

КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КРАСНОЯРСКИЙ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА
(КГБУЗ КККЦОМД)

ПРИКАЗ

«26» 03 2026 г.

№ ОД – 119

г. Красноярск

Об утверждении форм
договоров на предоставление
платных медицинских услуг,
форм бланков
информированных
добровольных согласий
КГБУЗ КККЦОМД

В целях введения в действие новых правил предоставления платных медицинских услуг и организации работы с пациентами на внебюджетной основе, во исполнение Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023. №736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006», учитывая приказ министерства здравоохранения Красноярского края от 03.03.2017г. №31-н «Об установлении платы на медицинские услуги (работы), предоставляемые гражданам и юридическим лицам краевым государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Считать утратившими силу приказ от 02.06.2021г. № ОД-145 «Об утверждении форм бланков информированных добровольных согласий», приказ от 25.08.2023г. № ОД-278 «Об утверждении форм договоров на предоставление платных медицинских услуг КГБУЗ КККЦОМД».

2. Начальнику информационно-аналитического отдела Валькову П.К. обеспечить постоянное наличие в программе qMS и использование строго утвержденных бланков документов, опосредующих предоставление платных медицинских услуг, бланка информированного

добровольного согласия, согласно приложениям (Приложение №1- Приложение №17).

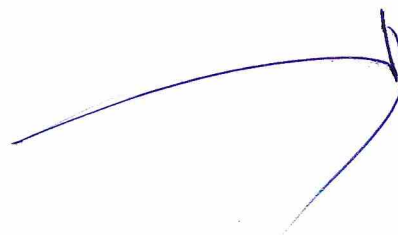
3. Назначить ответственной за размещение утвержденных бланков документов, опосредующих предоставление платных медицинских услуг, бланка информированного добровольного согласия, согласно приложениям (Приложение №1- Приложение №17), на сайте учреждения, специалиста по связям с общественностью - Курмышеву Д.А.

4. Начальнику отдела маркетинга Евлаховой А.В. обеспечить ознакомление сотрудников отдела маркетинга с формой договоров на предоставление платных медицинских услуг, бланка информированного добровольного согласия, согласно приложениям (Приложение №1- Приложение №17).

5. Настоящий приказ вступает в силу с 26.03.2026г.

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя главного врача по экономическим вопросам –Малахову Н.А.

Главный врач



В.Н. Янин

Договор № _____
на оказание платных медицинских услуг
(дородовое ведение беременности)

г. Красноярск

« _____ » _____ 20__ г.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» (далее по тексту - КГБУЗ КККЦОМД), зарегистрировано ИФНС по Октябрьскому району г. Красноярска 30.03.2012, свидетельство о постановке на учет в налоговом органе, серия 24 №006249614, имеющее Лицензию Министерства здравоохранения Красноярского края на осуществление медицинской деятельности № Л041-01019-24/00335617 от 01.11.2019г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице начальника отдела маркетинга

Евлаховой Анны Владимировны, действующей на основании Приказа № ОД-445 от 11.11.2025г. «О предоставлении права подписи», с одной стороны, и гражданка

_____, _____ г.р., паспорт серия _____ номер _____ выдан _____, дата выдачи _____, проживающая по адресу: _____

тел. _____ e-mail: _____, далее именуемая Пациент, с другой стороны, руководствуясь положениями Федерального закона от 18.07.2011 № 223ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц» и Положением о закупке товаров, работ, услуг КГБУЗ КККЦОМД, заключили настоящий договор (далее по тексту - договор) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. В соответствии с Порядком оказания платных услуг по ведению беременности КГБУЗ КККЦОМД, утвержденным главным врачом КГБУЗ КККЦОМД, по настоящему договору Исполнитель оказывает Пациенту медицинские услуги по дородовому ведению беременности, а Пациент обязуется оплатить медицинские услуги на основании Прейскуранта, утвержденного приказом «Об установлении платы на медицинские услуги (работы), предоставляемые гражданам и юридическим лицам» на момент заключения договора.

1.2. Стоимость медицинских услуг, оказываемых Пациенту в соответствии с настоящим договором, определяется согласно Перечню (Приложения №1) к настоящему договору.

1.3. Срок оказания услуг по ведению беременности: с момента оплаты суммы Договора в соответствии с п. 2.1. и получения кассового чека. Договор заканчивает своё действие после последнего визита Пациента в послеродовой период в течение 2-ух месяцев после родов на заключительный прием (прием по выбору контрацепции).

1.4. Место оказания услуг: Красноярский край, г. Красноярск, ул. Академика Киренского, 2 А, стр.1 (консультативная поликлиника).

1.5. Исполнитель оказывает медицинские услуги в соответствии с утвержденным графиком работы учреждения, графиком приема врачей Исполнителя, данными о предварительной записи иных пациентов Исполнителя и условиями, соответствующими установленным требованиям.

1.6. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1.7. При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ без экстренных показаний, не предусмотренных договором, они выполняются с письменного согласия Пациента с оплатой по утвержденному прейскуранту и оформляются дополнительным соглашением Приложение №2.

2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

установленном в Приложении № 1 к настоящему Договору. Действующий прейскурант цен на медицинские услуги размещен на сайте

<http://pericentr.ru/platnie-yslygi/> и на информационных стендах Исполнителя.

2.2. Стоимость услуг, предоставляемых Исполнителем на момент подписания настоящего договора, составляет _____ (_____ рублей) 00 копеек и оплачивается Пациентом следующим образом:

- I триместр беременности - _____ руб. ___ коп.

Дата оплаты: _____;

- II триместр беременности - _____ руб. ___ коп.

Дата оплаты: _____;

- III триместр беременности - _____ руб. ___ коп.

Дата оплаты: _____;

2.2. Пациент может оплатить всю сумму Договора единовременно путем предоплаты в размере 100% стоимости услуг по прейскуранту. Денежные средства вносятся в кассу Исполнителя или перечисляются на расчетный счет Исполнителя.

2.3. При дополнительных исследованиях, которые не входят в согласованную программу, Пациент оплачивает медицинские услуги дополнительно.

2.4. Кассовый чек, выданный Исполнителем Пациенту, является неотъемлемой частью настоящего договора.

2.5. Возврат денежных средств, уплаченных по договору, производится в соответствии с разделом 7 настоящего договора.

2.6. При наличии у Заказчика (Пациента) задолженности за оказанные услуги, Исполнитель информирует посредством электронной почты или по указанному Заказчиком (Пациентом) номеру телефона.

3. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН

3.1. Права и обязанности Исполнителя:

Исполнитель обязан:

3.1.1. Обеспечить оказание квалифицированной, качественной и безопасной медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3.1.2. Оказывать Пациенту услуги, предусмотренные п. 1.1 настоящего Договора, а при необходимости и дополнительные медицинские услуги.

Дополнительные услуги оказываются только при условии оформления дополнительного соглашения к настоящему Договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости.

3.1.3. При оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их предоставления.

3.1.4. Предоставить Пациенту достоверную, доступную информацию о предоставляемой услуге.

3.1.5. Выдать Пациенту документ строгой отчетности (кассовый чек), подтверждающий прием денежных средств от Пациента.

3.1.6. Предоставлять Пациенту по его запросу медицинские документы, отражающие состояние здоровья, включая результаты исследований, назначения и рекомендации. Порядок и сроки предоставления документов регулируются Приказом Минздрава России от 31 июля 2020 г. №789н. Для получения документов Пациент обязан представить запрос в письменной или электронной форме, при личном обращении — документ, удостоверяющий личность.

Исполнитель имеет право:

3.1.5. В случае отсутствия лечащего врача в день приема Исполнитель вправе направить Пациента к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации.

3.1.6. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза обследования и оказания гражданам медицинской помощи

3.2. Права и обязанности Пациента:

Пациент обязан:

3.2.1. В соответствии с условиями настоящим договором осуществлять оплату медицинских услуг в кассу Исполнителя. В случае отсутствия оплаты после назначения услуг в регистратуре

повторного обращения Пациента и согласования новых сроков оказания услуг.

3.2.2. Информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания услуг. В противном случае весь риск связанных с этим последствий несет Пациент.

3.2.3. Соблюдать правила внутреннего распорядка и правила поведения пациента в медицинской организации в соответствии с лечебно-охранительным режимом.

3.2.4. В случае, если Пациентом был нарушен порядок и сроки посещения специалистов Исполнителя, в соответствии настоящего договора, Исполнитель не несет ответственность за перинатальный и акушерский исход беременности, а денежные средства, уплаченные по договору возврату не подлежат.

Пациент имеет право:

3.2.4. На возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания услуги.

3.2.5. Пациент (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.

3.3. В случае оказания Пациенту медицинской услуги ненадлежащего качества, подтвержденного результатами врачебной экспертизы, Пациент имеет право:

- назначить новый срок оказания услуги;
- потребовать уменьшения стоимости предоставления услуги;
- потребовать исполнения услуги другим специалистом;
- расторгнуть договор и потребовать возмещения убытков в установленном порядке.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

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

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

4.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения Пациентом своих обязанностей или по другим основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации

4.4. Пациент возмещает медицинскому учреждению понесенные убытки, если оно не смогло оказать услугу или было вынуждено прекратить её оказание по вине Пациента

4.6. За нарушение прав Пациента Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством, в том числе законодательством о защите прав потребителей.

4.7. В случае оказания Пациенту медицинской услуги ненадлежащего качества, подтвержденного результатами врачебной экспертизы, Пациент имеет право:

- по личному заявлению оформить возврат денежных средств в кассе Исполнителя;
- безвозмездно (за счет Исполнителя) устранить недостатки оказанной услуги (повторно осуществить повторное оказание услуги);
- привлечь Исполнителя к иным мерам ответственности в соответствии с действующим законодательством.

4.8. Пациент несет имущественную ответственность за причинение ущерба Исполнителю в размере действительной стоимости поврежденного (утраченного) имущества, если такое повреждение (утрата) явилось следствием действий пациента. В этом случае пациент также обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

4.9. За нарушение санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя, повлекшее за собой причинение ущерба Исполнителю, Пациент обязан возместить причиненные убытки.

4.10. За нарушение рекомендаций Исполнителя, отразившихся на ходе оказания услуги, либо делающее невозможным оказание услуги в установленные сторонами сроки, Пациент обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

4.11. При несоблюдении и/или ненадлежащем соблюдении Пациентом рекомендаций, предписаний Исполнителя, а также при существенном нарушении им условий настоящего Договора, Исполнитель не несет ответственности за возникновение осложнений.

5. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

5.1. В случае возникновения споров и разногласий по настоящему договору, Стороны принимают меры к их разрешению путем переговоров.

разрешению в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации в Арбитражном суде Красноярского края.

5.3. Стороны предусматривают претензионный порядок урегулирования спора, срок рассмотрения претензий 10 (десять) дней.

6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. 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.

6.2. Пациент 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 Пациент обязан уведомить об этом Исполнителя в письменной форме. В течение трех рабочих дней с момента получения соответствующего уведомления Исполнитель информирует Пациента (Заказчика) о расторжении договора по инициативе Пациента (Заказчика) и выставляет Пациенту (Заказчику) счет, в котором указывается стоимость понесенных Исполнителем расходов по оказанию Пациенту услуг(и), от которых(ой) он отказался. Пациент (Заказчик) с момента получения счета от Исполнителя обязан в течение трех рабочих дней его оплатить. Уплаченные Пациентом денежные средства (в случае предоплаты услуги), превышающие стоимость понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по договору, подлежат возврату Пациенту (Заказчику) в течение трех рабочих дней с момента получения Исполнителем уведомления о расторжении настоящего Договора.

7. ПОРЯДОК ВОЗВРАТА ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ ЗА НЕОКАЗАННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ

7.1. Денежные средства (либо часть денежных средств) при оказании платных услуг возвращаются Заказчику в случаях, когда оплаченная им услуга остается по различным причинам нереализованной, а именно:

- платная медицинская услуга оказана не в полном объеме;
- при одностороннем расторжении договора;
- возврат ошибочно начисленных денежных средств после обнаружения счетной ошибки.

7.2. Денежные средства не возвращаются:

- при опоздании пациента без предварительного предупреждения менеджеров отдела платных услуг на прием к врачу без уважительной причины более чем на 20 минут (степень уважительной причины рассматривается администрацией Исполнителя) в установленное время. Пациент имеет право записаться на прием к лечащему врачу в другой день, либо быть принятым в конце рабочего дня (при наличии такой возможности), после приема пациентов, записанных на прием к лечащему врачу в этот день;

- при непредоставлении Заказчиком Исполнителю (лечащему врачу или иному специалисту) надлежащей информации, равно как и предоставление недостоверной, неполной или заведомо ложной информации об особенностях состояния здоровья Пациента;

- при нарушении Пациентом (Заказчиком) правил внутреннего распорядка лечебного учреждения;

- при неисполнении Пациентом (Заказчиком) предписаний лечащего врача и (или) иного специалиста Исполнителя.

- при осуществлении Заказчиком или Пациентом на любой стадии лечения каких-либо не согласованных с лечащим врачом действий, прямо или косвенно влияющих на ход проводимого курса лечения (в том числе самолечение, использование рекомендаций третьих лиц);

- при невозможности исполнения услуги, возникшей по вине Заказчика или Пациента согласно ст. 781 Гражданского кодекса РФ;

- при иных обстоятельствах, предусмотренных Гражданским кодексом РФ, Законом РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».

7.3 Денежные средства возвращаются частично:

- при отказе Заказчика от исполнения договора возмездного оказания услуг при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов.

7.4. Возврат денежных средств осуществляется Заказчику при предоставлении следующих документов:

1) Заявление на возврат денежных средств по образцу Исполнителя (приложение 1);

2) оригинал документа, подтверждающего оплату данной услуги (при наличии). В случае оплаты услуги по банковской карте или перечислением на расчетный счет учреждения - реквизиты банковской карты или копия первой страницы сберегательной книжки, в которых указаны: ФИО,

М.П.

руб.

Приложение №1
к Договору о
предоставлении
платных медицинских
услуг (дорожное лечение
безопасности)
от _____ № _____

**ПЕРЕЧЕНЬ
ОКАЗЫВАЕМЫХ УСЛУГ**

№	Код Услуги	Наименование Услуги	Стоимость,
1			
Итого:			

Общая стоимость оказываемых услуг: _____ (_____ руб.
_____ копеек.

Подписи сторон:

От имени Исполнителя

От имени Пациента

_____ / _____ /

_____ / _____ /

«__» _____ г.

«__» _____ г.

М.П.

Приложение №2
к Договору о
предоставлении
платных медицинских
услуг (дородовое ведение
беременности)
от _____ №

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

_____, _____.____ года рождения,
зарегистрированный(ая) по адресу: _____,
паспорт № _____, выдан _____.____ г., именуемый (ая) в дальнейшем Заказчик (Пациент), с
одной стороны, и **краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»** (далее по тексту
- **КГБУЗ КККЦОМД**), зарегистрировано ИФНС по Октябрьскому району г. Красноярска,
30.03.2012, свидетельство о постановке на учет в налоговом органе, серия 24 №006249614,
имеющее Лицензию выданную министерством здравоохранения Красноярского края № ЛО41-
01019-24/00335617 от 01.11.2019 г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице
администратора _____, действующей на основании Приказа № ОД-445 от
11.11.2025г. «О предоставлении права подписи», с другой стороны, руководствуясь положениями
Федерального закона от 18.07.2011 № 223-ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг отдельными
видами юридических лиц» и Положением о закупке товаров, работ, услуг КГБУЗ КККЦОМД
договорились об оказании дополнительных платных медицинских услуг к договору согласно
перечню:

№	Код Услуги	Наименование Услуги	Стоимость, руб.
1			
Итого:			

Общая стоимость оказываемых услуг: _____ (_____) руб.
_____ копеек.

Подписи сторон:

От имени Исполнителя

От имени Пациента

_____/_____/

_____/_____/

«__» _____ г.

«__» _____ г.

М.П.

Приложение №3
к Договору о предоставлении
платных медицинских услуг
(дородовое ведение беременности)
от _____ № _____

ОБРАЗЕЦ

Главному врачу КГБУЗ КККЦОМД
Пыляту В.Н.

