

До заключения договора на оказание платных медицинских услуг я, _____
(фамилия, имя, отчество Потребителя, указывается полностью)

Даю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в СПб ГБУЗ КВД № 4. Мне разъяснен и понятен порядок получения медицинской помощи на территории Российской Федерации, а также я уведомлен(а) о возможности получения бесплатной медицинской помощи, предусмотренной программами обязательного медицинского страхования. Я понимаю значение данного документа, имеющего юридическую силу и являющегося частью медицинской документации. Я подтверждаю, что до заключения договора на оказание платных медицинских услуг, я внимательно ознакомился с его условиями и они мне понятны. Решение о заключении договора на оказание платных медицинских услуг принято мной самостоятельно и добровольно.

Я уведомлен представителем СПб ГБУЗ «Кожно-венерологический диспансер № 4» о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников, данного учреждения, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой мне платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

(подпись Потребителя)

(фамилия, инициалы)

ДОГОВОР ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № _____

Санкт-Петербург

«_____» _____ 2026 г.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кожно-венерологический диспансер № 4», зарегистрированное ИФНС № 26 Санкт-Петербурга за основным государственным регистрационным номером 1027807591052 от 20.12.2002 г., ИНН 7814012495, действующее в соответствии с лицензией № Л041-01148-78/00365423, выданной 11.10.2013 г., именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице главного врача Теличко Игоря Николаевича, действующего на основании Устава, в дальнейшем именуемое Исполнитель, с одной стороны, и Ф.И.О. потребителя, адрес регистрации _____, данные документа, удостоверяющего личность: серия № номер выдан кем и когда выдан, в дальнейшем именуемый (ая) Потребитель с другой стороны, в дальнейшем совместно именуемые Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему договору Исполнитель, обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги (далее – услуги), а Потребитель обязуется оплатить указанные услуги, в порядке и на условиях, установленных настоящим Договором.

1.2. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в помещении Исполнителя по адресу: г. Санкт-Петербург, проспект Сизова, дом 3.

1.3. Сроки ожидания услуг по настоящему договору не превышают сроков ожидания оказания медицинской помощи, установленные Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге.

1.4. Срок предоставления услуг составляет не более 10 рабочих дней.

1.5. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых по настоящему договору, изложен в Приложении №1 к нему, являющимся неотъемлемой частью договора.

1.6. Потребителю известно, что обязательным условием для получения услуг по настоящему Договору, является предоставление им, в письменной форме, информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (Приложение №2 к договору).

1.7. Потребитель подтверждает, что при заключении настоящего Договора, он получил от Исполнителя, в наглядной и доступной форме, следующую информацию:

- О содержании Правил предоставления платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023 года № 736;

- Об условиях и сроках ожидания платных медицинских услуг в СПб ГБУЗ «Кожно-венерологический диспансер № 4»;

- О содержании Правил внутреннего распорядка для пациентов, установленных в СПб ГБУЗ «Кожно-венерологический диспансер № 4»;

- О порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи (при наличии), применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, а также информации о возможностях осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

- О медицинских работниках, отвечающих за предоставление услуг по настоящему Договору (их профессиональном образовании и квалификации);

- Об обязанности граждан, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", соблюдать режим лечения, в том числе определенного на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях;

- О возможности Потребителя получать отдельные виды и объемы 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;

1.8. Потребитель вправе предъявить медицинским работникам Исполнителя результаты медицинских обследований (исследований), в том числе медицинских анализов, полученных в иных медицинских организациях. При этом, медицинские работники Исполнителя, не несут ответственности за содержание и результаты вышеуказанных результатов медицинских обследований (исследований). Для предоставления качественной и безопасной услуги, медицинский работник Исполнителя вправе рекомендовать Потребителю повторно сдать медицинские анализы либо пройти обследование, в том числе и в случае, если между получением результатов анализов (обследований) и предъявлением их медицинскому работнику, прошел длительный промежуток времени.

Учитывая особенности возникновения и развития дерматологических и венерологических заболеваний сроки сдачи медицинских анализов оказывают прямое влияние на профилактику, диагностику и лечение таких заболеваний. Для диагностики отдельных видов заболеваний, Потребителю рекомендуется соблюдать минимальные временные промежутки между сдачей медицинского анализа и осмотром врача. Решение о выполнении рекомендаций, требований, назначений, предписаний медицинских работников СПб ГБУЗ «Кожно-венерологический диспансер № 4», Потребителем принимается самостоятельно и добровольно. При этом, Потребитель самостоятельно несет риск последствий, связанных с невыполнением либо ненадлежащим выполнением рекомендаций, назначений, предписаний, требований медицинских работников Исполнителя.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Проинформировать Потребителя о Территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Санкт-Петербурге;

2.1.2. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг лицензии учреждения и требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенных на территории Российской Федерации. При оказании медицинских услуг использовать оборудование, инструментарий и материалы, разрешенные к применению в РФ, имеющие соответствующие сертификаты и сроки годности.

