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Мне также разъяснены возможные последствия анонимности моего обращения за медицинской помощью, в том числе в виде невозможности обеспечения преемственности на всех этапах лечебно-диагностического процесса, невозможности выдачи выписки из медицинской документации с указанием персональных данных, невозможности уведомления меня ГБУЗ ККНД о выявленных у меня патологических состояниях (заболеваниях), ставших известными ГБУЗ ККНД после прекращения оказания мне медицинских услуг.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

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

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

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

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

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

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

(указывается по желанию гражданина)

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

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г.  (дата оформления) |

**ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ к договору от «\_\_\_» \_\_\_ 20\_\_\_ № \_\_\_\_**

**на оказание платных медицинских услуг**

|  |  |
| --- | --- |
| г. Кемерово | «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. |

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П.Кокориной» в лице главного врача Лопатина Андрея Анатольевича, действующего на основании Устава, в дальнейшем именуемое «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка)/законный представитель гражданина (ки) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны и гражданин(ка)

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

паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ или \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование юридического лица)

ОГРН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(для юридического лица)

именуемый(ая) или именуемое в дальнейшем «Заказчик», с третьей стороны, заключили дополнительное соглашение об оказании Потребителю дополнительных платных медицинских услуг:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование услуги | Количество | Срок ожидания услуги | Цена услуги | Стоимость |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
|  | Всего к оплате |  |  |  |  |

Дополнительное соглашение составлено в 3 (трех) экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Заказчика, третий - у Потребителя. В случае если дополнительное соглашение заключено Потребителем и Исполнителем, оно составляется в 2 (двух) экземплярах.

Реквизиты и подписи сторон:

Исполнитель:Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П.Кокориной»; Адрес: 650010, г. Кемерово, ул. Карболитовская, д. 15; ОГРН 1064205125049;

МИНФИН КУЗБАССА (ГБУЗ ККНД, л/с 20396X88090), ИНН 4205117342/КПП 420501001,

БИК 013207212 ОТДЕЛЕНИЕ КЕМЕРОВО БАНКА РОССИИ//УФК по Кемеровской области – Кузбассу г. Кемерово; Р/с: 03224643320000003900 Кор/с: 40102810745370000032,

КБК 00000000000000000130

Потребитель/законный представитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

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

(адрес места жительства)

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

(иные адреса, на которые Исполнитель может направлять ответы на письменные обращения)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(телефон)

Заказчик: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (адрес места жительства (адрес регистрации юридического лица)

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

(иные адреса, на которые Исполнитель может направлять ответы на письменные обращения)

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

телефон

**Подписи сторон:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ПОТРЕБИТЕЛЬ | ЗАКАЗЧИК | ИСПОЛНИТЕЛЬ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО  (должность лица, заключившего договор от имени заказчика) | Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П.Кокориной» |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подпись расшифровка подписи | \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подпись расшифровка подписи | Главный врач  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Лопатин А.А. |

**ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ к договору от «\_\_\_» \_\_\_ 20\_\_\_ № \_\_\_\_**

**на оказание платных медицинских услуг (анонимно)**

|  |  |
| --- | --- |
| г. Кемерово | «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. |

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П.Кокориной» в лице главного врача Лопатина Андрея Анатольевича, действующего на основании Устава, в дальнейшем именуемое «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка), желающий(ая) получить платные медицинские услуги на анонимной основе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны (сведения о потребителе зафиксированы со слов потребителя услуги) и гражданин(ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ или \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование юридического лица)

ОГРН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(для юридического лица)

именуемый(ая) или именуемое в дальнейшем «Заказчик», с третьей стороны, заключили дополнительное соглашение об оказании Потребителю дополнительных платных медицинских услуг:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование услуги | Количество | Срок ожидания услуги | Цена услуги | Стоимость |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
|  | Всего к оплате |  |  |  |  |

Дополнительное соглашение составлено в 3 (трех) экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Заказчика, третий - у Потребителя. В случае если дополнительное соглашение заключено Потребителем и Исполнителем, оно составляется в 2 (двух) экземплярах.

Реквизиты и подписи сторон:

Исполнитель:Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П.Кокориной»; Адрес: 650010, г. Кемерово, ул. Карболитовская, д. 15; ОГРН 1064205125049;

МИНФИН КУЗБАССА (ГБУЗ ККНД, л/с 20396X88090), ИНН 4205117342/КПП 420501001,

БИК 013207212 ОТДЕЛЕНИЕ КЕМЕРОВО БАНКА РОССИИ//УФК по Кемеровской области – Кузбассу г. Кемерово Р/с: 03224643320000003900 Кор/с: 40102810745370000032,

КБК 00000000000000000130

Потребитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

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

(адрес места жительства)

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

(иные адреса, на которые Исполнитель может направлять ответы на письменные обращения)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(телефон)

Заказчик: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (адрес места жительства (адрес регистрации юридического лица)

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

(иные адреса, на которые Исполнитель может направлять ответы на письменные обращения)

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

телефон

**Подписи сторон:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ПОТРЕБИТЕЛЬ | ЗАКАЗЧИК | ИСПОЛНИТЕЛЬ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО  (должность лица, заключившего договор от имени заказчика) | Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П.Кокориной» |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подпись расшифровка подписи | \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подпись расшифровка подписи | Главный врач  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Лопатин А.А. |