От _____

Паспорт серия _____

№ _____

Выдан _____

« _____ » _____

Зарегистрирован по адресу: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас вернуть денежные средства в размере _____

_____ (сумма прописью).
По договору № _____ от _____, причина возврата _____

Вышеуказанные средства прошу перечислить на следующие реквизиты (в случае безналичной оплаты): Полное наименование банка _____

БИК, _____, КПП _____

Р/с _____

№ _____ карты _____

Ф.И.О. владельца расчетного счета _____

В случае наличной оплаты:

Денежные средства выдаются наличными нарочно, также, выдается возвратный чек (квитанция) – 2экз.

Я _____

Претензий к КГБУЗ КККЦОМД не имею.

Дата: _____

Подпись расшифровка

ДОГОВОР № _____

о предоставлении платных медицинских услуг

г. Красноярск _____ 20__ г.

_____, _____ года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу:

_____, _____, паспорт: серия _____ № _____ Выдан _____ г., именуемый (ая) в дальнейшем Заказчик (Пациент), с одной стороны, и **краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»** (далее по тексту - **КГБУЗ КККЦОМД**), зарегистрировано ИФНС по Октябрьскому району г. Красноярска, 30.03.2012, свидетельство о постановке на учет в налоговом органе, серия 24 №006249614, имеющее Лицензию выданную министерством здравоохранения Красноярского края № ЛО41-01019-24/00335617 от 01.11.2019 г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____ администратора _____, действующей на основании Приказа № ОД-445 от 11.11.2025г. «О предоставлении права подписи», с другой стороны, руководствуясь положениями Федерального закона от 18.07.2011 № 223-ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц» и Положением о закупке товаров, работ, услуг КГБУЗ КККЦОМД, заключили настоящий договор (далее по тексту - договор) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему договору Исполнитель оказывает Заказчику (Пациенту) медицинские услуги согласно перечня услуг (Приложение №1), и в кассовом чеке, являющимися неотъемлемой частью настоящего договора, а Заказчик (Пациент) который, ознакомлен с информацией о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы (при наличии полиса ОМС по месту жительства в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Красноярском крае на соответствующий календарный год), обязуется оплатить медицинские услуги на основании прејскуранта, утвержденного главным врачом КГБУЗ КККЦОМД и согласованного с министерством здравоохранения Красноярского края.

1.2. Место оказания услуг (определяется в зависимости от вида услуги):

- Красноярский край, г. Красноярск, ул. Академика Киренского, 2 А;
- Красноярский край, г. Красноярск, ул. Академика Киренского, 2 А, стр.1;
- Красноярский край, г. Красноярск, ул. Лесная, 79, стр.5;

1.3. Исполнитель оказывает медицинские услуги в соответствии с утвержденным графиком работы учреждения, графиком приема врачей Исполнителя, данными о предварительной записи иных пациентов Исполнителя и условиями, соответствующими установленным требованиям.

1.4. Срок оказания платной медицинской услуги по настоящему договору зависит от объема услуги, состояния здоровья пациента, предварительной записи и пожеланий Пациента и может продлеваться до полного и надлежащего исполнения медицинской услуги.

1.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1.6. При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ без экстренных показаний, не предусмотренных договором, они выполняются с письменного согласия Пациента с оплатой по утвержденному прејскуранту и оформляются дополнительным соглашением (Приложение №2).

1.7. При оказании платных мед. услуг Исполнителем применяются порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи утвержденные для получаемых видов услуг.

1.8. Платные медицинские услуги могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе Потребителя (Заказчика) в виде осуществления отдельных консультаций или мед. вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

2.1. Заказчик (Пациент) оплачивает медицинские услуги в кассу Исполнителя по тарифам, действующим у Исполнителя на момент оказания медицинских услуг.

2.2. Оплата медицинских (ой) услуг (и) производится наличными денежными средствами в кассу (или через банковский терминал) Исполнителя на условиях предоплаты в размере 100% стоимости услуг.

2.3. Срок оплаты: в любые сроки до непосредственного оказания медицинской услуги.

2.4. Датой оплаты считается дата поступления денежных средств в кассу. Кассовый чек, выданный Исполнителем Заказчику (Пациенту), является неотъемлемой частью настоящего договора. Сумма кассового чека (кассовых чеков) составляет сумму настоящего договора.

3. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН

3.1. Права и обязанности Исполнителя:

Исполнитель обязан:

3.1.1. Обеспечить оказание квалифицированной, качественной и безопасной медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3.1.2. Оказывать Пациенту услуги, предусмотренные п. 1.1 настоящего Договора, а при необходимости и дополнительные медицинские услуги.

Дополнительные услуги оказываются только при условии оформления дополнительного соглашения к настоящему Договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости.

3.1.3. При оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их предоставления.

3.1.4. Предоставить Заказчику (Пациенту) достоверную, доступную информацию о предоставляемой услуге.

3.1.5. Выдать Заказчику (Пациенту) документ строгой отчетности (кассовый чек), подтверждающий прием денежных средств от Заказчика (Пациента).

3.1.6. Предоставлять Пациенту по его запросу медицинские документы, отражающие состояние здоровья, включая результаты исследований, назначения и рекомендации. Порядок и сроки предоставления документов регулируются Приказом Минздрава России от 31 июля 2020 г. №789н. Для получения документов Пациент обязан представить запрос в письменной или электронной форме, при личном обращении — документ, удостоверяющий личность.

Исполнитель имеет право:

3.1.6. В случае отсутствия лечащего врача в день приема Исполнитель вправе направить Заказчика (Пациента) к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации.

3.1.7. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза обследования и оказания гражданам медицинской помощи.

3.2. Права и обязанности Заказчика (Пациента):

Заказчик (Пациент) обязан:

3.2.1. Предварительно в соответствии с настоящим договором, оплатить стоимость медицинских услуг:

- в кассу Исполнителя наличными денежными средствами;
- через банковский терминал Исполнителя;

3.2.2. Информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания услуг. В противном случае весь риск связанных с этим последствий несет Заказчик (Пациент).

3.2.3. Соблюдать правила внутреннего распорядка и правила поведения пациента в медицинской организации в соответствии с лечебно-охранительным режимом.

Заказчик (Пациент) имеет право:

3.2.4. На возмещение вреда в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги.

3.2.5. Заказчик (Пациент) имеет право отказаться от оказания услуг до момента начала их оказания и потребовать возврата уплаченных денежных средств, с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуг.

3.3. В случае оказания Заказчику (Пациенту) медицинской услуги ненадлежащего качества, подтвержденного результатами врачебной экспертизы, Заказчик (Пациент) имеет право:

- назначить новый срок оказания услуги;
- потребовать уменьшения стоимости предоставления услуги;
- потребовать исполнения услуги другим специалистом;
- расторгнуть договор и потребовать возмещения убытков в установленном порядке.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

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

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

4.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения Заказчиком (Пациентом) своих обязанностей или по другим основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

4.4. Заказчик (Пациент) возмещает медицинскому учреждению понесенные убытки, если оно не смогло оказать услугу или было вынуждено прекратить её оказание по вине Заказчика (Пациента).

4.5. Стороны несут ответственность за выполнение настоящего договора в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4.6. За нарушение прав Заказчика (Пациента) Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством, в том числе законодательством о защите прав потребителей.

4.7. В случае оказания Заказчику (Пациенту) медицинской услуги ненадлежащего качества, подтвержденного результатами врачебной экспертизы, Заказчик (Пациент) имеет право:

- по личному заявлению оформить возврат денежных средств, в кассе Исполнителя, либо возврат на его расчетный счет в случае безналичной оплаты;

- безвозмездно (за счет Исполнителя) устранить недостатки оказанной услуги (повторно осуществить повторное оказание услуги);

- привлечь Исполнителя к иным мерам ответственности в соответствии с действующим законодательством.

4.8. Заказчик (Пациент) несет имущественную ответственность за причинение ущерба Исполнителю в размере действительной стоимости поврежденного (утраченного) имущества, если такое повреждение (утрата) явилось следствием действий пациента. В этом случае пациент также обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

4.9. За нарушение санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя, повлекшее за собой причинение ущерба Исполнителю, Заказчик (Пациент) обязан возместить причиненные убытки.

4.10. За нарушение рекомендаций Исполнителя, отразившихся на ходе оказания услуги, либо делающее невозможным оказание услуги в установленные сторонами сроки, Заказчик (Пациент) обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

5. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

5.1. Все изменения и дополнения к настоящему договору будут считаться имеющими силу, если они выполнены в письменной форме и подписаны обеими сторонами.

5.2. Договор, может быть, расторгнут по соглашению сторон, по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

5.3. В случае отказа Заказчика (Пациента) после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается.

5.4. В случае многократного невыполнения Заказчиком (Пациентом) рекомендаций и требований лечащего врача, а также в случае неявки на осмотры, обследования и лечение в согласованное время, Исполнитель имеет право расторгнуть Договор в одностороннем порядке. При этом денежные средства, уплаченные Заказчиком (Пациентом) по настоящему договору, возврату не подлежат.

5.5. Исполнитель информирует Заказчика (Пациента) о расторжении договора по инициативе Заказчика (Пациента), при этом Заказчик (Пациент) оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

6.1. Обработка персональных данных осуществляется Исполнителем на основании п.5 ст.6 ФЗ №152 от 27.07.2006 «О персональных данных».

6.1. Стороны берут на себя обязательства по соблюдению конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего Договора.

6.2. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной конфиденциальной по настоящему Договору, может осуществляться только с письменного согласия другой стороны.

6.3. Конфиденциальной по настоящему Договору признается информация о результатах исследований, о выплатах за услуги, оказанные Исполнителем Заказчику (Пациенту), а также иная информация, разглашение которой может причинить вред интересам Сторон.

7. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА НЕПРЕОДОЛИМОЙ СИЛЫ

7.1. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение обязательств, в случае действия обстоятельств непреодолимой силы (пожар, наводнение, землетрясение, военные действия и т.д.) при условии, что данные обстоятельства непосредственно повлияли на выполнение условий по настоящему договору. В этом случае срок выполнения договорных обязательств будет продлен на время действия этих обстоятельств, но не более двух месяцев.

7.2. Сторона, для которой создалась невозможность исполнения обязательств по указанным причинам, должна известить другую Сторону о наступлении и прекращении действий обстоятельств непреодолимой силы в срок не позднее трех дней с подтверждением факта их действия актами компетентных органов.

8. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

8.1. В случае возникновения споров и разногласий по настоящему договору, Стороны принимают меры к их разрешению путем переговоров.

8.2. Если в результате переговоров Стороны не придут к соглашению, то споры подлежат разрешению в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

8.3. Стороны предусматривают претензионный порядок урегулирования споров, срок рассмотрения претензий 10 (десять) дней.

9. АНТИКОРРУПЦИОННАЯ ОГОВОРКА

9.1. При исполнении своих обязательств по договору, Стороны, их аффилированные лица, работники или посредники не выплачивают, не предлагают выплатить и не разрешают выплату каких-либо денежных средств или ценностей, прямо или косвенно, любым лицам, для оказания влияния на действия или решения этих лиц с целью получить какие-либо неправомерные преимущества или иные неправомерные выгоды. При исполнении своих обязательств по договору, Стороны, их аффилированные лица, работники или посредники не осуществляют действия, квалифицируемые применимым для целей договора законодательством, как дача/получение взятки, коммерческий подкуп, а также действия, нарушающие требования применимого законодательства и международных актов о противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем.

9.2. В случае возникновения у Стороны подозрений, что произошло или может произойти нарушение каких-либо положений настоящей Статьи, соответствующая Сторона обязуется уведомить другую Сторону в письменной форме. В письменном уведомлении Сторона обязана сослаться на факты или предоставлять материалы, достоверно подтверждающие или дающие основание предполагать, что произошло или может произойти нарушение каких-либо положений настоящей Статьи контрагентом, его аффилированными лицами, работниками или посредниками выражающееся в действиях, квалифицируемых применимым законодательством, как дача или получение взятки, коммерческий подкуп, а также действиях, нарушающих требования применимого законодательства и международных актов о противодействии легализации доходов, полученных преступным путем. После письменного уведомления, соответствующая Сторона имеет право приостановить исполнение обязательств по договору до получения подтверждения, что нарушения не произошло или не произойдет. Это подтверждение должно быть направлено в течение десяти рабочих дней с даты получения письменного уведомления.

9.3. В случае нарушения одной Стороной обязательств воздерживаться от запрещенных в данном разделе действий и/или неполучения другой Стороной в установленный договором срок подтверждения, что нарушения не произошло или не произойдет, другая Сторона имеет право расторгнуть договор в одностороннем порядке полностью или в части, направив письменное уведомление о расторжении. Сторона, по чьей инициативе был расторгнут договор в соответствии с положениями настоящей статьи, вправе требовать возмещения реального ущерба, возникшего в результате такого расторжения.

10. ИНЫЕ УСЛОВИЯ, ОПРЕДЕЛЯЕМЫЕ ПО СОГЛАШЕНИЮ СТОРОН

10.1. Заказчик (Пациент) дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», добровольное согласие на медицинское вмешательство, добровольное согласие на получение услуги на возмездной основе, информированное добровольное согласие на получение результатов лабораторных исследований по электронной почте (почта России) для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

10.2. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до 31.12.2026г.

10.3. По завершению оказания медицинских услуг Исполнитель выдает Заказчику (Пациенту) выписку и результаты исследований.

10.4. Споры и разногласия решаются в претензионном порядке, а в случае невозможности разрешения в судебном порядке в суде общей юрисдикции в соответствии с действующим законодательством.

10.5. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу: по одному для каждой из сторон.

11. ЛИЦЕНЗИЯ НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ

11.1. Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01019-24/00335617 от 01.11.2019г., выданная Министерством здравоохранения Красноярского края.

Приложения:

Приложение №1 – Перечень оказываемых услуг.

Приложение №2 – Дополнительное соглашение.

12. ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель: КГБУЗ КККЦОМД

Адрес: 660074. г. Красноярск.

ул. Академика Киренского. 2А.

E-mail: kkkc@pericentr.ru

тел. (391) 222-02-62

факс (391) 243-97-76

Банковские реквизиты:

ИНН- 2463236462 КПП- 246301001

Минфин края (КГБУЗ ККЦОМД

п/с 75192А00681)

Казначейский счет 03224643040000001900

ОКЦ № 3 СибГУ Банка России//УФК по

Красноярскому краю г.Красноярск

Р/с 40102810245370000011

БИК - 010407105 ОКТМО 04701000

КБК 71050000000000000130

_____ /Чащина Т. С. /

_____ / _____ /

Дополнение №1
к Договору о предоставлении
платных медицинских услуг
№ _____ от _____

**ПЕРЕЧЕНЬ
ОКАЗЫВАЕМЫХ УСЛУГ**

№	Код Услуги	Наименование Услуги	Стоимость,
1			
Итого:			

Общая стоимость оказываемых услуг: _____ (_____) руб. _____ копеек.

Подписи сторон:

От имени Исполнителя

От имени Пациента

_____/_____/_____
«__» _____ г.
М.П.

_____/_____/_____
«__» _____ г.

Уважаемые пациенты, законные представители!

1. Обращаем ваше внимание, что результаты лабораторных исследований, протоколы обследований, вы можете забрать лично, при предъявлении документа удостоверяющего личность, либо оформить доверенность с указанием паспортных данных, ФИО лица, которому вы доверяете забрать ваши результаты обследований. Отправка результатов анализов по электронной почте производится только при оформлении письменного заявления с указанием адреса электронной почты и подписью заявителя.

2. Справки в налоговый орган на возврат подоходного налога за оплаченные медицинские услуги оформляются в течение 10 рабочих дней, при предъявлении паспорта, всех чеков об оплате, копии договора и ИНН плательщика либо при электронном обращении с приложением сканов всех вышеуказанных документов по адресу marketolog@pericentr.ru

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

_____, _____._____._____. года рождения,
зарегистрированный(ая) по адресу: _____, паспорт
№ _____, выдан _____._____._____. г. , именуемый (ая) в дальнейшем Заказчик (Пациент), с одной стороны, и
**краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой
клинический центр охраны материнства и детства» (далее по тексту - КГБУЗ КККЦОМД),**
зарегистрировано ИФНС по Октябрьскому району г. Красноярска, 30.03.2012, свидетельство о постановке на
учет в налоговом органе, серия 24 №006249614, имеющее Лицензию выданную министерством
здравоохранения Красноярского края № ЛО41-01019-24/00335617 от 01.11.2019 г., именуемое в дальнейшем
«Исполнитель», в лице администратора _____, действующей на основании
Приказа № ОД-445 от 11.11.2025г. «О предоставлении права подписи», с другой стороны, руководствуясь
положениями Федерального закона от 18.07.2011 № 223-ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг отдельными
видами юридических лиц» и Положением о закупке товаров, работ, услуг КГБУЗ КККЦОМД **договорились
об оказании дополнительных платных медицинских услуг к договору согласно перечню:**

№	Код Услуги	Наименование Услуги	Стоимость, руб.
1			
Итого:			

Общая стоимость оказываемых услуг: _____ (_____) руб. _____
копеек.

