

**ДОГОВОР  
ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.**

г. Санкт-Петербург

Санкт-Петербургское Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская поликлиника № 11» (Лицензия на право осуществления медицинской деятельности № ЛО-78-01-008763, выдана 17 апреля 2018 г. Комитетом по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, расположенного по адресу г. Санкт-Петербург, Малая Садовая ул., д.1, тел: 812-635-55-63; Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц серия 78 № 008553437, выдано 6 апреля 2012 г. Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 15 по Санкт-Петербургу), ОГРН 1037804024565, дата регистрации 6 апреля 2012 г.; ИНН 7802056427, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Махановой Натальи Юрьевны, действующей на основании Устава с одной стороны и **законный представитель** несовершеннолетнего пациента (родитель, усыновитель, опекун, попечитель, прочее)

паспорт № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_, телефон \_\_\_\_\_, зарегистрирован по адресу \_\_\_\_\_, адрес места жительства \_\_\_\_\_, также именуемый в дальнейшем «Заказчик» с другой стороны, они же «Стороны», заключили настоящий Договор в интересах пациента \_\_\_\_\_ (Ф.И.О., дата рождения) зарегистрирован по адресу \_\_\_\_\_, адрес места жительства \_\_\_\_\_, свидетельство о рождении/паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_, телефон \_\_\_\_\_, именуемого в дальнейшем «Потребитель» о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю медицинские услуги на условиях, определенных настоящим договором, а Заказчик обязуется оплатить указанные услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

1.2. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с Договором:

Код услуги	Наименование услуги	Сроки оказания услуги до «__» _____ 20__ г.	Цена	Кол-во	Сумма
Общая стоимость					

Непосредственный Исполнитель услуг \_\_\_\_\_ № чека \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

1.3. Заказчик обязуется своевременно оплатить стоимость предоставляемых медицинских услуг согласно действующего Прейскуранта, а также выполнять требования, предъявляемые Исполнителем, направленные на обеспечение качественного предоставления медицинских услуг, включая сообщение необходимой для оказания медицинских услуг информации.

1.4. Адрес места нахождения медицинской организации:  
г. Санкт-Петербург, пр. Пархоменко, 30  г. Санкт-Петербург, пр. Большой Сампсониевский, 62 а

1.5. Адрес места оказания услуг:  
 г. Санкт-Петербург, пр. Пархоменко, 30  г. Санкт-Петербург, пр. Большой Сампсониевский, 62 а  
 Прочее \_\_\_\_\_

1.6. Потребитель (Законный представитель) подтверждает, что согласен на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполнения стандарта медицинской помощи.

1.7. При необходимости Потребителю могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень и сроки которых согласуются Сторонами в дополнительном Договоре.

**2. Стоимость и порядок оплаты**

2.1. Общая стоимость медицинских услуг по настоящему Договору определяется исходя из действующего у Исполнителя прейскуранта и составляет \_\_\_\_\_ руб.

2.2. Стоимость услуг определяется исходя из согласованного с Заказчиком плана.

2.3. При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ, не предусмотренных Договором, они выполняются с письменного согласия Заказчика с оплатой по утвержденному Прейскуранту с оформлением Дополнительного договора.

2.4. Оплата Заказчиком стоимости услуг осуществляется путем внесения в кассу Исполнителя суммы денежных средств, указанных в п. 2.1. настоящего договора или перечисления на расчетный счет Исполнителя.

2.5. Расчеты за выполнение услуг производится с Исполнителем согласно действующего Прейскуранта на платные услуги через контрольно-кассовую машину или по безналичному расчету по оформленному счету.

2.6. С согласия Сторон услуги могут быть оплачены:  
при заключении Договора;  после фактического оказания услуг

2.7. Заказчик ознакомлен с Прейскурантом до подписания настоящего Договора.

