



## 2. Права и обязанности Сторон

### 2.1. «Потребитель» обязан:

- 2.1.1. оплатить медицинские услуги в размере и порядке, предусмотренном в настоящем Договоре;
- 2.1.2. до начала предоставления услуги сообщить «Исполнителю» все сведения о наличии ранее перенесенных заболеваний, хронических заболеваний, аллергических реакциях, противопоказаниях к применению каких-либо лекарственных препаратов или процедур, а также другую информацию, влияющую на качество оказания услуг;
- 2.1.3. выполнять все требования медицинского персонала «Исполнителя» во время всего курса лечения;
- 2.1.4. соблюдать график приема врачей-специалистов;
- 2.1.5. отказаться на весь курс лечения от употребления наркотиков и алкоголя, соблюдать режим лечения;
- 2.1.6. выполнять назначения лечащего и дежурного врача;
- 2.1.7. соблюдать установленные правила поведения в медицинской организации;
- 2.1.8. сообщать о любых изменениях в состоянии здоровья.

### 2.2. «Потребитель» имеет право:

- 2.2.1. требовать от «Исполнителя» предоставления:
  - копии Устава,
  - копии лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность,
  - сведений о квалификации медицинских работников;
  - информацию об услуге, содержащую следующие сведения: порядок оказания медицинской помощи, стандарт оказания медицинской помощи, о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
  - других сведений, относящихся к предмету договора.
- 2.2.2. выбрать лечащего врача;
- 2.2.3. требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии (врачебной тайны);
- 2.2.4. отказаться от предоставления услуг в письменной форме, с возмещением «Исполнителю» фактически понесенных расходов.

### 2.3. «Исполнитель» обязуется:

- 2.3.1. предоставлять «Потребителю» («Заказчику») 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;
- 2.3.2. предоставлять услуги качественно, в полном объеме, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, со стандартами медицинской помощи, либо по просьбе «Потребителя» в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
- 2.3.3. оказать дополнительные медицинские услуги по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни «Потребителя» при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний без взимания платы;
- 2.3.4. предупредить «Потребителя» («Заказчика») о необходимости дополнительных медицинских услуг на возмездной основе. Без согласия «Потребителя» («Заказчика») «Исполнитель» не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе, в случае невыполнения взятых обязательств, возместить «Потребителю» стоимость лечения;
- 2.3.5. не разглашать сведения, составляющие врачебную тайну;
- 2.3.6. выдать «Потребителю» («Заказчику») медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья по результатам получения услуг.

## 3. Порядок оплаты, сдачи и приемки услуг

- 3.1. Стоимость Услуги устанавливается действующей информацией о ценах за оказание платных услуг.
- 3.2. Оплата Услуги осуществляется «Потребителем» в порядке 100-процентной предоплаты до получения Услуги путем внесения наличных денежных средств в кассу «Исполнителя» или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет «Исполнителя».
- 3.3. При внесении денежных средств в кассу, «Потребителю» («Заказчику») выдается контрольно-кассовый чек, подтверждающий произведенную оплату.
- 3.4. При возникновении необходимости оказания дополнительных медицинских услуг, по результатам обследования и лечения, стоимость медицинских услуг может быть изменена «Исполнителем» с согласия «Потребителя» («Заказчика») с учетом уточненного диагноза.
- 3.5. По окончании услуг «Исполнителем» предоставляется акт оказанных услуг, который является приложением к настоящему договору.
- 3.6. В случае отказа от подписания акта, «Потребитель» («Заказчик») обязуется сообщить мотивированный отказ от приемки услуг.
- 3.7. В случае некачественного оказания услуг «Исполнитель» обязан устранить недостатки за свой счет в ближайшее время (с учетом технологического процесса) с момента уведомления о них «Потребителем» («Заказчиком»).

## 4. Ответственность Сторон

- 4.1. «Исполнитель» освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение «Потребителем» условий настоящего Договора.
- 4.2. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору, «Исполнитель» несет ответственность, предусмотренную законодательством РФ.
- 4.3. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение обязательств, в случае наступления обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор).

## 5. Срок действия договора

- 5.1. Договор действует с момента его подписания и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.
- 5.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе любой из Сторон с обязательным письменным предварительным уведомлением другой стороны в соответствии с ГК РФ.