Подписи сторон:

От имени Исполнителя

От имени Пациента

_____/_____/_____
«__» _____ г.
М.П.

_____/_____/_____
«__» _____ г.

Уважаемые пациенты, законные представители!

1. Обращаем ваше внимание, что результаты лабораторных исследований, протоколы обследований, вы можете забрать лично, при предъявлении документа удостоверяющего личность, либо оформить доверенность с указанием паспортных данных, ФИО лица, которому вы доверяете забрать ваши результаты обследований. Отправка результатов анализов по электронной почте производится только при оформлении письменного заявления с указанием адреса электронной почты и подписью заявителя.

2. Справки в налоговый орган на возврат подоходного налога за оплаченные медицинские услуги оформляются в течение 10 рабочих дней, при предъявлении паспорта, всех чеков об оплате, копии договора и ИНН плательщика либо при электронном обращении с приложением сканов всех вышеуказанных документов по адресу marketolog@pericentr.ru

ДОГОВОР № _____

О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ПЛАТНЫХ УСЛУГ

г. Красноярск -

_____ 20__ г.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства" (КГБУЗ КККЦОМД), зарегистрировано ИФНС по Октябрьскому району г. Красноярска 30.03.2012, свидетельство о постановке на учет в налоговом органе, серия 24 №006249614, имеющее Лицензию выданную министерством здравоохранения Красноярского края № ЛО41-01019-24/00335617 от 01.11.2019 г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице администратора _____, действующей на основании Приказа № ОД-445 от 11.11.2025г. «О предоставлении права подписи», с одной стороны, и гражданин(ка) _____, _____ года рождения, Паспорт: _____ № _____
Выдан: _____ Дата выдачи: _____, проживающий(ая) по адресу: _____, именуемый (ая) далее «Заказчик», действующий (ая) от имени и в интересах _____, _____ года рождения, паспорт: серия _____ № _____, выдан _____, дата выдачи _____, зарегистрированный(ая) по адресу: _____ (адрес проживания: _____), именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, руководствуясь положениями Федерального закона от 18.07.2011 № 223-ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц» и Положением о закупке товаров, работ, услуг КГБУЗ КККЦОМД, заключили настоящий договор (далее по тексту - договор) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему договору Исполнитель оказывает Пациенту услуги согласно перечня услуг, указанных в Приложении №1, и кассовом чеке, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора, а Заказчик/пациент обязуется оплатить медицинские услуги на основании прейскуранта, утвержденного главным врачом КГБУЗ КККЦОМД и согласованного с Министерством здравоохранения Красноярского края.

1.2. Место оказания услуг (определяется в зависимости от вида услуги):

- Красноярский край, г. Красноярск, ул. Академика Киренского, 2 А
- Красноярский край, г. Красноярск, ул. Академика Киренского, 2 А, стр.1
- Красноярский край, г. Красноярск, ул. Лесная, 79, стр.5

1.3. Исполнитель оказывает медицинские услуги в соответствии с утвержденным графиком работы учреждения, графиком приема врачей Исполнителя, данными о предварительной записи иных пациентов Исполнителя и условиями, соответствующими установленным требованиям.

1.4. Срок оказания платной медицинской услуги по настоящему договору зависит от объема услуги, состояния здоровья пациента, предварительной записи и пожеланий Пациента и может продлеваться до полного и надлежащего исполнения медицинской услуги.

1.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1.6. При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ без экстренных показаний, не предусмотренных договором, они выполняются с письменного согласия Пациента с оплатой по утвержденному прейскуранту и оформляются дополнительным соглашением (Приложение №2).

1.7. При оказании платных мед. услуг Исполнителем применяются порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, утвержденные для получаемых видов услуг.

1.8. Платные медицинские услуги могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе Потребителя (Заказчика) в виде осуществления отдельных консультаций или мед. вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи

2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

2.1. Заказчик/Пациент оплачивает медицинские услуги в кассу Исполнителя по тарифам, действующим у Исполнителя на момент оказания медицинских услуг.

2.2. Оплата медицинских (ой) услуг (и) производится наличными денежными средствами в кассу, через банковский терминал, на расчетный счет Исполнителя, на условиях предоплаты в размере 100% стоимости услуг.

2.3. Срок оплаты: в любые сроки до непосредственного оказания медицинской услуги.

2.4. Датой оплаты считается дата поступления денежных средств в кассу. Кассовый чек, выданный Исполнителем Заказчику/Пациенту, является неотъемлемой частью настоящего договора. Сумма кассового чека (кассовых чеков) составляет сумму настоящего договора.

3. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН

3.1. Права и обязанности Исполнителя:

Исполнитель обязан:

3.1.1. Обеспечить оказание квалифицированной, качественной и безопасной медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3.1.2. Оказывать Пациенту услуги, предусмотренные п. 1.1 настоящего Договора, а при необходимости и дополнительные медицинские услуги.

Дополнительные услуги оказываются только при условии оформления дополнительного соглашения к настоящему Договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости.

3.1.3. При оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их предоставления.

3.1.4. Предоставить Пациенту достоверную, доступную информацию о предоставляемой услуге.

3.1.5. Выдать Пациенту документ строгой отчетности (кассовый чек), подтверждающий прием денежных средств от Пациента.

3.1.6. Предоставлять Пациенту по его запросу медицинские документы, отражающие состояние здоровья, включая результаты исследований, назначения и рекомендации. Порядок и сроки предоставления документов регулируются Приказом Минздрава России от 31 июля 2020 г. №789н. Для получения документов Пациент обязан предоставить запрос в письменной или электронной форме, при личном обращении — документ, удостоверяющий личность.

Исполнитель имеет право:

3.1.6. В случае отсутствия лечащего врача в день приема Исполнитель вправе направить Пациента к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации.

3.1.7. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза обследования и оказания гражданам медицинской помощи.

3.1.8. В случае отсутствия оплаты после назначения услуг в регистратуре Исполнителя, Исполнитель вправе снять время оказания услуг в одностороннем порядке до момента повторного обращения Пациента и согласовать новые сроки оказания услуг.

3.2. Права и обязанности Пациента:

Пациент обязан:

3.2.1. Предварительно в соответствии с настоящим договором, оплатить стоимость медицинских услуг:

- в кассу Исполнителя наличными денежными средствами;
- через банковский терминал Исполнителя;

3.2.2. Информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания услуг. В противном случае весь риск связанных с этим последствий несет Пациент.

3.2.3. Соблюдать правила внутреннего распорядка и правила поведения пациента в медицинской организации в соответствии с лечебно-охранительным режимом.

Пациент имеет право:

3.2.4. На возмещение вреда в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги.

3.2.5. Пациент имеет право отказаться от оказания услуг до момента начала их оказания и потребовать возврата уплаченных денежных средств, с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуг.

3.3. В случае оказания Пациенту медицинской услуги ненадлежащего качества, подтвержденного результатами врачебной экспертизы, Пациент имеет право:

- назначить новый срок оказания услуги;
- потребовать уменьшения стоимости предоставления услуги;
- потребовать исполнения услуги другим специалистом;
- расторгнуть договор и потребовать возмещения убытков в установленном порядке.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

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

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

4.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения Пациентом своих обязанностей или по другим основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

4.4. Заказчик/Пациент возмещает медицинскому учреждению понесенные убытки, если оно не смогло оказать услугу или было вынуждено прекратить её оказание по вине Пациента.

4.5. Стороны несут ответственность за выполнение настоящего договора в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4.6. За нарушение прав Пациента Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством, в том числе законодательством о защите прав потребителей.

4.7. В случае оказания Пациенту медицинской услуги ненадлежащего качества, подтвержденного результатами врачебной экспертизы, Пациент имеет право:

- по личному заявлению оформить возврат денежных средств, в кассе Исполнителя, либо возврат на его расчетный счет в случае безналичной оплаты;
- безвозмездно (за счет Исполнителя) устранить недостатки оказанной услуги (повторно осуществить повторное оказание услуги);
- привлечь Исполнителя к иным мерам ответственности в соответствии с действующим законодательством.

4.8. Заказчик/Пациент несет имущественную ответственность за причинение ущерба Исполнителю в размере действительной стоимости поврежденного (утраченного) имущества, если такое повреждение (утрата) явилось следствием действий пациента. В этом случае пациент также обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

4.9. За нарушение санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя, повлекшее за собой причинение ущерба Исполнителю, Пациент обязан возместить причиненные убытки.

4.10. За нарушение рекомендаций Исполнителя, отразившихся на ходе оказания услуги, либо делающее невозможным оказание услуги в установленные сторонами сроки, Пациент обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

5. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

5.1. Все изменения и дополнения к настоящему договору будут считаться имеющими силу, если они выполнены в письменной форме и подписаны обеими сторонами

5.2. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации

5.3. В случае отказа Пациента после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается.

5.4. В случае многократного невыполнения Пациентом рекомендаций и требований лечащего врача, а также в случае неявки на осмотры, обследования и лечение в согласованное время, Исполнитель имеет право расторгнуть Договор в одностороннем порядке. При этом денежные средства, уплаченные Пациентом по настоящему договору, возврату не подлежат.

5.5. Исполнитель информирует Пациента о расторжении договора по инициативе Пациента, при этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

6.1. Обработка персональных данных осуществляется Исполнителем на основании п.5 ст.6 ФЗ №152 от 27.07.2006 «О персональных данных».

6.1. Стороны берут на себя обязательства по соблюдению конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего Договора.

6.2. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной конфиденциальной по настоящему Договору, может осуществляться только с письменного согласия другой стороны.

6.3. Конфиденциальной по настоящему Договору признается информация о результатах исследований, о выплатах за услуги, оказанные Исполнителем Заказчику, а также иная информация, разглашение которой может причинить вред интересам Сторон.

7. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА НЕПРЕОДОЛИМОЙ СИЛЫ

7.1. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение обязательств, в случае действия обстоятельств непреодолимой силы (пожар, наводнение, землетрясение, военные действия и т.д.) при условии, что данные обстоятельства непосредственно повлияли на выполнение условий по настоящему договору. В этом случае срок выполнения договорных обязательств будет продлен на время действия этих обстоятельств, но не более двух месяцев.

7.2. Сторона, для которой создалась невозможность исполнения обязательств по указанным причинам, должна известить другую Сторону о наступлении и прекращении действий обстоятельств непреодолимой силы в срок не позднее трех дней с подтверждением факта их действия актами компетентных органов.

8. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

8.1. В случае возникновения споров и разногласий по настоящему договору, Стороны принимают меры к их разрешению путем переговоров.

8.2. Если в результате переговоров Стороны не придут к соглашению, то споры подлежат разрешению в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации в Арбитражном суде Красноярского края.

8.3. Стороны предусматривают претензионный порядок урегулирования споров, срок рассмотрения претензий 10 (десять) дней.

9. АНТИКОРРУПЦИОННАЯ ОГОВОРКА

9.1. При исполнении своих обязательств по договору, Стороны, их аффилированные лица, работники или посредники не выплачивают, не предлагают выплатить и не разрешают выплату каких-либо денежных средств или ценностей, прямо или косвенно, любым лицам, для оказания влияния на действия или решения этих лиц с целью получить какие-либо неправомерные преимущества или иные неправомерные цели. При исполнении своих обязательств по договору, Стороны, их аффилированные лица, работники или посредники не осуществляют действия, квалифицируемые применимым для целей договора законодательством, как да-ча/получение взятки, коммерческий подкуп, а также действия, нарушающие требования применимого законодательства и международных актов о противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем.

9.2. В случае возникновения у Стороны подозрений, что произошло или может произойти нарушение каких-либо положений настоящей Статьи, соответствующая Сторона обязуется уведомить другую Сторону в письменной форме. В письменном уведомлении Сторона обязана сослаться на факты или предоставить материалы, достоверно подтверждающие или дающие основание предполагать, что произошло или может произойти нарушение каких-либо положений настоящей Статьи контрагентом, его аффилированными лицами, работниками или посредниками выражающееся в действиях, квалифицируемых применимым законодательством, как да-ча или получение взятки, коммерческий подкуп, а также действиях, нарушающих требования применимого законодательства и международных актов о противодействии легализации доходов, полученных преступным путем. После письменного уведомления, соответствующая Сторона имеет право приостановить исполнение обязательств по договору до получения подтверждения, что нарушения не произошло или не произойдет. Это подтверждение должно быть направлено в течение десяти рабочих дней с даты получения письменного уведомления

9.3. В случае нарушения одной Стороной обязательств воздерживаться от запрещенных в данном разделе действий и/или неполучения другой Стороной в установленный договором срок подтверждения, что нарушения не произошло или не произойдет, другая Сторона имеет право расторгнуть договор в одностороннем порядке полностью или в части, направив письменное уведомление о расторжении. Сторона, по чьей инициативе был расторгнут договор в соответствии с положениями настоящей статьи, вправе требовать возмещения реального ущерба, возникшего в результате такого расторжения.

10. ИНЫЕ УСЛОВИЯ, ОПРЕДЕЛЯЕМЫЕ ПО СОГЛАШЕНИЮ СТОРОН

10.1. Пациент дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», добровольное согласие на медицинское вмешательство, добровольное согласие на получение услуги на возмездной основе, информированное добровольное согласие на получение результатов лабораторных исследований по электронной почте (почта России) для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

10.2. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств сторонами.

10.3. По завершению оказания медицинских услуг Исполнитель выдает Заказчику выписку и результаты исследований.

10.4. Споры и разногласия решаются в претензионном порядке, а в случае невозможности разрешения в судебном порядке в суде общей юрисдикции в соответствии с действующим законодательством.

10.5. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу: по одному для каждой из сторон.

11. ЛИЦЕНЗИИ НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ

11.1. Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01019-24/00335617 от 01.11.2019 г., выданная Министерством здравоохранения Красноярского края.

12. ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель: КГБУЗ КККЦОМД

Адрес: 660074. г. Красноярск.

ул. Академика Киренского. 2А.

Е-mail: kkkc@pericentr.ru

тел. (391) 222-02-62

факс (391) 243-97-76

Банковские реквизиты:

ИНН- 2463236462 КПП- 246301001

Минфин края (КГБУЗ КККЦОМД

л/с 75192А00681)

Казначейский счет 03224643040000001900

ОКЦ № 3 СибГУ Банка России//УФК по

Красноярскому краю г.Красноярск

Р/с 40102810245370000011

БИК - 010407105 ОКТМО 04701000

КБК 71050000000000000130

Заказчик:

_____/Чащина Т. С. /

_____/_____ /

**ПЕРЕЧЕНЬ
ОКАЗЫВАЕМЫХ УСЛУГ**

№	Код Услуги	Наименование Услуги	Стоимость, руб.
1			
Итого:			

Общая стоимость оказываемых услуг: _____ (_____) руб. _____ копеек.

Подписи сторон:

От имени Исполнителя

От имени Пациента

_____/_____/

_____/_____/

«__» _____ г.

«__» _____ г.

м.п.

Уважаемые пациенты, законные представители!

1. Обращаем ваше внимание, что результаты лабораторных исследований, протоколы обследований, вы можете забрать лично, при предъявлении документа удостоверяющего личность, либо оформить доверенность с указанием паспортных данных, ФИО лица, которому вы доверяете забрать ваши результаты обследований. Отправка результатов анализов по электронной почте производится только при оформлении письменного заявления с указанием адреса электронной почты и подписью заявителя.