**3. Права и обязанности сторон**

3.1. Исполнитель обязан:  
- предоставить Заказчику (Потребителю) бесплатную, достоверную, доступную информацию о предоставляемой услуге, в том числе сведения об имеющемся у Исполнителя разрешении, лицензии, о месте оказания медицинских услуг, режиме работы, перечне оказываемых платных медицинских услуг с указанием их стоимости и праве на бесплатную медицинскую помощь, об условиях предоставления и получения этих услуг, сведения о квалификации и сертификации специалистов;



- оказать Потребителю квалифицированную, качественную медицинскую помощь в установленные Договором сроки, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи как в полном объеме стандарта медицинской помощи, так и в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполнения стандарта медицинской помощи (приложение 2);
- при оказании медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению российским законодательством;
- в случае непредвиденного отсутствия специалиста Исполнителя в день, назначенный для оказания медицинской услуги, назначить другого квалифицированного специалиста по согласованию с Заказчиком (Потребителем) для проведения медицинской услуги либо перенести ее выполнение на другое время, предварительно предупредив Заказчика (Потребителя);
- уведомить потребителя о том, что граждане, получающие медицинскую помощь, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» обязаны соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в медицинской организации;
- обеспечить Заказчику (Потребителю) непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья;
- после исполнения Договора выдать Потребителю (законному представителю) медицинские документы (копии, выписки из медицинских документов, заключение), отражающие состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг препаратах и медицинских изделиях в соответствии с действующим законодательством;
- обеспечивать режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством.

### 3.2. Исполнитель имеет право:

- получать от Потребителя (законного представителя) информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей по настоящему Договору;
- получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору;
- в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной Договором;
- в необходимых случаях привлекать для оказания Потребителю медицинских услуг третьих лиц, обладающих необходимыми разрешениями на оказание соответствующих медицинских услуг, а также обладающих необходимыми знаниями и квалификацией.

### 3.3. Заказчик обязан:

- оплатить стоимость предоставляемой медицинской услуги в соответствии с порядком, сроком и условиями Договора;
- соблюдать режим лечения, правила поведения в медицинской организации, утвержденные его руководителем;
- выполнять предписания лечащего врача, соблюдать план лечения, составленный лечащим врачом, выполнять требования медицинских сестер и другого медицинского персонала при выполнении ими различных процедур или указаний лечащего врача;
- заблаговременно информировать Исполнителя о перенесенных Потребителем заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;
- информировать лечащего врача о возникших осложнениях, связанных со состоянием здоровья Потребителя;
- оформить согласие на обработку необходимых персональных данных Заказчика (Потребителя), в объеме и способами, установленными действующим законодательством (отказ от подписания согласия не может послужить основанием для отказа в заключении Договора).

### 3.4. Заказчик (Потребитель) имеет право:

- на получение от Исполнителя услуг, предусмотренных настоящим договором;
- на предоставление достоверной, доступной информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, о платной медицинской услуге;
- на сохранение в тайне информации о факте обращения за получением медицинских услуг, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при обследовании и лечении Потребителя;
- на отказ в одностороннем порядке от получения медицинской услуги или ее завершения, оплатив при этом фактически понесенные медицинским учреждением расходы в случае, если этот отказ не связан с нарушением прав пациента при оказании услуги;
- на возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании ему медицинских услуг;
- потребовать предоставление копий медицинских документов, отражающих состояние здоровья, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны.

### 3.5. Потребитель и Исполнитель обладают иными правами и несут другие обязанности, предусмотренные законодательством РФ.

## 4. Условия и сроки предоставления платных услуг

4.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Потребителя (законного представителя Потребителя) и его письменного согласия приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств заказчика (приложение к Договору №2).

4.2. Платные медицинские услуги оказываются в плановой форме в условиях ожидания оказания услуг, предусматривающих предварительную запись на прием и отсутствие очередей.

4.3. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность поликлиники: лицензиями на медицинскую деятельность, порядками, стандартами, другими документами в соответствии с действующим законодательством России.