2.1.3. Оказать Потребителю услуги в соответствии с Перечнем оказываемых пациенту платных медицинских услуг, качество которых должно соответствовать требованиям, предъявляемым к таким услугам.

2.1.4. Оказывать услуги в полном объеме в соответствии с настоящим договором, после их оплаты Потребителем в порядке, установленном договором.

2.1.5. В случае если при предоставлении услуг требуется оказание на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя. Без согласия Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные услуги на возмездной основе.

2.1.6. Соблюдать врачебную тайну, которую составляют, в том числе сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении.

2.1.7. Исполнитель обязуется предоставлять Потребителю по его требованию и в доступной для него форме следующую 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;

- стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги, путем размещения на сайте Исполнителя ссылок на «Официальный интернет-портал правовой информации» (www.pravo.gov.ru) и официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации, на котором размещен рубрикатор клинических рекомендаций, а также путем размещения указанных ссылок на информационные стендах;

- адреса и телефоны учредителя, исполнительного органа субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее - органы государственной власти и организации).

- иные сведения, предусмотренные законодательством РФ;

2.2. Исполнитель вправе:

2.2.1. Отказать Потребителю в предоставлении услуги, при выявлении противопоказаний к ней, а также при невозможности оказать услугу в соответствии с требованиями о качестве и безопасности, предъявляемыми к такой услуге.

2.2.2. Отказаться от исполнения настоящего Договора, в случае невыполнения Потребителем своих обязательств по оплате предоставляемых ему медицинских услуг.

2.2.3. Реализовывать другие права, предусмотренные действующим законодательством РФ.

2.3. Потребитель обязан:

2.3.1. В порядке, предусмотренном настоящим Договором (п.34.), оплатить предоставляемые услуги.

2.3.2. До оказания медицинской помощи, передать медицинскому работнику, результаты медицинских обследований (исследований), полученных за пределами СПб ГБУЗ «Кожно-венерологический диспансер № 4». Кроме того, перед получением услуги, Потребитель обязан сообщить медицинскому работнику, оказывающему услугу, все известные ему сведения о состоянии своего здоровья, в том числе о непереносимости лекарственных средств (аллергии). Заключая настоящий договор, Потребитель согласен с тем, что самостоятельно несет риск последствий, связанных с не предоставлением либо несвоевременным предоставлением им медицинским работникам СПб ГБУЗ «Кожно-венерологический диспансер № 4» вышеуказанной информации о медицинских исследованиях, состоянии здоровья и о аллергии.

2.3.3. Внимательно ознакомиться с условиями настоящего Договора до его заключения.

2.3.4. Неукоснительно, своевременно и в полном объеме выполнять все требования (предписания, назначения), и рекомендации медицинских работников СПб ГБУЗ «Кожно-венерологический диспансер № 4». Заключая настоящий договор, Потребитель согласен с тем, что самостоятельно несет риск последствий, связанных с невыполнением либо ненадлежащим выполнением им требований рекомендаций, предписаний, назначений, предоставленных медицинскими работниками СПб ГБУЗ «Кожно-венерологический диспансер № 4».

2.3.5. В процессе получения медицинской помощи от Исполнителя и в период лечения, своевременно сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия;

2.3.6. Соблюдать режим работы СПб ГБУЗ «Кожно-венерологический диспансер № 4» и правила внутреннего распорядка для пациентов;

2.3.7. Исполнять иные обязанности, предусмотренные законодательством РФ и настоящим Договором.

2.4. Потребитель вправе:

2.4.1. Получать информацию об Исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах, в соответствии с действующим законодательством РФ.

2.4.2. Отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

3. СТОИМОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТА

3.1. Стоимость услуг, оказываемых по настоящему договору, тарифицируется в соответствии с прейскурантом Исполнителя, действующим на момент оказания услуг.

3.2. Стоимость медицинских услуг, оказываемых по настоящему договору, указывается в Приложении №1 к настоящему договору, являющемуся его неотъемлемой частью.

3.3. Потребителю, в соответствии с законодательством Российской Федерации, выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек).

3.4. Оплата услуг осуществляется Потребителем сразу же после получения им соответствующей услуги. Оплата услуг, оказываемых Исполнителем, не может осуществляться частями (в рассрочку) и с отсрочкой платежа. Оплата услуг осуществляется путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя. По желанию Потребителя оплата услуг может осуществляться иным способом, не запрещенным законодательством РФ.

3.5. В случае невозможности выполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, по вине Потребителя, в том числе при нарушении последним своих обязанностей, предусмотренных Договором и законодательством РФ, оплата фактически предоставленных Потребителю медицинских услуг осуществляется в полном объеме.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством России.

4.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством России.

4.3. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение либо ненадлежащее исполнение Потребителем своих обязанностей, предусмотренных настоящим Договором.

4.4. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по договору.