2. Справки в налоговый орган на возврат подоходного налога за оплаченные медицинские услуги оформляются в течение 10 рабочих дней, при предъявлении паспорта, всех чеков об оплате, копии договора и ИНН плательщика либо при электронном обращении с приложением сканов всех вышеуказанных документов по адресу marketolog@pericentr.ru

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

_____, ____ года рождения,
зарегистрированный(ая) по адресу: _____, паспорт _____
№ _____, выдан _____ г., именуемый (ая) в дальнейшем Заказчик (Пациент), с одной стороны, и Краевой
государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны
материнства и детства» (далее по тексту - КГБУЗ КККЦОМД), зарегистрировано ИФНС по Октябрьскому району г.
Красноярска, 30.03.2012, свидетельство о постановке на учет в налоговом органе, серия 24 №006249614, имеющее
Лицензию выданную министерством здравоохранения Красноярского края № ЛО41-01019-24/00335617 от 01.11.2019 г.,
именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице администратора _____, действующей в соответствии
Приказа № ОД-445 от 11.11.2025г. «О предоставлении права подписи», с другой стороны, руководствуясь положениями
Федерального закона от 18.07.2011 № 223-ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц»
и Положением о закупке товаров, работ, услуг КГБУЗ КККЦОМД договорились об оказании дополнительных
платных медицинских услуг к договору согласно перечню:

№	Код Услуги	Наименование Услуги	Стоимость, руб.
1			
Итого:			

Общая стоимость оказываемых услуг: _____ (_____) руб. _____ копеек.

Подписи сторон:

От имени Исполнителя

От имени Пациента

_____/_____/_____
«__» _____ г.
м.п.

_____/_____/_____
«__» _____ г.

Уважаемые пациенты, законные представители!

1. Обращаем ваше внимание, что результаты лабораторных исследований, протоколы обследований, вы можете забрать лично, при предъявлении документа удостоверяющего личность, либо оформить доверенность с указанием паспортных данных, ФИО лица, которому вы доверяете забрать ваши результаты обследований. Отправка результатов анализов по электронной почте производится только при оформлении письменного заявления с указанием адреса электронной почты и подписью заявителя.

2. Справки в налоговый орган на возврат подоходного налога за оплаченные медицинские услуги оформляются в течение 10 рабочих дней, при предъявлении паспорта, всех чеков об оплате, копии договора и ИНН плательщика либо при электронном обращении с приложением сканов всех вышеуказанных документов по адресу marketolog@pericentr.ru

ДОГОВОР № _____ / _____ ПЦ
на оказание услуг по предоставлению палаты повышенной комфортности

г. Красноярск

_____ 20__ г.

Красное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» (КГБУЗ КККЦОМД), зарегистрировано ИФНС по Октябрьскому району г. Красноярска 30.03.2012г., свидетельство о постановке на учет в налоговом органе, серия 24 № 006249614, имеющее Лицензию Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения на медицинскую деятельность № ЛО41-01019-24/00335617 от 01.11.2019г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующей на основании Приказа № ОД-445 от 11.11.2025г. «О предоставлении права подписи», с одной стороны, и гражданин (ка) _____, _____ года рождения, Паспорт: _____ № _____ Выдан:

Дата выдачи: _____, проживающий (ая) по адресу: Россия,

_____ именуемый (ая) _____ (ая) далее «Заказчик», с другой стороны, руководствуясь положениями Федерального закона от 18.07.2011 № 223-ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц» и Положением о закупке товаров, работ, услуг КГБУЗ КККЦОМД, заключили настоящий договор (далее по тексту - договор) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется предоставить Заказчику платную немедицинскую услугу - пребывание в палате повышенной комфортности (далее — ППК) расположенной по адресу: город Красноярск, ул. Академика Киренского, 2А, стр. 1, а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

1.2. Срок пребывания в ППК - с «___» _____ 20 г. по «___» _____ 20 г. (всего ___ суток).

1.3. Факт оказания услуги по предоставлению ППК подтверждается Актом приема-передачи оказанных услуг, подписанным Сторонами (Приложение № 1 к договору).

1.4. Заказчик подтверждает своей подписью, что ему разъяснено и понятно, что предоставление ППК не является медицинской услугой, не входит в объём бесплатной помощи, предусмотренной территориальной Программой государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи и не предусмотрено системой родового сертификата. При этом Заказчик даёт своё добровольное согласие на предоставление данной палаты на платной основе.

2. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГИ

2.1. Услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Заказчика и его согласия приобрести услугу на возмездной основе.

2.2. Госпитализация в круглосуточный стационар проводится только при наличии медицинских показаний.

2.3. Исполнитель предоставляет всю необходимую информацию, касающуюся условий пребывания в ППК, и доводит до сведения Заказчика информацию по эксплуатации имеющихся в палате бытовых приборов.

2.4. Продолжительность пребывания в ППК составляет со дня перевода пациентки в акушерское отделение № 2 до шести календарных дней, включая выходные и праздничные дни, и может продлеваться за дополнительную оплату за каждый койко-день.

При заселении до 20:00 день заезда считается как полные сутки пребывания в палате. При заселении после 20:00 сутки считаются со следующего дня. День выписки (освобождения пациентом палаты) считается как полные сутки пребывания в палате. При пребывании в палате менее 24 часов плата взимается за полные сутки.

2.5. В круглосуточном стационаре день поступления и день выписки считается за один койко-день (Приказ Минздрава РФ от 13.11.2003 N 545 «Об утверждении инструкций по заполнению учетной медицинской документации»).

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Предоставить палату в соответствии с условиями настоящего договора.

3.1.2. Предоставить Заказчику достоверную, доступную информацию о предоставляемой услуге.

3.1.3. Выдать Заказчику документ строгой отчетности (кассовый чек), подтверждающий прием денежных средств от Заказчика.

3.2. Заказчик обязан:

3.2.1. Своевременно и в полном объеме оплатить стоимость услуг в порядке и по тарифам, установленным Исполнителем.

3.2.2. Соблюдать правила внутреннего распорядка и правила поведения Заказчика в медицинской организации в соответствии с лечебно-охранительным режимом.

3.2.3. Бережно относиться к имуществу и помещению, предоставленному Исполнителем. В случае причинения ущерба имуществу Исполнителя (вследствие утраты или порчи имущества), составляя акт о порче имущества (Приложение № 2) и Заказчик обязуется в течение трех календарных дней возместить Исполнителю действительный нанесенный ущерб в полном объеме.

3.3. Заказчик вправе отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

3.4. В случае ненадлежащего оказания услуги Заказчик вправе по своему выбору потребовать безвозмездного устранения недостатков услуги в разумный срок.

3.5. Заказчик вправе отказаться от исполнения договора и потребовать полного возмещения убытков, если в установленный срок недостатки оказанной услуги не устранены Исполнителем.

4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

4.1. Стоимость договора определяется в соответствии с прейскурантом Исполнителя и составляет _____ (_____) за 1 койко-день.

4.2. Оплата осуществляется путём внесения наличных денежных средств через кассу Исполнителя либо по безналичному расчёту на расчётный счёт Исполнителя, либо иным не запрещённым законодательством способом. Подтверждением оплаты является кассовый чек. Кассовый чек, выданный Исполнителем Заказчику, является неотъемлемой частью настоящего договора.

4.3. При пребывании Заказчика в акушерском стационаре более 6 календарных дней по медицинским показаниям, доплата за дополнительные койко-дни производится по факту оказания услуги до выписки из стационара согласно действующему прейскуранту.

4.4. При возникновении задолженности по договору, Заказчик обязан погасить ее в течение 7 рабочих дней с момента выставления счета.

4.5. При просрочке оплаты Исполнитель вправе требовать уплаты пени в размере 1% за каждый день просрочки от неоплаченной суммы.

4.6. Исполнитель разъясняет, а Заказчик понимает, что денежные средства, добровольно затраченные Заказчиком в рамках настоящего Договора, возврату через страховую компанию либо из других источников не подлежат, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Стороны несут ответственность за выполнение настоящего договора в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Исполнитель освобождается от ответственности, если неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей по настоящему договору произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

5.3. Заказчик несет имущественную ответственность за причинение Заказчиком ущерба Исполнителю в размере действительной стоимости поврежденного (утраченного) имущества, если такое повреждение (утрата) явилось следствием действий Заказчика. В этом случае Заказчик также обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

5.4. За нарушение санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя, повлекшее за собой причинение ущерба Исполнителю, Заказчик обязан возместить причиненные убытки.

5.5. В случае нарушения срока предоставления услуги Исполнитель несет ответственность в соответствии с Законом РФ «О защите прав потребителей».

5.6. Споры, возникшие между сторонами, разрешаются путем переговоров, а при не достижении согласия – в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

5.7. Выписка Заказчика из учреждения, произошедшая в результате грубого нарушения Заказчиком распорядка дня, не освобождает его от обязанности оплатить фактически оказанную Исполнителем услугу.

6. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

6.1. Споры и разногласия по настоящему договору решаются путем принятия сторонами мер по их урегулированию в досудебном претензионном порядке. Ответ на письменную претензию представляется другой стороной в течение 10 рабочих дней после ее получения.

6.2. По вопросам, не урегулированным настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством.

7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

7.1. Все изменения и дополнения к настоящему договору будут считаться имеющими силу, если они зафиксированы в письменной форме и подписаны обеими сторонами.

7.2. Договор, может быть, расторгнут по соглашению сторон, по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

8. ПОРЯДОК ВОЗВРАТА ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ ЗА НЕОКАЗАННЫЕ УСЛУГИ

8.1. В случае, если Заказчик не воспользовался услугой, Исполнитель возвращает оплаченную ранее по договору сумму в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней, с момента предоставления полного комплекта документов, перечисленных в п. 8.2. настоящего договора, согласно ст. 31 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».

8.2. Возврат денежных средств осуществляется Заказчику при предоставлении следующих документов:

- 1) заявление на возврат денежных средств по образцу Исполнителя (Приложение №3);
- 2) оригинал документа, подтверждающего оплату данной услуги (при наличии). В случае оплаты услуги по банковской карте или перечислением на расчетный счет учреждения - реквизиты банковской карты, в которых указаны: ФИО, номер лицевого счета, номер расчетного счета. При отсутствии документов оплаты подтверждением оплаты считаются документы оператора фискальных данных (ОФД);
- 3) оригинал паспорта (оригинал договора, чек, паспорт);

8.3. Возврат денежных средств Заказчику производится:

- безналичным путем в случае оплаты услуги по банковской карте;
- наличными денежными средствами.

8.4. Заказчик в праве, подать заявление на возврат денежных средств за не оказанную платную услугу в течение 1 года с даты заключения договора.

9. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

9.1. Подписывая настоящий договор, Заказчик (Пациент) подтверждает, что уведомлен о том, что данная услуга не входит в программу ОМС и не финансируется из бюджета (различного уровня).

9.2. Заказчик (Пациент) подтверждает, что ознакомлен с дополнительной информацией, касающейся особенностей данной услуги.

9.3. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств сторонами.

9.4. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, стороны руководствуются нормами действующего законодательства Российской Федерации.

9.5. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

9.6. Приложения:

Приложение №1 – Акт об оказанных услугах.

Приложение №2 – Акт о порче имущества.

Приложение №3 – Заявление.

10. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Пациент:

Паспорт №

Выдан

Дата выдачи

Код подразделения

Адрес:

Телефон:

E-mail:

Исполнитель:

КГБУЗ КККЦОМД

Адрес: 660074, г. Красноярск, ул. Академика
Киренского, 2А.

Тел. 8 (391) 222-02-62 (305, 307),

Факс 8 (391) 243-97-76,

E-mail: kkkc@pericentr.ru

ИНН 2463236462 КПП 246301001

Минфин края (КГБУЗ КККЦОМД
л/с 75192А00681)

Казначейский счет (расчетный счет)
03224643040000001900

ОКЦ № 3 СибГУ Банка России//УФК по
Красноярскому краю г. Красноярск

Банковский счет (кор. счет банка)

40102810245370000011

ОКПО: 38595059 ОКТМО 04701000

ОГРН: 1122468018474 БИК 010407105

КБК – 7105000000000000130

М.П.

АКТ
об приема-передачи оказанных услуг
по предоставлению палаты повышенной комфортности

г. Красноярск

« _____ » _____ 20__ г.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» (КГБУЗ КККЦОМД), зарегистрированное ЮФНС по Октябрьскому району г. Красноярска 30.03.2012г., свидетельство о постановке на учет в налоговом органе, серия 24 № 006249614, имеющее Лицензию Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения на медицинскую деятельность № ЛО41-01019-24/00335617 от 01.11.2019г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующей на основании Приказа № ОД-445 от 11.11.2025г. «О предоставлении права подписи», с одной стороны, и гражданина (ка) _____, _____ года рождения, Паспорт: _____ № _____ Выдан: _____

Дата выдачи: _____, проживающий (ая) по адресу: Россия, _____

_____ именуемый (ая) _____ далее «Заказчик», с другой стороны, руководствуясь положениями Федерального закона от 18.07.2011 № 223-ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц» и Положением с закупке товаров, работ, услуг КГБУЗ КККЦОМД, заключили настоящий Акт о том, что:

1. «Исполнитель» своевременно и надлежащим образом оказал Заказчику услугу по предоставлению ППК в _____: всего в количестве _____ дней, период пребывания с « _____ » _____ 20__ г. по « _____ » _____ 20__ г. включительно, по договору № _____ от _____ 20__ г.
2. Заказчик подтверждает факт предоставления услуги и отсутствие претензий к срокам и условиям оказанных услуг по предоставлению ППК _____.
3. За пребывание в ППК в _____, произведена оплата в размере _____ (_____) рублей _____ коп.
4. Настоящий акт составлен в 2 экземплярах: один для Заказчика, один для Исполнителя.

ЗАКАЗЧИК:

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

_____/_____/_____
Подпись ФИО полностью

_____/_____/_____
МП

Палата освобождена, имущество без повреждений:

проверил _____,
_____ должность
Подпись ФИО полностью

Акт № _____
о повреждении (уничтожении) имущества

_____ (место составления акта)

" ____ " _____ г.
(дата составления акта)

Комиссия в составе:

_____ (должность) _____ (Ф.И.О.),
_____ (должность) _____ (Ф.И.О.),
_____ (должность) _____ (Ф.И.О.),

составила настоящий акт по факту повреждения (уничтожения) имущества.

Комиссия установила, что " ____ " _____ г. в результате _____
_____ повреждено (уничтожено) следующее имущество организации:

_____.

Общая стоимость ущерба составила _____ (_____) рублей.

Приложения:

1. _____
2. _____
3. _____

Подписи членов комиссии:

_____ (подпись) / _____ (Ф.И.О.)
_____ (подпись) / _____ (Ф.И.О.)
_____ (подпись) / _____ (Ф.И.О.)

ОБРАЗЕЦ

ЗАЯВЛЕНИЕ

Главному врачу КГБУЗ КККЦОМД
Янину В.Н.

Паспорт серия _____

№ _____

Выдан _____

« _____ » _____

Зарегистрирован по адресу: _____

Прошу Вас вернуть денежные средства в размере _____

(сумма прописью).

По договору № _____ от _____, причина возврата _____

Вышеуказанные средства прошу перечислить на следующие реквизиты (в случае безналичной оплаты):
Полное наименование банка _____

БИК, _____, КПП _____

Р/с _____

№ _____ карты _____

Ф.И.О. владельца расчетного счета _____

В случае оплаты наличными:

Денежные средства выдаются наличными нарочно, также, выдается возвратный чек (квитанция) – в 2 (двух) экз.

Я _____

Претензий к КГБУЗ КККЦОМД не имею.

Дата: _____

/_____
Подпись расшифровка

3.4. В случае ненадлежащего оказания услуги Заказчик (Пациент) вправе по своему выбору потребовать безвозмездного устранения недостатков услуги в разумный срок.

3.5. Заказчик (Пациент) вправе отказаться от исполнения договора и потребовать полного возмещения убытков, если в установленный срок недостатки оказанной услуги не устранены Исполнителем.

4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

4.1. Стоимость договора определяется по тарифам, действующим у Исполнителя на момент оказания сервисных услуг.

4.2. Оплата услуги производится Заказчиком на условиях предоплаты в размере 100% стоимости услуги:

- в кассу Исполнителя наличными денежными средствами;

- через банковский терминал Исполнителя;

4.3. При пребывании Заказчика в акушерском стационаре более 6 календарных дней по медицинским показаниям, доплата за дополнительные койко-дни производится по факту оказания услуги до выписки из стационара согласно действующего прейскуранта.