4.4. Потребитель (законный представитель) предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

4.5. Потребитель (законный представитель) незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

4.6. Потребитель (законный представитель) дает Исполнителю письменное согласие на обработку необходимых персональных данных Заказчика (Потребителя) в объеме и способами, указанными в Федеральном законе от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей выполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору (приложение к Договору №5).

4.8. Сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг не должны превышать 1 рабочего дня с момента обращения пациента к Исполнителю

4.9. Сроки оказания услуг определяют исходя из конкретной клинической ситуации Потребителя в каждом случае индивидуально. Начало срока оказания услуг определяется с момента указанного времени приема и продолжительность определяется врачом в каждом случае персонально.



4.10. При несоблюдении Заказчиком (Потребителем) обязательств по срокам исполнения услуги (неявка пациента в установленное время) «Исполнитель» вправе по своему выбору назначить новый срок оказания услуги.

#### 5. Ответственность сторон

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель несет перед Потребителем ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

5.2. Исполнитель несет перед Потребителем ответственность за несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя.

5.3. Вред, причиненный жизни и здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.4. Потребитель несет ответственность за нарушение условий Договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством России.

5.5. За нарушение установленных настоящим Договором сроков оплаты медицинских услуг Исполнителя вправе требовать с Потребителя выплаты неустойки в размере 0,03% за каждый день просрочки от стоимости услуги, не оплаченной Потребителем.

5.7. Потребитель несет ответственность за нарушение условий Договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.8. В случаях, предусмотренных пунктами 5.5., 5.7 Договора Исполнитель вправе приостановить проведение лечебно – диагностических мероприятий, за исключением проведения лечения по жизненным показаниям (экстренной помощи)

5.2. В случае несоблюдения Исполнителем обязательств по срокам исполнения услуги или ненадлежащего оказания услуги Заказчик вправе по своему выбору:

5.1.1. назначить новый срок оказания услуги;

5.1.2. потребовать исполнения услуги другим специалистом;

5.1.3. расторгнуть Договор и потребовать возмещения убытков в установленном порядке.

5.2. 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.

5.4. Заказчик несет ответственность за достоверность информации о здоровье Потребителя, представляемой Исполнителю.

5.5. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по Договору при возникновении непреодолимых препятствий, под которыми понимаются стихийные бедствия, массовые беспорядки, запретительные действия властей и иные форс-мажорные обстоятельства.

#### 6. Разрешение споров

6.1. Споры и разногласия, возникшие между Исполнителем и Заказчиком при исполнении настоящего Договора, разрешаются Сторонами путем переговоров с участием ответственных лиц за оказание услуг.

6.2. Стороны вправе обратиться за судебной защитой в установленном законом порядке.

#### 7. Порядок изменения и расторжения договора

7.1. Договор может быть изменен и дополнен в любой момент по соглашению Сторон.

7.2. Договор может быть расторгнут в любой момент по соглашению Сторон по основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

7.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме.

7.4. В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. Исполнитель информирует потребителя о расторжении Договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

#### 8. Заключительные положения

8.1. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами.

8.2. Договор составлен в двух (трех) экземплярах, имеющих одинаковую силу (кроме случаев заключения Договора дистанционным способом).

8.3. Заказчик до заключения Договора с действующим Прейскурантом на оказание платных медицинских услуг ознакомлен; проинформирован о возможности получения «Потребителем» указанных в пункте 1 Договора услуг в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи бесплатно; получил информацию о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти с указанием почтового адреса и электронной почты (приложение 2)

8.6. Приложения к Договору: Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией (приложение 1); Информированное добровольное согласие Пациента (законного представителя) на предоставление медицинских услуг на платной основе (приложение 2); Уведомление к Договору о необходимости выполнения рекомендаций при получении платных медицинских услуг (приложение 3); Акт приема-сдачи выполненных работ (услуг) к Договору оказания платных медицинских услуг (приложение 4); Согласие законного представителя на обработку персональных данных несовершеннолетнего (приложение 5); Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств (приложение 6).