4.5. Жалобы (обращения) Потребителя, касающиеся полученной услуги, направляются в адрес Исполнителя в письменной форме, посредством электронной почты по адресу: kvd4@zdrav.spb.ru либо посредством почтовой связи по адресу: 197227, Санкт-Петербург, проспект Сизова, дом 3. Потребитель вправе направить письменные жалобы (обращения) в органы государственной власти и организации, адреса которых указаны на информационных стендах, размещенных в СПб ГБУЗ «Кожно-венерологический диспансер № 4» и на его сайте (<https://www.kvd4.ru/>).

5. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения своих обязательств Сторонами, но не далее 31 декабря года, в котором был заключен договор. Стороны настоящего Договора пришли к соглашению об использовании Исполнителем при заключении Договора, всех приложений к нему и иных документов, являющихся неотъемлемыми частями Договора, факсимильного воспроизведения подписи своего представителя. Стороны согласны считать, что факсимильное воспроизведение подписи Исполнителя, полностью заменяет подлинную подпись представителя Исполнителя, подписывающего настоящий Договор.

5.2. Все дополнения и изменения условий настоящего Договора действительны, если они составлены в письменной форме, в виде Приложений к Договору. Приложения к Договору являются его неотъемлемыми частями. Настоящий Договор может быть изменен по взаимному согласию Сторон либо в случаях, предусмотренных законодательством РФ.

5.3. В случае отказа Потребителя от получения медицинских услуг договор считается расторгнутым. При этом Потребитель оплачивает исполнителю фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

Исполнитель вправе расторгнуть договор в одностороннем порядке, если у него отсутствует возможность предоставить необходимую медицинскую услугу, в том числе в соответствии с требованиями к качеству и безопасности, предъявляемыми к такой услуге.

5.4. После предоставления услуги, на основании запроса Потребителя, ему бесплатно выдаются медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья. Порядок и условия выдачи таких документов определяется законодательством РФ.

5.5. Настоящий договор составлен в двух одинаковых экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

5.6. Вопросы, не урегулированные настоящим договором, регулируются законодательством РФ.

5.7. Исполнитель оказывает медицинские услуги по настоящему договору по видам медицинской деятельности, разрешенным для осуществления Исполнителем в соответствии с имеющейся лицензией на право занятия медицинской деятельностью, а именно Лицензия № Л041-01148-78/00365423, срок действия лицензии - бессрочно, выдана 11.10.2013 г. Комитетом по здравоохранению, адрес: 191023, Санкт-Петербург, Малая Садовая ул., д. 1, тел. 8(812) 314-04-43. Выполняемые работы, оказываемые услуги: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике; медицинской статистике; сестринскому делу; физиотерапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: дерматовенерологии; клинической лабораторной диагностике; косметологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; физиотерапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: дерматовенерологии; при проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности.

5.8. В связи с большим объемом весь перечень работ (услуг), составляющих медицинскую документацию Исполнителя в соответствии с лицензией, опубликован на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» по

адресу: <https://www.kvd4.ru/>, а также на информационном стенде, размещенном в помещении СПб ГБУЗ «Кожно-венерологический диспансер № 4».

5.9. Потребитель согласен с тем, что заключением настоящего Договора, он одновременно предоставляет свое добровольное информированное согласие Исполнителю на обработку следующих персональных данных: фамилии, имени, отчества, адреса места жительства, адреса места постоянной и временной регистрации; номера телефона, адресов электронной почты, паспортных данных, сведений, полученных в момент предоставления медицинских услуг (при обследовании и лечении). Под обработкой персональных данных Стороны понимают любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, удаление, уничтожение персональных данных. Обработка персональных данных будет осуществляться Исполнителем в объеме и исключительно для целей, связанных с получением услуг от Исполнителя, а также с исполнением Сторонами своих обязательств по настоящему Договору и соблюдением законодательства России. Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано Потребителем, путем обращения к Исполнителю в письменной форме либо в ином порядке, предусмотренном законом.

Потребитель _____ / _____

7. ПОДПИСИ И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Адреса и реквизиты Сторон, указанные в настоящем разделе, являются надлежащими и достаточными для осуществления Сторонами извещений, уведомлений, направления претензий, заявлений, рекламаций, как предусмотренных, так и не предусмотренных настоящим договором.

Стороны обязуются незамедлительно уведомлять друг друга о любых изменениях в указанных ниже реквизитах.

8. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель

Потребитель

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кожно-венерологический диспансер № 4»
197227, Санкт-Петербург, пр. Сизова, дом 3, тел. 432-74-02
тел. администратора платного отделения 956-70-86
ИНН 7814012495 КПП 781401001 ОГРН 1027807591052
Лицевой счет 0641010 в Комитете финансов Санкт-Петербурга
Банк получателя: СЕВЕРО-ЗАПАДНОЕ ГУ БАНКА РОССИИ
УФК по г. Санкт-Петербургу, г. Санкт-Петербург БИК 014030106
№ счета получателя (расчетный счет) 03224643400000007200
ОКАТО 40270565000; ОКТМО 40 325 000
Электронная почта: kvd4@zdrav.spb.ru

Главный врач СПб ГБУЗ КВД №4
_____/И.Н. Теличко/

_____/ Ф.И.О. потребителя
подпись расшифровка подписи