4.4. Датой оплаты считается дата поступления денежных средств в кассу. Кассовый чек, выданный Исполнителем Заказчику, является неотъемлемой частью настоящего договора. Сумма кассового чека (кассовых чеков) составляет сумму настоящего договора.

4.5. При возникновении задолженности по договору, Заказчик обязан погасить ее в течение 7 рабочих дней с момента выставления счета.

4.6. Исполнитель разъясняет, а Заказчик понимает, что денежные средства, добровольно затраченные Заказчиком в рамках настоящего Договора, возврату через страховую компанию либо из других источников не подлежат, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Стороны несут ответственность за выполнение настоящего договора в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Исполнитель освобождается от ответственности, если неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей по настоящему договору произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

5.3. Заказчик (Пациент) несет имущественную ответственность за причинение Пациентом ущерба Исполнителю в размере действительной стоимости поврежденного (утраченного) имущества, если такое повреждение (утрата) явилось следствием действий Пациента. В этом случае Заказчик (Пациент) также обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

5.4. За нарушение санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя, повлекшее за собой причинение ущерба Исполнителю, Заказчик (Пациент) обязан возместить причиненные убытки.

5.5. В случае нарушения срока предоставления услуги Исполнитель несет ответственность в соответствии с Законом РФ «О защите прав потребителей».

5.6. Споры, возникшие между сторонами, разрешаются путем переговоров, а при не достижении согласия в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

5.7. Выписка Заказчика из учреждения, произошедшая в результате грубого нарушения Заказчиком распорядка дня, не освобождает его от обязанности оплатить фактически оказанную Исполнителем услугу.

6. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

6.1. Споры и разногласия по настоящему договору решаются путем принятия сторонами мер по их урегулированию в досудебном претензионном порядке. Ответ на письменную претензию представляется другой стороной в течение 10 рабочих дней после ее получения.

6.2. По вопросам, не урегулированным настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством.

7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

7.1. Все изменения и дополнения к настоящему договору будут считаться имеющими силу, если они зафиксированы в письменной форме и подписаны обеими сторонами.

7.2. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

8. ПОРЯДОК ВОЗВРАТА ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ ЗА НЕОКАЗАННЫЕ УСЛУГИ

8.1. В случае, если Заказчик не воспользовался услугой, Исполнитель возвращает оплаченную ранее по договору сумму в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней, с момента предоставления полного комплекта документов, перечисленных в п. 8.2. настоящего договора, согласно ст. 31 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».

8.2. Возврат денежных средств осуществляется Заказчику при предоставлении следующих документов:

1) заявление на возврат денежных средств по образцу Исполнителя (Приложение №4);

2) оригинал документа, подтверждающего оплату данной услуги (при наличии). В случае оплаты услуги по банковской карте или перечислением на расчетный счет учреждения - реквизиты банковской карты, в которых указаны: ФИО, номер лицевого счета, номер расчетного счета. При отсутствии документов оплаты подтверждением оплаты считаются документы оператора фискальных данных (ОФД);

3) оригинал паспорта (оригинал договора, чек, паспорт);

8.3. Возврат денежных средств Заказчику производится:

- безналичным путем в случае оплаты услуги по банковской карте;
- наличными денежными средствами.

8.4. Заказчик в праве, подать заявление на возврат денежных средств за неоказанную платную услугу в течение 1 года с даты заключения договора.

9. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

9.1. Подписывая настоящий договор, Заказчик (Пациент) подтверждает, что уведомлен о том, что данная услуга не входит в программу ОМС и не финансируется из бюджета (различного уровня).

9.2. Заказчик (Пациент) подтверждает, что ознакомлен с дополнительной информацией, касающейся особенностей данной услуги.

9.3. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств сторонами.

9.4. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, стороны руководствуются нормами действующего законодательства Российской Федерации.

9.5 Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

Приложения:

Приложение №1 – Перечень оказываемых услуг.

Приложение №2 – Акт об оказанных услугах.

Приложение №3 – Акт о порче имущества.

Приложение №4 – Заявление.

10. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Пациент:
Паспорт №
Выдан
Дата выдачи
Код подразделения
Адрес:
Телефон:
E-mail:

Исполнитель:
КГБУЗ КККЦОМД
Адрес: 660074, г. Красноярск, ул. Академика Киренского, 2А.
Тел. 8 (391) 222-02-62,
Факс 8 (391) 243-97-76,
E-mail: kkkc@pericentr.ru
ИНН 2463236462 КПП 246301001 Минфин края (КГБУЗ КККЦОМД л/с 75192А00681)
Казначейский счет (расчетный счет)
03224643040000001900
ОКЦ № 3 СибГУ Банка России//УФК по Красноярскому краю г. Красноярск
Банковский счет (кор. счет банка) 40102810245370000011
ОКПО: 38595059 ОКТМО 04701000 ОГРН:
1122468018474 БИК 010407105
КБК 71050000000000000130

_____ //

_____ / _____ . /
М.П.

**ПЕРЕЧЕНЬ
ОКАЗЫВАЕМЫХ УСЛУГ**

№	Код Услуги	Наименование Услуги	Стоимость, руб.
1			
Итого:			

Общая стоимость оказываемых услуг: _____ (_____) руб. _____ копеек.

Подписи сторон:

От имени Исполнителя

От имени Пациента

_____ / _____ /

_____ / _____ /

«__» _____ г.

«__» _____ г.

М.П.

АКТ
об оказанных услугах
 « _____ » _____ 20__ г.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский крае-вой клинический центр охраны материнства и детства» (КГБУЗ КККЦОМД), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице администратора _____, действующей на основании Приказа № №ОД-445 от 11.11.2025г. «О предоставлении права подписи», с одной стороны, и

 (Ф.И.О. полностью; число, месяц и год рождения),

именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик», составили настоящий акт о том, что

1. «Исполнитель» своевременно и надлежащим образом организовал «Заказчику» пребывание в палате повышенной комфортности _____ отделения: всего _____ дней, период пребывания с « _____ » _____ 20__ г. по « _____ » _____ 20__ г. включительно, по договору № _____ от _____ 20__ г.

2. «Заказчик» не имеет претензий к срокам и условиям организации предоставления палаты.

3. За организованное пребывание в палате повышенной комфортности произведена оплата в порядке предоплаты в размере 100% стоимости услуг в размере _____ рублей _____ коп.

4. Всего оплачено: _____

(_____) руб. _____ коп.

5. Настоящий акт составлен в 2 экземплярах: один для Заказчика, один для Исполнителя.

ЗАКАЗЧИК: _____ / _____ / Подпись ФИО полностью	ИСПОЛНИТЕЛЬ: _____ / _____ / МП
--	---

Палата освобождена, имущество без повреждений:

проверил _____,

должность

_____ /
 Подпись

_____ /
 ФИО полностью

АКТ ПОДПИСЫВАЕТСЯ В ДЕНЬ ОСВОБОЖДЕНИЯ ПАЛАТЫ

Акт № _____
о повреждении (уничтожении) имущества

_____ (место составления акта)

" ____ " _____ г.
(дата составления акта)

Комиссия в составе:

_____ (должность) _____ (Ф.И.О.),

_____ (должность) _____ (Ф.И.О.),

_____ (должность) _____ (Ф.И.О.),

составила настоящий акт по факту повреждения (уничтожения) имущества.

Комиссия установила, что " ____ " _____ г. в результате _____
повреждено (уничтожено) следующее имущество организации:

_____.

Общая стоимость ущерба составила _____ (_____) рублей.

Приложения:

1. _____
2. _____
3. _____

Подписи членов комиссии:

_____ (подпись) / _____ (Ф.И.О.)

_____ (подпись) / _____ (Ф.И.О.)

_____ (подпись) / _____ (Ф.И.О.)

ОБРАЗЕЦ

Главному врачу КГБУЗ КККЦОМД
Янину В.Н.

От _____

Паспорт серия _____

№ _____

Выдан _____

« _____ » _____

Зарегистрирован по адресу: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас вернуть денежные средства в размере _____

(сумма _____ прописью).

По договору № _____ от _____, причина возврата _____

Вышеуказанные средства прошу перечислить на следующие реквизиты (в случае безналичной оплаты): Полное наименование банка _____

БИК, _____, КПП _____

Р/с _____

№ _____ карты _____

Ф.И.О. владельца расчетного счета _____

В случае наличной оплаты:

Денежные средства выдаются наличными нарочно, также, выдается возвратный чек (квитанция) – 2экз.

Я _____ Претензий к КГБУЗ
КККЦОМД не имею.

Дата: _____

Подпись расшифровка

ДОГОВОР № _____
пожертвования денежных средств

г. Красноярск

«___» _____ 202__ г.

Я, Гражданин (ка) Российской Федерации _____

(Ф.И.О гражданина или законного представителя)

проживающий (ая): _____

(адрес физического лица)

паспорт: _____

(серия, номер, кем и когда выдан)

действующий (ая) на добровольной основе, именуемый (ая) в дальнейшем «Жертвователь», с одной стороны, и краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» (далее по тексту - КГБУЗ КККЦОМД), именуемое в дальнейшем «Благополучатель», в лице начальника отдела маркетинга _____, действующий на основании доверенности № _____ от «___» _____ 20__ г., с другой стороны, а вместе и по отдельности именуемые Стороны, руководствуясь ст. 39 Конституции РФ, Гражданским кодексом РФ, Налоговым кодексом РФ, Федеральным законом от 11.08.1995 № 135-ФЗ «О благотворительной деятельности и благотворительных организациях» и Уставом КГБУЗ КККЦОМД, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. Жертвователь обязуется передать в дар, а Благополучатель принять денежные средства в размере _____ (_____) рублей в качестве добровольного пожертвования.

1.2. На основании ст. 572-582 ГК РФ, добровольно переданные Жертвователем в безвозмездное пользование денежные средства, могут быть использованы Благополучателем на цели, предусмотренные Уставом, а то есть на ведение уставной деятельности в области профилактики и охраны здоровья граждан Российской Федерации не связанной с предпринимательской деятельностью, а так же на иные, не запрещенные действующим законодательством Российской Федерации цели, в том числе: на развитие материально-технической базы, на капитальный и текущий ремонт имущества, на организацию учебно-производственного и воспитательного процесса, а также иные цели, связанные с деятельностью КГБУЗ КККЦОМД.

1.3. Пожертвование осуществляется в безналичном порядке путем перечисления денежных средств на лицевой счет Благополучателя, открытый в министерстве финансов Красноярского края, по реквизитам, указанным в разделе 5 настоящего договора, либо внесением наличных денежных средств в кассу Благополучателя или быстрым способом в мобильном приложении банка Жертвователя по QR-коду в приложении к договору (нужное подчеркнуть).

1.4. В соответствии с пунктом 2 статьи 251 Налогового кодекса РФ целевые поступления на содержание некоммерческих организаций не подлежат налогообложению.

2. Обязанности Сторон

2.1. «Благополучатель» обязуется:

2.1.1. использовать полученные денежные средства, на цели, указанные в пункте 1.2. настоящего Договора.

2.1.2. «Благополучатель» вправе в любое время до передачи пожертвования от него отказаться. Отказ от пожертвования должен быть совершен в письменной форме. В таком случае настоящий договор считается расторгнутым с момента получения «Жертвователем» письменного отказа.

2.2. «Жертвователь» обязуется:

2.2.1. перечислить денежные средства, на цели, указанные в п. 1.2. настоящего Договора в качестве добровольного пожертвования и в соответствии с п. 1.3. настоящего договора.

3. Срок действия настоящего Договора

3.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами всех своих обязательств по нему.

4. Прочие условия

4.1. Все изменения и дополнения к настоящему Договору действительны в том случае, если они оформлены в письменном виде и подписаны обеими Сторонами.

4.2. Взаимоотношения Сторон, не урегулированные настоящим Договором, регламентируются законодательством Российской Федерации.

4.3. Споры и разногласия, которые могут возникнуть при исполнении настоящего Договора, будут по возможности разрешаться путем переговоров между Сторонами.

В случае невозможности разрешения разногласий путем переговоров они подлежат рассмотрению в суде согласно порядку, установленному законодательством Российской Федерации.

4.4. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

5. Адреса, реквизиты и подписи Сторон

ЖЕРТВОВАТЕЛЬ:

БЛАГОПОЛУЧАТЕЛЬ:

КГБУЗ КККЦОМД

Адрес: 660074, г. Красноярск,
ул. Академика Киренского, 2А,
тел. (391) 222-02-62 (доб. 305),
факс (391) 243-97-76,

Е-mail: kkkc@pericentr.ru

Банковские реквизиты:

ИНН 2463236462 КПП 246301001

Минфин края (КГБУЗ КККЦОМД
л/с 75192А00681)

Казначейский счет (расчетный счет)
03224643040000001900

ОКЦ № 3 СибГУ Банка России // УФК по
Красноярскому краю, г. Красноярск

Банковский счет (кор. счет банка)
40102810245370000011

ОКПО: 38595059 ОКТМО 04701000

ОГРН: 1122468018474

БИК 010407105

В назначении платежа обязательно указывать
отраслевой код: пожертвование -
7105000000000000150

_____/_____/_____

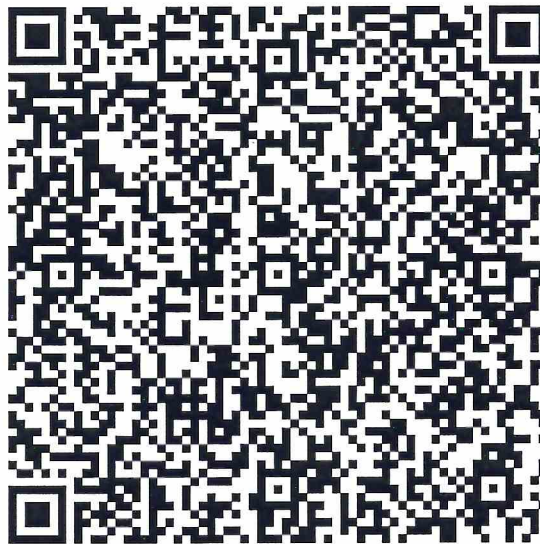
_____/_____/_____

МП

Быстрый способ внести благотворительный взнос

1. Зайдите в мобильное приложение вашего Банка
2. Отсканируйте QR-код
3. Совершите оплату (комиссия банка за счет плательщика)

Назначение платежа: пожертвование на осуществление уставной деятельности



АКТ
об оказанных услугах

г. Красноярск

_____ 20__ г.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства" (КГБУЗ_КККЦОМД), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице администратора, действующей на основании Приказа № №ОД-445 от 11.11.2025г. «О предоставлении права подписи», с одной стороны, и _____, _____ года рождения, именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик», составили настоящий акт о том, что

1. «Исполнитель» своевременно и надлежащим образом организовал «Заказчику» пребывание в палате повышенной комфортности КДЛЛАБ отделения: всего _____ дней, период пребывания с « _____ » _____ 202__ г. по « _____ » _____ 202__ г. включительно, по договору № _____ от _____ . _____ 20__ г.
2. «Заказчик» не имеет претензий к срокам и условиям организации предоставления палаты.
3. За организованное пребывание в палате повышенной комфортности произведена оплата в порядке предоплаты в размере 100% стоимости услуг в размере _____ (_____) руб. 00 коп.
2. Указанные в п. 1 настоящего Акта услуги выполнены полностью и в срок. Пациент претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг (и предоставленным Исполнителем лекарственным средствам, материалам) не имеет.
3. Согласно Договору общая стоимость оказанных услуг составляет _____ (_____) руб. _____ коп.
4. Всего оплачено: _____ (_____) руб. _____ коп.
5. Настоящий акт составлен в двух экземплярах: один для Заказчика, один для Исполнителя.

ЗАКАЗЧИК:	ИСПОЛНИТЕЛЬ:
_____ /Евлахова А. В./	_____ /_____/

Палата освобождена, имущество без повреждений:
проверил _____,

должность _____

подпись _____

ФИО полностью _____

АКТ ПОДПИСЫВАЕТСЯ В ДЕНЬ ОСВОБОЖДЕНИЯ ПАЛАТЫ

Приложение №2
к договору № _____
от _____ 20__ г.