#### 9. Реквизиты и подписи сторон

##### Исполнитель:

ИНН 7802056427/ КПП 780201001,  
194021 г. Санкт-Петербург, пр. Пархоменко, 30  
ОГРН 1037804024565

Свидетельство о рег. выдано  
ИМНС России по Выборгскому району  
Санкт-Петербурга

Комитет Финансов СПб  
(СПб ГБУЗ ДГП № 11 л/с 0501012)  
счет 40601810200003000000  
в Северо-Западном ГУ Банка России  
БИК 044030001

Главный врач

Н.Ю.Маханова

##### Заказчик:

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_

##### Потребитель:

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_



**Перечень работ (услуг),  
составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией**

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Санкт-Петербургского Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Детская городская поликлиника № 11» в соответствии с лицензией № ЛО-78-01-008763, выданной 17 апреля 2018г.:

**□ услуги, оказываемые по адресу г. Санкт-Петербург, пр. Пархоменко, 30:**

при осуществлении доврачебной медицинской помощи по: лабораторной диагностике, лечебной физкультуре и спортивной медицине, медицинскому массажу, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу в педиатрии, физиотерапии, функциональной диагностике; при осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе: при осуществлении первичной медико-санитарной помощи по: детской кардиологии, детской эндокринологии, клинической лабораторной диагностике, лечебной физкультуре и спортивной медицине, общественному здоровью и организации здравоохранения, оториноларингологии, офтальмологии, педиатрии, рентгенологии, травматологии и ортопедии, физиотерапии, функциональной диагностике, ультразвуковой диагностике, экспертизе временной нетрудоспособности, при осуществлении специализированной медицинской помощи по: детской кардиологии, детской хирургии, детской эндокринологии, детской урологии-андрологии, инфекционным болезням, клинической лабораторной диагностике, лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, неврологии, общественному здоровью и организации здравоохранения, оториноларингологии, офтальмологии, рентгенологии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, физиотерапии, функциональной диагностике, экспертизе временной нетрудоспособности. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи по: вакцинации (проведению профилактических прививок), эпидемиологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам профилактическим.

**□ услуги, оказываемые по адресу г. Санкт-Петербург, пр. Большой Сампсониевский, 62-а:**

при осуществлении доврачебной медицинской помощи по: медицинскому массажу, сестринскому делу в педиатрии; при осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе: при осуществлении первичной медико-санитарной помощи по: неврологии, педиатрии, травматологии и ортопедии, экспертизе временной нетрудоспособности; при осуществлении специализированной медицинской помощи по: неврологии, педиатрии, травматологии и ортопедии, экспертизе временной нетрудоспособности. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи по: вакцинации (проведению профилактических прививок); эпидемиологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз по: медицинским осмотрам профилактическим.

Приложение является неотъемлемой частью Договора, составлено на одном листе и подписано в двух (трех) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру у «Заказчика» («Потребителя») и «Исполнителя».

Исполнитель:  
Главный врач \_\_\_\_\_ Маханова Н. Ю.

Заказчик: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /



**Информированное добровольное согласие пациента (законного представителя)  
на предоставление медицинских услуг на платной основе**

г. Санкт-Петербург

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г..

Настоящее добровольное информированное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального Закона Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

На основании пункта 7 статьи 30 Федерального Закона Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,

я, гражданин (ка) \_\_\_\_\_, далее «Заказчик», действующий в интересах «Потребителя» \_\_\_\_\_,

желаю добровольно заключить настоящий Договор на предоставление платных медицинских услуг в Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Детская городская поликлиника №11» (далее СПб ГБУЗ «Детская городская поликлиника №11»).

Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о предлагаемых медицинских услугах. Мне разъяснено, что аналогичные медицинские услуги можно получить в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе в рамках системы обязательного медицинского страхования (далее ОМС), Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи на территории Санкт-Петербурга, утверждаемых ежегодно в установленном порядке (далее – соответственно Программа, Территориальная программа) \_\_\_\_\_

Решение об отказе от получения медицинской услуги в рамках ОМС, Программы и Территориальной программы принято в связи с \_\_\_\_\_

Я получил(а) полную информацию о местонахождении учреждения (его гос. регистрации), режиме работы, лицензии, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, о квалификации специалистов. Даю согласие на оказание медицинских услуг на платной основе и ответственен(на) за их оплату.

Я ознакомлен(а) с действующим Прейскурантом и согласен(на) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним за счет своих личных средств.

Я ознакомлен и согласен на предоставление платных медицинских услуг как в полном объеме стандарта медицинской помощи, так и в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполнения стандарта медицинской помощи.

Мне, до заключения Договора, разъяснена информация о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации с указанием почтового адреса и электронной почты, на которые может быть направлено обращение (жалоба).

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа. Положения, которые мне разъяснены, мною поняты.

Информацию до «Заказчика» довел: \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О.)

Подпись Исполнителя: \_\_\_\_\_

Подпись Заказчика: \_\_\_\_\_

Подпись Потребителя: \_\_\_\_\_

**Уведомление к договору оказания платных медицинских услуг**

г. Санкт-Петербург

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Я, гражданин (ка) \_\_\_\_\_,

(Ф.И.О., дата рождения)

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_,

(когда, кем)

адрес места жительства: \_\_\_\_\_, телефон: \_\_\_\_\_,

далее «Заказчик», действующий в интересах «Потребителя» \_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

и являясь его законным представителем настоящим подтверждаю, что уведомлен(на) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) «Исполнителя» (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставленной платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья «Потребителя»

Данное разъяснение было дано до заключения (подписания) Договора оказания платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

От «Исполнителя»:

Главный врач \_\_\_\_\_ Маханова Н. Ю.

От «Заказчика»:

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



**Акт приема-сдачи выполненных работ (услуг)  
к договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
оказания платных медицинских услуг**

г. Санкт-Петербург

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Санкт-Петербургское Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская поликлиника № 11» (Лицензия на право осуществления медицинской деятельности № ЛО-78-01-008763, выдана 17 апреля 2018 г. Комитетом по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, расположенного по адресу г. Санкт-Петербург, Малая Садовая ул., д.1, тел: 812-635-55-63; Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц серия 78 № 008553437, выдано 6 апреля 2012 г. Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 15 по Санкт-Петербургу), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Махановой Натальи Юрьевны, действующей на основании Устава и «Заказчик» \_\_\_\_\_ с другой стороны, составили настоящий Акт о том, что «Исполнителем» выполнены следующие услуги:

Код услуги	Наименование услуги	Сроки исполнения	Цена	Кол-во	Сумма
<b>ИТОГО</b>					

Всего оказано \_\_\_\_\_ услуг на сумму \_\_\_\_\_  
Вышеперечисленные услуги выполнены в полном объеме, надлежащего качества и в установленный срок. Заказчик по оказанным Исполнителем услугам претензий не имеет.

От «Исполнителя»:  
Главный врач  
\_\_\_\_\_ Маханова Н. Ю.