## 6. Прочие условия

- 6.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, Стороны будут по возможности решать путем ведения переговоров. При невозможности достижения согласия, спор подлежит передаче на рассмотрение суда, в соответствии с законодательством РФ.
- 6.2. В случае отказа «Потребителя» («Заказчика») после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. «Исполнитель» информирует «Потребителя» («Заказчика») о расторжении договора по инициативе «Потребителя», при этом «Потребитель» («Заказчик») оплачивает «Исполнителю» фактически понесенные «Исполнителем» расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

6.3. Договор составляется в 3 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 экземплярах.

6.4. Приложение к договору: акты, уведомление (согласие) потребителя, Согласие на обработку персональных данных

### 7. Адреса и реквизиты Сторон

#### «Исполнитель»

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области  
«Городская детская клиническая больница № 2 имени  
В.П. Бисяриной»  
Юридический адрес: 644007, г.Омск ул. Орджоникидзе, 58  
телефон: 24-10-19  
ИНН 5502021275; КПП 550301001  
БИК: 045209001  
р/с 40601810300003000003  
в ГРКЦ ГУ Банка России по Омской обл., г. Омск  
л/с 006220408 в Министерстве финансов Омской области  
КБК 006000000000000000130

Кассир  
БУЗОО «ГДКБ № 2 им. В.П. Бисяриной»

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

#### Потребитель («Заказчик»)

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_

Паспортные данные: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ /  
подпись

\_\_\_\_\_ /  
расшифровка

Акт № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

**Исполнитель:** Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Городская детская клиническая больница № 2 имени В.П. Бисяриной»  
адрес: город Омск 644007, улица Орджоникидзе д.58  
ОГРН 1025500743047  
ИНН 5502021275

**Потребитель  
(Заказчик, действующий в  
интересах Потребителя):**

№ п/п	Услуга	Цена	Количество, ед.	Сумма
		ИТОГО		

Всего оказано услуг \_\_\_\_ на сумму \_\_\_\_\_ в т.ч. НДС

\_\_\_\_\_ (Сумма прописью)

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

**Исполнитель**  
Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области  
«Городская детская клиническая больница № 2 имени В.П. Бисяриной»  
Кассир  
БУЗОО «ГДКБ № 2 им. В.П. Бисяриной»

**Потребитель (Заказчик)**  
Ф.И.О. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_ расшифровка

Акт № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

**Исполнитель:** Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Городская детская клиническая больница № 2 имени В.П. Бисяриной»  
адрес: город Омск 644007, улица Орджоникидзе д.58  
ОГРН 1025500743047  
ИНН 5502021275

**Потребитель  
(Заказчик, действующий в  
интересах Потребителя):**

№ п/п	Услуга	Цена	Количество, ед.	Сумма
		ИТОГО		

Всего оказано услуг \_\_\_\_ на сумму \_\_\_\_\_ в т.ч. НДС

\_\_\_\_\_ (Сумма прописью)

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

**Исполнитель**  
Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области  
«Городская детская клиническая больница № 2 имени В.П. Бисяриной»  
Кассир  
БУЗОО «ГДКБ № 2 им. В.П. Бисяриной»

**Потребитель (Заказчик)**  
Ф.И.О. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_ расшифровка

**УВЕДОМЛЕНИЕ (согласие) потребителя**

Я, \_\_\_\_\_, законный представитель  
ребенка \_\_\_\_\_  
(ФИО полностью)

\_\_\_\_\_ (ФИО полностью)

в доступной для меня форме проинформирован (а) о нижеследующем:

- о возможности получения медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- о том что, в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения указаний (рекомендаций) Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, может быть снижено качество предоставляемой платной медицинской услуги, или может повлечь за собой невозможность ее завершения в срок, отрицательно сказаться на состоянии здоровья получателя услуги.

Я, \_\_\_\_\_, согласен (сна) на подписание договора на оказание платных медицинских услуг

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Приложение  
к договору на оказание платных медицинских услуг  
от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

**Согласие на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_, законный представитель  
ребенка \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. ребенка)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку бюджетным учреждением здравоохранения Омской области «Городская детская клиническая больница № 2 имени В.П. Бисяриной», расположенным по адресу: 644007, г. Омск, ул. Орджоникидзе, д. 58 (далее – Оператор) моих персональных данных, персональных данных ребенка, чьим родителем (законным представителем) я являюсь, включающих: фамилию имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС, ДМС, 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 обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ (дата прописью)  
и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать согласие посредством составления соответствующего документа. При получении моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)