АКТ
об оказанных услугах

г. Красноярск

_____ 20__ г.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства" (КГБУЗ КККЦОМД), зарегистрировано ИФНС по Октябрьскому району г. Красноярска 30.03.2012, свидетельство о постановке на учет в налоговом органе, серия 24 №006249614, имеющее Лицензию выданную министерством здравоохранения Красноярского края № ЛО41-01019-24/00335617 от 01.11.2019 г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице администратора, действующей на основании Приказа № №ОД-445 от 11.11.2025г. «О предоставлении права подписи», с одной стороны, и гражданин(ка)

_____, _____ года рождения, Паспорт: _____ № _____ Выдан: _____
Дата выдачи: _____, проживающий(ая) по адресу:

_____, именуемый (ая) далее «Заказчик», действующий (ая) от имени и в интересах _____, _____ года рождения, паспорт: серия _____ № _____, выдан _____, дата выдачи _____ г., зарегистрированный(ая) по адресу: _____ (адрес проживания:), именуемый (ая) в

дальнейшем «Пациент», с другой стороны, составили настоящий акт о том, что

1. «Исполнитель» своевременно и надлежащим образом организовал «Заказчику» пребывание в палате повышенной комфортности КДЛЛАБ отделения: всего _____ дней, период пребывания с « _____ » _____ 202__ г. по « _____ » _____ 202__ г. включительно, по договору № _____ от _____ .20__ г.

2. «Заказчик» не имеет претензий к срокам и условиям организации предоставления палаты.

3. За организованное пребывание в палате повышенной комфортности произведена оплата в порядке предоплаты в размере 100% стоимости услуг в размере _____ (_____) руб. _____ коп.

2. Указанные в п. 1 настоящего Акта услуги выполнены полностью и в срок. Пациент претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг (и предоставленным Исполнителем лекарственным средствам, материалам) не имеет.

3. Согласно Договору общая стоимость оказанных услуг составляет _____ (_____) руб. _____ коп.

4. Всего оплачено: _____ (_____) руб. _____ коп.

5. Настоящий акт составлен в двух экземплярах: один для Заказчика, один для Исполнителя.

ЗАКАЗЧИК:	ИСПОЛНИТЕЛЬ:
_____ //	_____ / _____ /

Палата освобождена, имущество без повреждений:

проверил _____,

должность _____

подпись _____

ФИО полностью _____

АКТ ПОДПИСЫВАЕТСЯ В ДЕНЬ ОСВОБОЖДЕНИЯ ПАЛАТЫ

**КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОЯРСКИЙ
КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА**
(КГБУЗ ККЦОМД)

Информированное добровольное согласие на обработку персональных данных

Я, _____, _____ года рождения, проживающий (ая) по
адресу: _____

Паспорт: _____ № _____ Выдан: _____

Дата выдачи: _____

в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных", даю свое согласие на обработку персональных данных оператору КГБУЗ ККЦОМД по адресу: Россия, Красноярский край, Октябрьский район, г. Красноярск, ул. Ак. Киренского, д.2а, стр1, ул. Лесная, д 79, стр.5

(далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, место работы и/или учебы, профессия, должность, социальный статус, семейное положение, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о страховой медицинской организации, выбранной мной, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, исходе заболевания, данные о госпитализации, хирургических операциях, послеоперационных осложнениях, инвалидности (при наличии), оказанных видах лечения в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг. В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные другим должностным лицам Оператора, или должностным лицам других медицинских учреждений в интересах моего обследования и лечения, или для осуществления ведомственного контроля качества её оказания.

Обработка вышеуказанных персональных данных будет осуществляться путем смешанной обработки персональных данных (сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных).

Я предоставляю право Оператору передавать и поручать обработку вышеуказанных персональных данных Министерству здравоохранения Российской Федерации (127994, ГСП-4, г. Москва, пер. Рахмановский, д.3), Министерству цифрового развития, связи и массовых коммуникаций Российской Федерации (123112, г. Москва, Пресненская наб., д.10, стр.2), Министерству здравоохранения Красноярского края (660017, г. Красноярск, ул. Красной армии, д.3), КГБУЗ «Красноярский краевой медицинский информационно-аналитический центр» (660049, г. Красноярск, ул. Вейнбаума, д. 26), Территориальному фонду обязательного медицинского страхования Красноярского края (660075, г. Красноярск, ул. Копылова, д.2Б), Отделению Социального фонда РФ по Красноярскому краю (660022, г. Красноярск, ул. П. Железняк, д.44Г), ПАО «Ростелеком» (630110, Новосибирская область, г. Новосибирск, ул. Менделеева, д.1 / 117485, г. Москва, ул. Булгерова, д.7), АО «КБ «Искра» (660028, г. Красноярск, ул. Телевизорная, д.1), КГКУ «ЦИТ» (660021, г. Красноярск, ул. Робеспьера, д.32) для их внесения в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) с целью предоставления мне доступа к моим персональным данным, медицинским документам, информации об оказанных услугах, данных о прикреплении и других сведений в личном кабинете пациента, в том числе с целью актуализации документов воинского учета с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной _____ г. и действует бессрочно.

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

Подпись субъекта персональных данных

подпись

Ф.И.О.

**КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КРАСНОЯРСКИЙ
КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА
(КГБУЗ КККЦОМД)**

**Информированное добровольное согласие
на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов
медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие
при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной
помощи**

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)
г. рождения, зарегистрированная (-ый) по адресу:
Россия, _____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень 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 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства (КГБУЗ КККЦОМД).

Медицинским работником: _____
(Ф.И.О., должность 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 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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).

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись) _____
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) _____
(Ф.И.О. медицинского работника)

(дата оформления)

**КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОЯРСКИЙ
КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА
(КГБУЗ КККЦОМД)**

Информированное добровольное согласие на обработку персональных данных

Я, _____, _____ года рождения, проживающий (ая) по адресу:

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, _____, являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)
--

в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных", даю свое согласие на обработку персональных данных оператору КГБУЗ КККЦОМД по адресу: Россия, Красноярский край, Октябрьский район, г. Красноярск, ул. Ак. Киренского, д.2а, стр1, ул. Лесная, д 79, стр.5

(далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, место работы и/или учебы, профессия, должность, социальный статус, семейное положение, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о страховой медицинской организации, выбранной мной, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, исходе заболевания, данные о госпитализации, хирургических операциях, послеоперационных осложнениях, инвалидности (при наличии), оказанных видах лечения в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг. В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные другим должностным лицам Оператора, или должностным лицам других медицинских учреждений в интересах моего обследования и лечения, или для осуществления ведомственного контроля качества её оказания.

Обработка вышеуказанных персональных данных будет осуществляться путем смешанной обработки персональных данных (сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных).

Я предоставляю право Оператору передавать и поручать обработку вышеуказанных персональных данных Министерству здравоохранения Российской Федерации (127994, ГСП-4, г. Москва, пер. Рахмановский, д.3), Министерству цифрового развития, связи и массовых коммуникаций Российской Федерации (123112, г. Москва, Пресненская наб., д.10, стр.2), Министерству здравоохранения Красноярского края (660017, г. Красноярск, ул. Красной армии, д.3), КГБУЗ «Красноярский краевой медицинский информационно-аналитический центр» (660049, г. Красноярск, ул. Вейнбаума, д. 26), Территориальному фонду обязательного медицинского страхования Красноярского края (660075, г. Красноярск, ул. Копылова, д.2Б), Отделению Социального фонда РФ по Красноярскому краю (660022, г. Красноярск, ул. П. Железняк, д.44Г), ПАО «Ростелеком» (630110, Новосибирская область, г. Новосибирск, ул. Менделеева, д.1 / 117485, г. Москва, ул. Бутлерова, д.7), АО «КБ «Искра» (660028, г. Красноярск, ул. Телевизорная, д.1), КГКУ «ЦИТ» (660021, г. Красноярск, ул. Робеспьера, д.32) для их внесения в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) с целью предоставления мне доступа к моим персональным данным, медицинским документам, информации об оказанных услугах, данных о прикреплении и других сведений в личном кабинете пациента, в том числе с целью актуализации документов воинского учета с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной _____ г. и действует бессрочно.

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

Подпись субъекта персональных данных _____

подпись

Ф.И.О.

**КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОЯРСКИЙ
КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА
(КГБУЗ КККЦОМД)**

**Информированное добровольное согласие
на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов
медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие
при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной
помощи**

Я, _____, _____ года рождения, проживающий (ая) по адресу:

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень 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 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства (КГБУЗ КККЦОМД).

Медицинским работником:

(Ф.И.О., должность 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 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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).

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись)

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

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

(дата оформления)

КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОЯРСКИЙ
КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА
(КГБУЗ КККЦОМД)

**Информированное добровольное согласие
на получение платных медицинских и немедицинских услуг**

Я, _____, _____ года рождения, проживающий (ая) по
адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:
Я, _____, паспорт: серия _____ № _____, выдан _____, Дата
выдачи _____ являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)
ребенка или лица, признанного недееспособным: _____
Г _____
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

на основании статьи 84, 20, 323-ФЗ от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», в
рамках

договора на оказание платных услуг желаю получить в КГБУЗ КККЦОМД платные медицинские и
немедицинские услуги

- Я даю свое согласие на оказание представляемому платных медицинских и немедицинские услуг.

- Я (представляемый) получил (а) полное и всестороннее разъяснение о предлагаемых платных
медицинских и немедицинских услугах, диагностических мероприятиях и лечении моего заболевания и
иных услугах в соответствии с прейскурантом.

- Я даю свое согласие на получение результатов лабораторных и диагностических исследований на мой
электронный адрес:

Для получения результатов лабораторных и диагностических исследований нарочно, пациенту
необходимо обратиться с паспортом в отдел платных услуг на выдачу медицинских документов.

При передаче результатов лабораторных и диагностических исследований по открытым каналам связи
(электронная почта) КГБУЗ КККЦОМД не несет ответственности в случае возможного нарушения
конфиденциальности передаваемой информации.

- Я (представляемый) подтверждаю, что, давая такое Согласие, я (представляемый) действую по своей
воле и по воле представляемого, интересах представляемого, без какого-либо принуждения выбираю
виды платных услуг, которые я (представляемый) хочу получить в КГБУЗ КККЦОМД.

- Я (представляемый) ознакомлен (а) с действующим прейскурантом и согласен (на) на оплату
стоимости оказанных услуг в соответствии с прейскурантом за счет своих личных средств и иных
источников дохода, не запрещенных действующим законодательством РФ.

- До получения платной медицинской услуги в КГБУЗ КККЦОМД и до заключения договора оказания
платных медицинских услуг в доступной для меня форме, я (представляемый) проинформирован (а) о
нижеследующем:

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания
платы, в рамках реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного
оказания гражданам медицинской помощи, как в КГБУЗ КККЦОМД, так и в других медицинских
организациях Красноярского края.

-о перечне платных медицинских услуг, предоставляемых КГБУЗ КККЦОМД (Исполнитель), о ценах
на платные услуги, условиях, форме и порядке их предоставления и оплаты;

-о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, уровне их
профессионального образования и квалификации;

- предоставлена вся необходимая информация об учреждении, в том числе, о режиме работы
учреждения, графике работы медицинских работников;

- о контролирующих органах, как по надзору в сфере здравоохранения, так и в сфере защиты прав потребителей (их адреса и телефоны), иная информация, предусмотренная правилами предоставления платных медицинских услуг.
- предоставлены все необходимые сведения о лицензиях КГБУЗ КККЦОМД на осуществление медицинской деятельности, я (представляемый) ознакомлен (а) с перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензиями.
- Я (представляемый) информирован (а) о целях, характере, факторах риска и возможных осложнениях при оказании платных медицинских и немедицинских услуг.
- Я (представляемый) предупрежден (а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской и немедицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.
- Получив от сотрудников КГБУЗ КККЦОМД полную информацию о возможности и условиях предоставления представляемому бесплатных медицинских услуг в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи, я (представляемый) даю свое согласие на оказание представляемому платных медицинских услуг и готов (ва) их оплатить.
- Я удостоверяю, что текст настоящего информированного согласия мною прочитан, его положения мне понятны, я даю свое согласие на получение и оплату платных медицинских и иных платных услуг в КГБУЗ КККЦОМД и на заключение договора оказания платных медицинских и иных услуг.

Законный представитель _____

Г.

(ФИО полностью, подпись, число)

Подтверждаю, что я довел (а) до пациента полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в медицинских учреждениях в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи в Красноярском крае.

Менеджер/Администратор _____

Г.

(ФИО полностью, подпись, число)

Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе (о диагнозе представляемого), степени тяжести и характере моего (представляемого) заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам указанным ниже, в том числе после смерти:

Законный представитель _____

Г.

(ФИО полностью, подпись, число)

КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОЯРСКИЙ
КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА
(КГБУЗ КККЦОМД)

**Информированное добровольное согласие
на получение платных медицинских и немедицинских услуг**

Я, _____, _____ года рождения, проживающий (ая) по
адресу: _____

на основании статьи 84, 20, 323-ФЗ от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», в рамках договора на оказание платных услуг желаю получить в КГБУЗ КККЦОМД платные медицинские и немедицинские услуги.

- Я даю свое согласие на оказание мне платных медицинских и немедицинских услуг.

- Я получил (а) полное и всестороннее разъяснение о предлагаемых платных медицинских и немедицинских услугах, диагностических мероприятиях и лечении моего заболевания и иных услугах в соответствии с прейскурантом.

- Я даю свое согласие на получение результатов лабораторных и диагностических исследований на мой электронный адрес:

Для получения результатов лабораторных и диагностических исследований нарочно, пациенту необходимо обратиться с паспортом в отдел платных услуг на выдачу медицинских документов.

При передаче результатов лабораторных и диагностических исследований по открытым каналам связи (электронная почта) КГБУЗ КККЦОМД не несет ответственности в случае возможного нарушения конфиденциальности передаваемой информации.

- Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую по своей воле, в своих интересах, без какого-либо принуждения выбираю виды платных услуг, которые я хочу получить в КГБУЗ КККЦОМД.

- Я ознакомлен (а) с действующим прейскурантом и согласен (на) на оплату стоимости оказанных услуг в соответствии с прейскурантом за счет своих личных средств и иных источников дохода, не запрещенных действующим законодательством РФ.

- До получения платной медицинской услуги в КГБУЗ КККЦОМД и до заключения договора оказания платных медицинских услуг в доступной для меня форме, я проинформирован (а) о нижеследующем:

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы, в рамках реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, как в КГБУЗ КККЦОМД, так и в других медицинских организациях Красноярского края.

- о перечне платных медицинских услуг, предоставляемых КГБУЗ КККЦОМД (Исполнитель), о ценах на платные услуги, условиях, форме и порядке их предоставления и оплаты;

- о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, уровне их профессионального образования и квалификации;

- предоставлена вся необходимая информация об учреждении, в том числе, о режиме работы учреждения, графике работы медицинских работников;

- о контролирующих органах, как по надзору в сфере здравоохранения, так и в сфере защиты прав потребителей (их адреса и телефоны), иная информация, предусмотренная правилами предоставления платных медицинских услуг.

- предоставлены все необходимые сведения о лицензиях КГБУЗ КККЦОМД на осуществление медицинской деятельности, я ознакомлен (а) с перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензиями.

- Я информирован (а) о целях, характере, факторах риска и возможных осложнениях при оказании платных медицинских и немедицинских услуг.

- Я предупрежден (а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской и немедицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

- Получив от сотрудников КГБУЗ КККЦОМД полную информацию о возможности и условиях предоставления мне (представляемому) бесплатных медицинских услуг в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи, я даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов (ва) их оплатить.

- Я удостоверяю, что текст настоящего информированного согласия мною прочитан, его положения мне понятны, я даю свое согласие на получение и оплату платных медицинских и иных платных услуг в КГБУЗ КККЦОМД и на заключение договора оказания платных медицинских и иных услуг.

Пациент

_____ г.

(ФИО полностью, подпись, число)

Подтверждаю, что я довел (а) до пациента полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в медицинских учреждениях в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи в Красноярском крае.