от «Заказчика»:  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_







## Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

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

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

\_\_\_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства 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<sup>1</sup> (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь

в Санкт-Петербургском Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Детская городская поликлиника № 11»  
Медицинским работником \_\_\_\_\_

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

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (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), в том числе после смерти:

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

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

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

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.  
(дата оформления)



**ПОЛОЖЕНИЕ  
О ПОРЯДКЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ СРЕДСТВ,  
ПОЛУЧЕННЫХ ОТ ПЛАТНЫХ УСЛУГ  
В САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ БЮДЖЕТНОМ  
УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
«ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №11»**

Настоящее положение разработано в целях установления единого порядка распределения денежных средств, получаемых от платных услуг, право на предоставление которых установлено ч.2 ст. 19, ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

**1. Общие положения**

1.1. Доходы, полученные от платных услуг, направляются на расходы, связанные с уставной деятельностью в соответствии с планом финансово-хозяйственной деятельности по следующим направлениям:

- оплата труда;
- начисления на выплаты по оплате труда;
- оплата товаров, работ, услуг;
- прочие расходы (в том числе налоги).

1.2. Корректировка показателей плана финансово-хозяйственной деятельности осуществляется в установленном Приказом Минфина России от 28.07.2010 N 81н (ред. от 13.12.2017) "О требованиях к плану финансово-хозяйственной деятельности государственного (муниципального) учреждения" порядке.

**2. Оплата труда.**

2.1. Общий объем денежных средств на оплату труда с начислениями на выплаты по оплате труда формируется в размере до 80 % полученного дохода от оказания услуг на платной основе.

2.2. Фонд оплаты труда за счёт средств от платных услуг направляется на:

2.2.1 оплату труда:

- медицинскому (прочему) персоналу, непосредственно оказывающему платные услуги;
- работникам, состоящим в штате учреждения за счет средств от платных услуг;
- административно-хозяйственному и общепольничному медицинскому персоналу, способствующему оказанию платных услуг.

2.2.2. прочие выплаты в соответствии с Положением о порядке премирования и стимулирования работников СПб ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 11», утвержденным Коллективным договором;



2.2.3 начисления на выплаты по оплате труда.

2.3.Общий фонд оплаты труда работников, оказывающих платные услуги, формируется в зависимости от вида предоставляемых услуг:

№	Вид услуг	ФОТ % от суммы дохода (без учета начислений на выплаты по оплате труда)
1.	Консультативные приемы	35
2.	Рентгенологические исследования, ультразвуковая диагностика, функциональная диагностика	30
3.	Клинико-лабораторные исследования	30
4.	Физиотерапевтические процедуры, лечебная физкультура	30
5.	Мануальная терапия, массаж	35
6.	Функциональная диагностика	30
7.	Лечение в условиях дневного стационара	30
9.	Оказание платных услуг по договорам с юридическими лицами (в зависимости от вида предоставляемых услуг)	до 35
10.	Немедицинские услуги	30

2.4. Структура фонда оплаты труда работников, оказывающих платные услуги по подразделениям и категориям работников установлены в Приложениях №1.

2.5. Фонд оплаты труда административно-хозяйственного и общепольничного персонала, способствующего оказанию платных услуг формируется в размере не более 11,85 % от дохода по платным услугам (без учета начислений на выплаты по оплате труда)

2.6.Перечень должностей и размер выплат административно-хозяйственному и общепольничному медицинскому персоналу установлены в Приложении № 2.

2.7. Из средств, направляемых на оплату труда за оказание и организацию платных услуг, формируется резервный фонд на оплату отпусков и командировочных расходов в части заработной платы в размере 9 % от дохода.

2.8. Из средств от приносящей доход деятельности производятся выплаты стимулирующего характера главному врачу учреждения за организацию работ по оказанию платных услуг, для чего формируется резерв в размере от 10 % от дохода.