Менеджер/Администратор

_____ г.

(ФИО полностью, подпись, число)

Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе (о диагнозе представляемого), степени тяжести и характере моего (представляемого) заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам указанным ниже, в том числе после смерти:

Пациент

_____ г.

(ФИО полностью, подпись, число)

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

_____, _____ года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу:
_____, паспорт: серия _____ № _____ Выдан _____ Дата выдачи
_____, именуемый (ая) в дальнейшем Заказчик (Пациент), с одной стороны, и **краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»** (далее по тексту - КГБУЗ КККЦОМД), зарегистрировано ИФНС по Октябрьскому району г. Красноярск, 30.03.2012, свидетельство о постановке на учет в налоговом органе, серия 24 №006249614, имеющее Лицензию выданную министерством здравоохранения Красноярского края № ЛО41-01019-24/00335617 от 01.11.2019 г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице администратора _____, действующей на основании Приказа № ОД-445 от 11.11.2025г. «О предоставлении права подписи», с другой стороны, руководствуясь положениями Федерального закона от 18.07.2011 № 223-ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц» и Положением о закупке товаров, работ, услуг КГБУЗ КККЦОМД договорились об оказании дополнительных платных медицинских услуг к договору согласно перечню:

№	Код услуги	Наименование Услуги	Стоимость, руб.
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
Итого			

Общая стоимость оказываемых услуг:

_____, _____ (_____) руб. _____ коп.

Подписи сторон:

От имени Исполнителя

От имени Пациента

_____/_____/_____

_____/_____/_____

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

_____, _____ года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу:
_____, паспорт: серия _____ № _____ Выдан _____ Дата выдачи _____,
именуемый (ая) в дальнейшем Заказчик (Пациент), с одной стороны, и **краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» (далее по тексту - КГБУЗ КККЦОМД)**, зарегистрировано ИФНС по Октябрьскому району г. Красноярска, 30.03.2012, свидетельство о постановке на учет в налоговом органе, серия 24 №006249614, имеющее Лицензию выданную министерством здравоохранения Красноярского края № ЛО41-01019-24/00335617 от 01.11.2019 г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице администратора _____, действующей на основании Приказа № ОД-445 от 11.11.2025г. «О предоставлении права подписи», с другой стороны, руководствуясь положениями Федерального закона от 18.07.2011 № 223-ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц» и Положением о закупке товаров, работ, услуг КГБУЗ КККЦОМД договорились об оказании дополнительных платных медицинских услуг к договору согласно перечню:

№	Код услуги	Наименование Услуги	Стоимость, руб.
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
Итого			

Общая стоимость оказываемых услуг:

_____ (_____) руб. _____ коп.

Подписи сторон:

От имени Исполнителя

От имени Пациента

_____/_____/_____

_____/_____/_____

Уважаемые пациенты, законные представители!

1. Обращаем ваше внимание, что результаты лабораторных исследований, протоколы обследований, вы можете забрать лично, при предъявлении документа удостоверяющего личность, либо оформить доверенность с указанием паспортных данных, ФИО лица, которому вы доверяете забрать ваши результаты обследований. Отправка результатов анализов по электронной почте производится только при оформлении письменного заявления с указанием адреса электронной почты и подписью заявителя.

2. Справки в налоговый орган на возврат подоходного налога за оплаченные медицинские услуги оформляются в течение 30 дней на основании заявления, которое можно подать при личном обращении либо отправив его на электронный адрес: marketolog@pericentr.ru. Форма заявления размещена на сайте pericentr.ru в разделе «платные услуги».

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства" (КГБУЗ КККЦОМД), зарегистрировано ИФНС по Октябрьскому району г. Красноярска 30.03.2012, свидетельство о постановке на учет в налоговом органе, серия 24 №006249614, имеющее Лицензию выданную министерством здравоохранения Красноярского края № ЛО41-01019-24/00335617 от 01.11.2019 г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице администратора, действующей на основании Приказа № ОД-445 от 11.11.2025г. «О предоставлении права подписи», с одной стороны, и гражданин(ка) _____,

_____ года рождения, Паспорт: серия _____ № _____ Выдан: _____,
Дата выдачи: _____, проживающий(ая) по адресу: _____,
именуемый (ая) далее «Заказчик», действующий (ая) от имени и в интересах _____,
_____ года рождения, паспорт: серия _____ № _____, выдан _____

Дата выдачи _____ г., зарегистрированный(ая) по адресу: _____
(адрес проживания: _____), именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, руководствуясь положениями Федерального закона от 18.07.2011 № 223-ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц» и Положением о закупке товаров, работ, услуг КГБУЗ КККЦОМД, заключили настоящий договор (далее по тексту - договор) о нижеследующем:

№	Код услуги	Наименование Услуги	Стоимость, руб.
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
Итого			

Общая стоимость оказываемых услуг:
_____ (_____) руб. _____ коп.

Подписи сторон:

От имени Исполнителя

От имени Пациента

_____/_____/_____

_____/_____/_____

Уважаемые пациенты, законные представители!

1. Обращаем ваше внимание, что результаты лабораторных исследований, протоколы обследований, вы можете забрать лично, при предъявлении документа удостоверяющего личность, либо оформить доверенность с указанием паспортных данных, ФИО лица, которому вы доверяете забрать ваши результаты обследований. Отправка результатов анализов по электронной почте производится только при оформлении письменного заявления с указанием адреса электронной почты и подписью заявителя.

2. Справки в налоговый орган на возврат подоходного налога за оплаченные медицинские услуги оформляются в течение 30 дней на основании заявления, которое можно подать при личном обращении либо отправив его на электронный адрес: marketolog@pericentr.ru. Форма заявления размещена на сайте pericentr.ru в разделе «платные услуги».

ДОГОВОР № _____
на оказание услуг по предоставлению палаты повышенной комфортности

г. Красноярск

_____ 20__ г.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства" (КГБУЗ_КККЦОМД), зарегистрировано ИФНС по Октябрьскому району г. Красноярск 30.03.2012, свидетельство о постановке на учет в налоговом органе, серия 24 №006249614, имеющее Лицензию Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения на медицинскую деятельность № ЛО41-01019-24/00335617 от 01.11.2019г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице администратора _____, действующей на основании Приказа №ОД-445 от 11.11.2025г. «О предоставлении права подписи», с одной стороны, и гражданин(ка) _____, _____ года рождения, Паспорт: серия _____ № _____ Выдан: _____

Дата выдачи: _____, проживающий(ая)

по адресу: Россия, _____

_____ именуемый (ая) далее «Заказчик», действующий (ая) от имени и в интересах _____, _____ года рождения, Паспорт: серия _____ № _____, Выдан _____, Дата выдачи _____, зарегистрированный(ая) по адресу: _____ (адрес проживания: _____), именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, руководствуясь положениями Федерального закона от 18.07.2011 № 223-ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц» и Положением о закупке товаров, работ, услуг КГБУЗ КККЦОМД, заключили настоящий договор (далее по тексту - договор) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется оказать услуги по предоставлению палаты повышенной комфортности (обеспечение комфортных условий пребывания Пациента в медицинском учреждении) в период нахождения Пациента на излечении у Исполнителя, (далее по тексту договора – услуги), а Заказчик принять и оплатить оказанные Исполнителем услуги в соответствии с Приложением №1 к договору.

1.2. Факт оказания услуг по предоставлению палаты повышенной комфортности подтверждается Актом, подписанного Сторонами (Приложение №1 к договору).

2. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГИ

2.1. Госпитализация в круглосуточный стационар проводится только при наличии медицинских показаний.

2.2. Предоставление палаты повышенной комфортности является немедицинской (сервисной) услугой, не входит в объем бесплатной помощи, предусмотренной территориальной Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи, не предусмотрено системой родового сертификата, и основывается на добровольном желании Заказчика (Пациента) и по его инициативе получить данную немедицинскую услугу за плату.

2.3. Заказчик дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Заказчика в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

2.4. Продолжительность пребывания в палате повышенной комфортности составляет до шести календарных дней, включая выходные и праздничные дни, и может продлеваться за дополнительную оплату каждого койко-дня.

2.5. Датой поступления Заказчика является предполагаемая дата родов - _____ 20__ г.

2.6. Начало срока оказания услуги по настоящему договору исчисляется с момента поступления Заказчика в акушерский стационар Исполнителя.

2.7. В круглосуточном стационаре день поступления и день выписки считается за один койко-день (Приказ Минздрава РФ от 13.11.2003 N 545 "Об утверждении инструкций по заполнению учетной медицинской документации").

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Своевременно организовать и предоставить палату в соответствии с условиями настоящего договора.

3.1.2. Предоставить Заказчику (Пациенту) достоверную, доступную информацию о предоставляемой услуге.

3.1.3. Выдать Заказчику (Пациенту) документ строгой отчетности (кассовый чек), подтверждающий прием денежных средств от Заказчика (Пациента).

3.1.4. Предоставлять Пациенту по его запросу медицинские документы, отражающие состояние здоровья, включая результаты исследований, назначения и рекомендации. Порядок и сроки предоставления документов регулируются Приказом Минздрава России от 31 июля 2020 г. №789н. Для получения документов Пациент обязан представить запрос в письменной или электронной форме, при личном обращении — документ, удостоверяющий личность.

3.2. Заказчик (Пациент) обязан:

3.2.1. Оплатить услугу в соответствии с п. 4.2. договора.

3.2.2. Соблюдать правила внутреннего распорядка и правила поведения Пациента в медицинской организации в соответствии с лечебно-охранительным режимом.

3.2.3. Бережно относится к имуществу, помещению, предоставленному ему Исполнителем.

3.3. Заказчик (Пациент) вправе отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

3.4. В случае ненадлежащего оказания услуги Заказчик (Пациент) вправе по своему выбору потребовать безвозмездного устранения недостатков услуги в разумный срок.

3.5. Заказчик (Пациент) вправе отказаться от исполнения договора и потребовать полного возмещения убытков, если в установленный срок недостатки оказанной услуги не устранены Исполнителем.

4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

4.1. Стоимость договора определяется по тарифам, действующим у Исполнителя на момент оказания сервисных услуг.

4.2. Оплата услуги производится Заказчиком на условиях предоплаты в размере 100% стоимости услуги:

- в кассу Исполнителя наличными денежными средствами;

- через банковский терминал Исполнителя;

4.3. При пребывании Заказчика в акушерском стационаре более 6 календарных дней по медицинским показаниям, доплата за дополнительные койко-дни производится по факту оказания услуги до выписки из стационара согласно действующего прейскуранта.

4.4. Датой оплаты считается дата поступления денежных средств в кассу. Кассовый чек, выданный Исполнителем Заказчику, является неотъемлемой частью настоящего договора. Сумма кассового чека (кассовых чеков) составляет сумму настоящего договора.

4.5. При возникновении задолженности по договору, Заказчик обязан погасить ее в течение 7 рабочих дней с момента выставления счета.

4.6. Исполнитель разъясняет, а Заказчик понимает, что денежные средства, добровольно затраченные Заказчиком в рамках настоящего Договора, возврату через страховую компанию либо из других источников не подлежат, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Стороны несут ответственность за выполнение настоящего договора в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Исполнитель освобождается от ответственности, если неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей по настоящему договору произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

5.3. Заказчик (Пациент) несет имущественную ответственность за причинение Пациентом ущерба Исполнителю в размере действительной стоимости поврежденного (утраченного) имущества, если такое повреждение (утрата) явилось следствием действий Пациента. В этом случае Заказчик (Пациент) также обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

5.4. За нарушение санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя, повлекшее за собой причинение ущерба Исполнителю, Заказчик (Пациент) обязан возместить причиненные убытки.

5.5. В случае нарушения срока предоставления услуги Исполнитель несет ответственность в соответствии с Законом РФ «О защите прав потребителей».

5.6. Споры, возникшие между сторонами, разрешаются путем переговоров, а при не достижении согласия в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

5.7. Выписка Заказчика из учреждения, произошедшая в результате грубого нарушения Заказчиком распорядка дня, не освобождает его от обязанности оплатить фактически оказанную Исполнителем услугу.

6. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

6.1. Споры и разногласия по настоящему договору решаются путем принятия сторонами мер по их урегулированию в досудебном претензионном порядке. Ответ на письменную претензию представляется другой стороной в течение 10 рабочих дней после ее получения.

6.2. По вопросам, не урегулированным настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством.

7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

7.1. Все изменения и дополнения к настоящему договору будут считаться имеющими силу, если они зафиксированы в письменной форме и подписаны обеими сторонами.

7.2. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

8. ПОРЯДОК ВОЗВРАТА ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ ЗА НЕОКАЗАННЫЕ УСЛУГИ

8.1. В случае, если Заказчик не воспользовался услугой, Исполнитель возвращает оплаченную ранее по договору сумму в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней, с момента предоставления полного комплекта документов, перечисленных в п. 8.2. настоящего договора, согласно ст. 31 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».

8.2. Возврат денежных средств осуществляется Заказчику при предоставлении следующих документов:

1) заявление на возврат денежных средств по образцу Исполнителя (Приложение №4);

2) оригинал документа, подтверждающего оплату данной услуги (при наличии). В случае оплаты услуги по банковской карте или пере-числением на расчетный счет учреждения - реквизиты банковской карты, в которых ука-

заны: ФИО, номер лицевого счета, номер расчетного счета. При отсутствии документов оплаты подтверждением оплаты считаются документы оператора фискальных данных (ОФД);

3) оригинал паспорта (оригинал договора, чек, паспорт);

8.3. Возврат денежных средств Заказчику производится:

- безналичным путем в случае оплаты услуги по банковской карте;

- наличными денежными средствами.

8.4. Заказчик в праве, подать заявление на возврат денежных средств за неоказанную платную услугу в течение 1 года с даты заключения договора.

9. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

9.1. Подписывая настоящий договор, Заказчик (Пациент) подтверждает, что уведомлен о том, что данная услуга не входит в программу ОМС и не финансируется из бюджета (различного уровня).

9.2. Заказчик (Пациент) подтверждает, что ознакомлен с дополнительной информацией, касающейся особенностей данной услуги.

9.3. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств сторонами.

9.4. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, стороны руководствуются нормами действующего законодательства Российской Федерации.

9.5 Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

Приложения:

Приложение №1 – Перечень оказываемых услуг.

Приложение №2 – Акт об оказанных услугах.

Приложение №3 – Акт о порче имущества.

Приложение №4 – Заявление.

10. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Пациент:
Паспорт №
Выдан
Дата выдачи
Код подразделения
Адрес:
Телефон:
E-mail:

Исполнитель:
КГБУЗ КККЦОМД
Адрес: 660074, г. Красноярск, ул. Академика Киренского, 2А.
Тел. 8 (391) 222-02-62,
Факс 8 (391) 243-97-76,
E-mail: kkkc@percicentr.ru
ИНН 2463236462 КПП 246301001 Минфин края (КГБУЗ КККЦОМД л/с 75192А00681)
Казначейский счет (расчетный счет)
03224643040000001900
ОКЦ № 3 СибГУ Банка России//УФК по Красноярскому краю г. Красноярск
Банковский счет (кор. счет банка) 40102810245370000011
ОКПО: 38595059 ОКТМО 04701000 ОГРН:
1122468018474 БИК 010407105
КБК 71050000000000000130

_____ //

_____ / _____ /
М.П.

**ПЕРЕЧЕНЬ
ОКАЗЫВАЕМЫХ УСЛУГ**

№	Код Услуги	Наименование Услуги	Стоимость, руб.
1			
Итого:			

Общая стоимость оказываемых услуг: _____ (_____) руб. _____ копеек.

Подписи сторон:

От имени Исполнителя

От имени Пациента

_____/_____/_____
«__» _____ г.
М.П.

_____/_____/_____
«__» _____ г.

АКТ
об оказанных услугах
« _____ » _____ 20 ____ г.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский крае-вой клинический центр охраны материнства и детства» (КГБУЗ КККЦОМД), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице администратора _____, действующей на основании Приказа № №ОД-445 от 11.11.2025г. «О предоставлении права подписи», с одной стороны, и

- (Ф.И.О. полностью; число, месяц и год рождения),
именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик», составили настоящий акт о том, что
1. «Исполнитель» своевременно и надлежащим образом организовал «Заказчику» пребывание в палате повышенной комфортности _____ отделения: всего _____ дней, период пребывания с « _____ » _____ 20 ____ г. по « _____ » _____ 20 ____ г. включительно, по договору № _____ от _____ 20 ____ г.
 2. «Заказчик» не имеет претензий к срокам и условиям организации предоставления палаты.
 3. За организованное пребывание в палате повышенной комфортности произведена оплата в порядке предоплаты в размере 100% стоимости услуг в размере _____ рублей _____ коп.
 4. Всего оплачено: _____ (_____) руб. _____ коп.
 5. Настоящий акт составлен в 2 экземплярах: один для Заказчика, один для Исполнителя.

ЗАКАЗЧИК: _____ _____ _____ Подпись / ФИО полностью	ИСПОЛНИТЕЛЬ: _____ _____ _____ МП
---	---

Палата освобождена, имущество без повреждений:

проверил _____,
_____ должность
Подпись / ФИО полностью

АКТ ПОДПИСЫВАЕТСЯ В ДЕНЬ ОСВОБОЖДЕНИЯ ПАЛАТЫ

Акт № _____
о повреждении (уничтожении) имущества

_____ (место составления акта)

" ____ " _____ г.
(дата составления акта)

Комиссия в составе:

_____ (должность) _____ (Ф.И.О.),

_____ (должность) _____ (Ф.И.О.),

_____ (должность) _____ (Ф.И.О.),

составила настоящий акт по факту повреждения (уничтожения) имущества.

Комиссия установила, что " ____ " _____ г. в результате _____
_____ повреждено (уничтожено) следующее имущество организации:

_____.

Общая стоимость ущерба составила _____ (_____) рублей.

Приложения:

1. _____
2. _____
3. _____

Подписи членов комиссии:

_____ (подпись) / _____ (Ф.И.О.)

_____ (подпись) / _____ (Ф.И.О.)

_____ (подпись) / _____ (Ф.И.О.)

ОБРАЗЕЦ

Главному врачу КГБУЗ КККЦОМД
Янину В.Н.

От _____

Паспорт серия _____

№ _____

Выдан _____

« _____ » _____

Зарегистрирован по адресу: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас вернуть денежные средства в размере _____

(сумма _____ прописью).

По договору № _____ от _____, причина возврата _____

Вышеуказанные средства прошу перечислить на следующие реквизиты (в случае безналичной оплаты): Полное наименование банка _____

БИК, _____, КПП _____

Р/с _____

№ _____ карты _____

Ф.И.О. владельца расчетного счета _____

В случае наличной оплаты:

Денежные средства выдаются наличными нарочно, также, выдается возвратный чек (квитанция) – 2экз.

Я _____ Претензий к КГБУЗ
КККЦОМД не имею.

Дата: _____

Подпись расшифровка

ДОГОВОР № _____ / _____ ПЦ
на оказание услуг по предоставлению палаты повышенной комфортности

г. Красноярск

_____ 20__ г.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства" (КГБУЗ_КККЦОМД), зарегистрировано ИФНС по Октябрьскому району г. Красноярска 30.03.2012, свидетельство о постановке на учет в налоговом органе, серия 24 №006249614, имеющее Лицензию Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения на медицинскую деятельность № ЛО41-01019-24/00335617 от 01.11.2019г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице администратора _____, действующей на основании Приказа №ОД-445 от 11.11.2025г. «О предоставлении права подписи», с одной стороны, и гражданин(ка)

_____, _____ года рождения, Паспорт: серия _____ № _____ Выдан: _____, _____ Дата выдачи: _____, проживающий(ая) по адресу: _____ Россия, _____ именуемый (ая)

далее «Заказчик», действующий (ая) от имени и в интересах _____, _____ года рождения, Паспорт: серия _____ № _____, Выдан _____, _____ Дата выдачи _____, зарегистрированный(ая) по адресу: _____ (адрес проживания: _____), именуемый (ая) в

дальнейшем «Пациент», с другой стороны, руководствуясь положениями Федерального закона от 18.07.2011 № 223-ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц» и Положением о закупке товаров, работ, услуг КГБУЗ КККЦОМД, заключили настоящий договор (далее по тексту - договор) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется предоставить Заказчику платную немедицинскую услугу - пребывание в палате повышенной комфортности (далее — ППК) расположенной по адресу: город Красноярск, ул. Академика Киренского, 2А, стр. 1, а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

1.2. Срок пребывания в ППК - с «__» _____ 20 г. по «__» _____ 20 г. (всего __ суток).

1.3. Факт оказания услуги по предоставлению ППК подтверждается Актом приема-передачи оказанных услуг, подписанным Сторонами (Приложение № 1 к договору).

1.4. Заказчик подтверждает своей подписью, что ему разъяснено и понятно, что предоставление ППК не является медицинской услугой, не входит в объём бесплатной помощи, предусмотренной территориальной Программой государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи и не предусмотрено системой родового сертификата. При этом Заказчик даёт своё добровольное согласие на предоставление данной палаты на платной основе.

2. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГИ

2.1. Услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Заказчика и его согласия приобрести услугу на возмездной основе.

2.2. Госпитализация в круглосуточный стационар проводится только при наличии медицинских показаний.

2.3. Исполнитель предоставляет всю необходимую информацию, касающуюся условий пребывания в ППК, и доводит до сведения Заказчика информацию по эксплуатации имеющихся в палате бытовых приборов.

2.4. Продолжительность пребывания в ППК составляет со дня перевода пациентки в акушерское отделение № 2 до шести календарных дней, включая выходные и праздничные дни, и может продлеваться за дополнительную оплату за каждый койко-день.

При заселении до 20:00 день заезда считается как полные сутки пребывания в палате. При заселении после 20:00 сутки считаются со следующего дня. День выписки (освобождения пациентом палаты) считается как полные сутки пребывания в палате. При пребывании в палате менее 24 часов плата взимается за полные сутки.

2.5. В круглосуточном стационаре день поступления и день выписки считается за один койко-день (Приказ Минздрава РФ от 13.11.2003 N 545 «Об утверждении инструкций по заполнению учетной медицинской документации»).

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Предоставить палату в соответствии с условиями настоящего договора.

3.1.2. Предоставить Заказчику достоверную, доступную информацию о предоставляемой услуге.

3.1.3. Выдать Заказчику документ строгой отчетности (кассовый чек), подтверждающий прием денежных средств от Заказчика.

3.2. Заказчик обязан:

3.2.1. Своевременно и в полном объеме оплатить стоимость услуг в порядке и по тарифам утверждённым Исполнителем.

3.2.2. Соблюдать правила внутреннего распорядка и правила поведения Заказчика в медицинской организации в соответствии с лечебно-охранительным режимом.

3.2.3. Бережно относиться к имуществу и помещению, предоставленному Исполнителем. В случае причинения ущерба имуществу Исполнителя (вследствие утраты или порчи имущества), составляется акт о порче имущества (Приложение № 2) и Заказчик обязуется в течение трех календарных дней возместить Исполнителю действительный нанесенный ущерб в полном объеме.

3.3. Заказчик вправе отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

3.4. В случае ненадлежащего оказания услуги Заказчик вправе по своему выбору потребовать безвозмездного устранения недостатков услуги в разумный срок.

3.5. Заказчик вправе отказаться от исполнения договора и потребовать полного возмещения убытков, если в установленный срок недостатки оказанной услуги не устранены Исполнителем.

4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

4.1. Стоимость договора определяется в соответствии с прейскурантом Исполнителя и составляет _____ (_____) за 1 койко-день.

4.2. Оплата осуществляется путём внесения наличных денежных средств через кассу Исполнителя либо по безналичному расчёту на расчётный счёт Исполнителя, либо иным не запрещённым законом способом. Подтверждением оплаты является кассовый чек. Кассовый чек, выданный Исполнителем Заказчику, является неотъемлемой частью настоящего договора.

4.3. При пребывании Заказчика в акушерском стационаре более 6 календарных дней по медицинским показаниям, доплата за дополнительные койко-дни производится по факту оказания услуги до выписки из стационара согласно действующему прейскуранту.

4.4. При возникновении задолженности по договору, Заказчик обязан погасить ее в течение 7 рабочих дней с момента выставления счета.

4.5. При просрочке оплаты Исполнитель вправе требовать уплаты пени в размере 1% за каждый день просрочки от неоплаченной суммы.

4.6. Исполнитель разъясняет, а Заказчик понимает, что денежные средства, добровольно затраченные Заказчиком в рамках настоящего Договора, возврату через страховую компанию либо из других источников не подлежат, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Стороны несут ответственность за выполнение настоящего договора в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Исполнитель освобождается от ответственности, если неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей по настоящему договору произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

5.3. Заказчик несет имущественную ответственность за причинение Заказчиком ущерба Исполнителю в размере действительной стоимости поврежденного (утраченного) имущества, если такое повреждение (утрата) явилось следствием действий Заказчика. В этом случае Заказчик также обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

5.4. За нарушение санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя, повлекшее за собой причинение ущерба Исполнителю, Заказчик обязан возместить причиненные убытки.

5.5. В случае нарушения срока предоставления услуги Исполнитель несет ответственность в соответствии с Законом РФ «О защите прав потребителей».

5.6. Споры, возникшие между сторонами, разрешаются путем переговоров, а при не достижении согласия – в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

5.7. Выписка Заказчика из учреждения, произошедшая в результате грубого нарушения Заказчиком распорядка дня, не освобождает его от обязанности оплатить фактически оказанную Исполнителем услугу.

6. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

6.1. Споры и разногласия по настоящему договору решаются путем принятия сторонами мер по их

урегулированию в досудебном претензионном порядке. Ответ на письменную претензию представляется другой стороной в течение 10 рабочих дней после ее получения.

6.2. По вопросам, не урегулированным настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством.

7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

7.1. Все изменения и дополнения к настоящему договору будут считаться имеющими силу, если они зафиксированы в письменной форме и подписаны обеими сторонами.

7.2. Договор, может быть, расторгнут по соглашению сторон, по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

8. ПОРЯДОК ВОЗВРАТА ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ ЗА НЕОКАЗАННЫЕ УСЛУГИ

8.1. В случае, если Заказчик не воспользовался услугой, Исполнитель возвращает оплаченную ранее по договору сумму в течение 14 (четырнадцать) рабочих дней, с момента предоставления полного комплекта документов, перечисленных в п. 8.2. настоящего договора, согласно ст. 31 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».

8.2. Возврат денежных средств осуществляется Заказчику при предоставлении следующих документов:

- 1) заявление на возврат денежных средств по образцу Исполнителя (Приложение №3);
- 2) оригинал документа, подтверждающего оплату данной услуги (при наличии). В случае оплаты услуги по банковской карте или перечислением на расчетный счет учреждения - реквизиты банковской карты, в которых указаны: ФИО, номер лицевого счета, номер расчетного счета. При отсутствии документов оплаты подтверждением оплаты считаются документы оператора фискальных данных (ОФД);
- 3) оригинал паспорта (оригинал договора, чек, паспорт);

8.3. Возврат денежных средств Заказчику производится:

- безналичным путем в случае оплаты услуги по банковской карте;
- наличными денежными средствами.

8.4. Заказчик в праве, подать заявление на возврат денежных средств за не оказанную платную услугу в течение 1 года с даты заключения договора.

9. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

9.1. Подписывая настоящий договор, Заказчик (Пациент) подтверждает, что уведомлен о том, что данная услуга не входит в программу ОМС и не финансируется из бюджета (различного уровня).

9.2. Заказчик (Пациент) подтверждает, что ознакомлен с дополнительной информацией, касающейся особенностей данной услуги.

9.3. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств сторонами.

9.4. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, стороны руководствуются нормами действующего законодательства Российской Федерации.

9.5 Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

9.6. Приложения:

Приложение №1 – Акт об оказанных услугах.

Приложение №2 – Акт о порче имущества.

Приложение №3 – Заявление.

10. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Пациент:

Паспорт №

Выдан

Дата выдачи

Код подразделения

Адрес:

Телефон:

E-mail:

Исполнитель:

КГБУЗ КККЦОМД

Адрес: 660074, г. Красноярск, ул. Академика
Киренского, 2А.

Тел. 8 (391) 222-02-62 (305, 307),

Факс 8 (391) 243-97-76,

E-mail: kkkc@pericentr.ru

ИНН 2463236462 КПП 246301001

Минфин края (КГБУЗ КККЦОМД
л/с 75192А00681)

Казначейский счет (расчетный счет)

03224643040000001900

ОКЦ № 3 СибГУ Банка России//УФК по

Красноярскому краю г. Красноярск

Банковский счет (кор. счет банка)

40102810245370000011

ОКПО: 38595059 ОКТМО 04701000

ОГРН: 1122468018474 БИК 010407105

КБК – 710500000000000000130

_____/_____/_____

_____/_____/_____

М.П.

Приложение № 1
к Договору № _____ от _____

АКТ
об приема-передачи оказанных услуг
по предоставлению палаты повышенной комфортности

г. Красноярск

« ____ » _____ 20__ г.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» (КГБУЗ КККЦОМД), зарегистрировано ИФНС по Октябрьскому району г. Красноярска 30.03.2012г., свидетельство о постановке на учет в налоговом органе, серия 24 № 006249614, имеющее Лицензию Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения на медицинскую деятельность № ЛО41-01019-24/00335617 от 01.11.2019г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующей на основании Приказа № ОД-445 от 11.11.2025г. «О предоставлении права подписи», с одной стороны, и гражданин (ка) _____, _____ года рождения, Паспорт: _____ № _____ Выдан: _____

Дата выдачи: _____, проживающий (ая) по адресу: Россия, _____

_____ именуемый (ая) _____ далее «Заказчик», с другой стороны, руководствуясь положениями Федерального закона от 18.07.2011 № 223-ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц» и Положением о закупке товаров, работ, услуг КГБУЗ КККЦОМД, заключили настоящий Акт о том, что:

1. «Исполнитель» своевременно и надлежащим образом оказал Заказчику услугу по предоставлению ППК в _____: всего в количестве _____ дней, период пребывания с « ____ » _____ 20__ г. по « ____ » _____ 20__ г. включительно, по договору № _____ от _____ 20__ г.
2. Заказчик подтверждает факт предоставления услуги и отсутствие претензий к срокам и условиям оказанных услуг по предоставлению ППК _____.
3. За пребывание в ППК в _____, произведена оплата в размере _____ (_____) рублей _____ коп.
4. Настоящий акт составлен в 2 экземплярах: один для Заказчика, один для Исполнителя.

ЗАКАЗЧИК:

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

_____/_____/_____
Подпись ФИО полностью

_____/_____/_____

МП

Палата освобождена, имущество без повреждений:

проверил _____,
_____ / _____ /
Подпись / Должность
ФИО полностью

Приложение № 2
к Договору № _____ от _____

Акт № _____
о повреждении (уничтожении) имущества

_____ (место составления акта)

" ____ " _____ г.
(дата составления акта)

Комиссия в составе:

_____ (должность) _____ (Ф.И.О.),
_____ (должность) _____ (Ф.И.О.),
_____ (должность) _____ (Ф.И.О.),

составила настоящий акт по факту повреждения (уничтожения) имущества.

Комиссия установила, что " ____ " _____ г. в результате _____
_____ повреждено (уничтожено) следующее имущество организации:

_____.

Общая стоимость ущерба составила _____ (_____) рублей.

Приложения:

1. _____
2. _____
3. _____

Подписи членов комиссии:

_____ (подпись) / _____ (Ф.И.О.)
_____ (подпись) / _____ (Ф.И.О.)
_____ (подпись) / _____ (Ф.И.О.)

Приложение № 3

к Договору № _____ от _____

ОБРАЗЕЦ

ЗАЯВЛЕНИЕ

Главному врачу КГБУЗ КККЦОМД
Янину В.Н.

Паспорт серия _____

№ _____

Выдан _____

« _____ » _____

Зарегистрирован по адресу: _____

Прошу Вас вернуть денежные средства в размере _____

_____ (сумма прописью).

По договору № _____ от _____, причина возврата _____

Вышеуказанные средства прошу перечислить на следующие реквизиты (в случае безналичной оплаты):

Полное наименование банка _____

БИК, _____, КПП _____

Р/с _____

№ _____ карты _____

Ф.И.О. владельца расчетного счета _____

В случае оплаты наличными:

Денежные средства выдаются наличными нарочно, также, выдается возвратный чек (квитанция) – в 2 (двух) экз.

Я _____

Претензий к КГБУЗ КККЦОМД не имею.

Дата: _____

_____/_____
Подпись расшифровка