2.9. При наличии у сотрудников, оказывающих платные услуги и способствующих оказанию платных услуг нарушений трудовой дисциплины, нарушений правил внутреннего трудового распорядка, дефектов оказания медицинской помощи, дефектов ведения документации и предоставления отчетов, претензий от пациентов, нарушений условий оказания услуг на платной основе, невыполнения специалистами нормативной нагрузки, порядка ведения медицинской документации, размер выплат за оказание платных услуг устанавливается в следующих размерах:



	Наименование	Размер оплаты труда, % от расчетного фонда
1	Наличие нарушений условий оказания услуг на платной основе	0%
2	Наличие обоснованных жалоб, претензий пациентов	50%
3	Нарушение распоряжений руководителя структурного подразделения	50%
4	Нарушение Положения об организации платных услуг, приказов по платным услугам, регламентирующих деятельность	0%-50%
5	Нарушение ведения документации или сроков предоставления отчетов	50%
6	Нарушение финансовой дисциплины	0%
7	Нарушение этики и деонтологии	50%

2.10. Вопрос об установлении выплат за оказание платных услуг при наличии нарушений, указанных в п. 2.9. настоящего Положения, рассматривается рабочей группой на основании служебной записки руководителя структурного подразделения. В состав рабочей группы входят: заместители главного врача по медицинской части, заместитель главного врача по экономическим вопросам, заведующие, ответственные за оказание платных медицинских услуг с привлечением начальника соответствующего подразделения, врач-статистик, юрисконсульт.

2.11. Фонд оплаты труда за счёт средств, полученных от платных услуг исчисляется ежемесячно в соответствии с полученным доходом.

Расчет производится до 25 числа текущего месяца за период с 21 числа предыдущего месяца по 20 число текущего месяца.

2.12. Основанием для оплаты труда персонала за счет средств от платных услуг служат:

- Положение о порядке оплаты труда, Положение о порядке премирования и стимулирования работников СПб ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 11», настоящее Положение;
- документы, подтверждающие объем выполненных работ, фактический доход средств от платных услуг (первичная учетная медицинская документация, отчеты о перечне лиц, оказывающих платные услуги и заработанных в отчетном периоде суммах, бухгалтерская отчетность о поступлении денежных средств от платных услуг).



**Приложение № 1 к Положению о порядке распределения средств, полученных от платных услуг**

**СТРУКТУРА фонда оплаты труда, формируемого за счет средств от платных медицинских услуг по категориям работающих**

**1. Консультативные приемы лечебно – профилактического отделения**      **Таблица №1**

	Врач	Медицинская сестра	Итого от дохода
1 Консультативный прием врача-педиатра участкового	30%	5%	35%
2 Профилактический прием врача-педиатра участкового	5%	30%	35%
5 Направляющий на вакцинацию	5%	0	5%

**2. Консультативные приемы консультативно – диагностического отделения**      **Таблица №2**

	Зав. отделением	Врач	Медицинская сестра	Итого от дохода
3 Консультативный прием врача-специалиста, врача-педиатра	3%	28%	4%	35%
4 Профилактический прием врача-специалиста, врача-педиатра	3%	4%	28%	35%
5 Направляющий на вакцинацию		5%	0	5%

**3. Отделение лучевой диагностики**      **Таблица №3**

Вид услуг	Направляющий на обследование *	Заведующий отделением	Врач -специалист (специалист)	Рентген-лаборант	Итого от дохода
1 Консультативный прием врача		3%	32%		35%
2 Ультразвуковые исследования	5%	3%	27%		до 35%
3 Рентгенологические исследования	5%	3%	15%	12%	до 35%

**4.Отделение клинико-лабораторной диагностики**      **Таблица №4**

Вид услуг	Направляющий на обследование *	Заведующий отделением	Врачебный персонал	Средний мед. персонал (боксе)	Средний мед. персонал (КЛД)	Итого от дохода
1 Взятие материала	5%	3%	-	-	27,0%	до 35%
2 Клинико-лабораторные исследования + взятие материала	5%	3%	2,7%	9%	15,3%	до 35%
3 Клинико-лабораторные исследования	5%	3%	14,5%	-	12,5%	до 35%

**5. Физио - терапевтическое отделение**      **Таблица №5**

Вид услуг	Направляющий на обследование *	Заведующий отделением	Врач	Мед. сестра	Инструктор ЛФК	Старшая мед. сестра	Итого от дохода
1 Консультативный прием врача	5%	3%	30,5%			1,5%	35%
2 Физиотерапевтические процедуры	5%	3%	2,5%	22,5%		2%	до 35%
3 Мануальная терапия	5%	1,5%	27,3%			1,2%	до 35%
4 Массаж	1%	1,5%	1,5%	30,1%		0,9%	до 35%
5 Лечебная физкультура	5%	1,5%	6%		21,6%	0,9%	до 35%



6. Отделение функциональной диагностики

Таблица №6

Вид услуг	Направляющий *	Врач	Медицинская сестра	Итого от дохода
1 Регистрация, расшифровка, описание ЭКГ	5%	26%	4%	до 35%
2 Расшифровка, описание ЭКГ	5%	30%	0%	до 35%
3 Регистрация с описанием ЭЭГ, ХМ-ЭКГ	5%	20%	10%	до 35%

7. Процедурный кабинет

Таблица №7

Вид услуг	Врач	Медицинская сестра	итого
1 Внутримышечное, внутривенное введение лекарственных препаратов	0	30%	30%

8. Дневной стационар (ДС)

Таблица №8

Вид услуг	Заведующий отделением КДО	Врач ДС	Старшая мед. сестра КДО	Итого
1 Ежедневный осмотр врачом-неврологом в дневном стационаре неврологического профиля	3 %	25%	2%	30%
2 Курация лечения в дневном стационаре неврологического профиля	3 %	25%	2%	30%

Направляющий на обследование \* - лицо, не работающее в данном подразделении (при наличии письменного подтверждения направления - наряда).

При отсутствии бригады в полном составе, фонд оплаты труда начисляется основному исполнителю или фактическим исполнителям.



**Размер оплаты труда  
административно-хозяйственного, общепольничного медицинского  
персонала, способствующих оказанию платных услуг**

<b>Наименование должности/структурного подразделения</b>	<b>% на ФОТ без начислений от дохода</b>
Заместитель главного врача по медицинской части	1,38
Заведующие отделениями, ответственные за оказание ПМУ (от объема подразделений)	1
Главная медсестра	0,31
Медицинские сестры, ответственные за составление графиков и табелей по ПМУ (от объема подразделений)	0,1
Врач – эпидемиолог	0,1
Заместитель главного врача по экономическим вопросам	1,31
Экономист	0,61
Специалист в сфере закупок	0,15
Главный бухгалтер	1,31
Бухгалтер по материальному учету	0,2
Бухгалтер по расчетам с рабочими и служащими	0,2
Бухгалтер по финансовому учёту, кассир	0,6
Заместитель главного врача по информационной безопасности	0,2
Начальник хозяйственного отдела/заместитель главного врача по хозяйственным вопросам	0,23
Начальник отдела кадров	0,23
Юрисконсульт	0,1
Врач-статистик	0,54
Медицинский статистик	0,13
Оператор ЭВМ (кабинета статистики)	0,1
Системный администратор	0,05
Кассиры (от оформленного объема средств)	3
<b>Итого АУП и АХП</b>	<b>11,85</b>

Размер оплаты труда административно-хозяйственного, общепольничного персонала, способствующего оказанию платных услуг, устанавливается за фактически отработанное время и может быть уменьшен при отсутствии финансирования.



**Сводная таблица распределения средств,  
полученных от платных услуг**

<b>Наименование</b>	<b>%</b>
Фонд оплаты труда исполнителей платных услуг	до 35
Фонд оплаты труда административно-хозяйственного, общепольничного медицинского персонала, способствующих оказанию платных услуг	11,85
Начисления на фонд оплаты труда	до 14,15
Фонд на выплату отпускных	9
Резервный фонд	от 10
<b>Всего на выплаты с начислениями</b>	<b>80%</b>
<b>Всего на оплату прочих услуг и расходов в соответствии с утвержденным Планом финансово – хозяйственной деятельности</b>	<b>20%</b>