

2.1.2. Оказывать медицинские услуги в полном объеме в соответствии с настоящим договором после внесения Потребителем (Заказчиком) денежных средств в порядке, определенным настоящим договором.

2.1.3. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных.

2.1.4. Давать при необходимости по просьбе Потребителя (Заказчика) разъяснения о ходе оказания услуг.

2.1.5. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг.

2.2. Заказчик (Потребитель) обязуется:

2.2.1. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором. Предоставить Исполнителю перед началом оказания услуг документ, подтверждающий оплату оказанных услуг.

2.2.2. Подписывать своевременно Акты оказанных услуг.

2.2.3. Соблюдать правила поведения в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения.

2.2.4. Заботится о сохранении своего здоровья, соблюдать рекомендации медицинских работников, данных при оказании медицинской услуги.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. Получать от Потребителя информацию, необходимую для заключения настоящего Договора.

2.3.2. Требовать оплаты услуг, оказанных Потребителю по настоящему Договору.

2.4. Заказчик (Потребитель) имеет право:

2.4.1. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с п. 1.1 настоящего Договора.

2.4.2. При оказании услуг задавать вопросы сотрудникам Исполнителя.

2.4.3. Получать информацию о своих правах и обязанностях, о медицинских работниках Исполнителя, о ходе исполнения медицинской услуги.

2.4.4. Знакомится с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг.

2.5. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора.

**3. Порядок исполнения Договора**

3.1. Курс «Школа для беременных» состоит из 5 лекций, продолжительностью до 2 часов в день. Лекции проходят ежедневно, с периодичностью 2 раза в месяц по мере наполнения группы.

3.2. Потребитель (Заказчик) проинформирован, что медицинская услуга оказывается группе Потребителей (исключая индивидуальное оказание услуги). Лекции проводятся при численности группы не менее 5 человек.

Формирование группы на определенную дату оказания платных медицинских услуг завершается с начала проведения первого дня лекций. Доукомплектование группы на этапе оказания медицинской услуги не производится.

3.3. По итогу оказания медицинской услуги сторонами подписывается Акт оказанных услуг. В случае отсутствия мотивированного отказа от подписания Акта оказанных услуг в течение 5 рабочих дней с момента окончания оказания услуг, услуги считаются принятыми Заказчиком (Потребителем) в полном объеме.

3.4. Подписываемые Сторонами Акты оказанных услуг являются подтверждением оказания услуг Исполнителем Заказчику (Потребителю).

3.5. Заказчик (Потребитель) обязуется рассмотреть и подписать Акты оказанных услуг, представленные Исполнителем.

При наличии замечаний к оказанным Исполнителем услугам Заказчик (Потребитель) указывает об этом в Акте либо предоставляет мотивированный отказ от подписания Акта.

3.6. К отношениям, связанным с исполнением настоящего Договора, применяются положения Закона Российской Федерации от 07.02.1992 N 2300-1 "О защите прав потребителей".

**4. Стоимость услуг и порядок оплаты**

4.1. Услуги, оказанные Исполнителем, оплачиваются Потребителем (Заказчиком) в соответствии с настоящим договором по прейскуранту, действующему на момент заключения настоящего договора. Стоимость медицинской услуги составляет 6500,00 (шесть тысяч пятьсот) рублей.

4.2. Оплата медицинской услуги производится на условиях 100% предоплаты. Оплата услуги производится за полный курс лекций. Произведение оплаты за часть лекций не допускается.

4.3. Оплата медицинской услуги производится путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя; в безналичной форме банковской (кредитной) картой;- в безналичной форме путем перечисления (перевода) денежных средств с расчетного счета Пациента на расчетный счет Исполнителя;

4.4. Потребителю (Заказчику) в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату медицинских услуг (кассовый чек, квитанция или иные документы).

4.5. Датой оплаты стоимости услуг считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или день внесения денежных средств в кассу Исполнителя.

4.6. Исполнитель вправе в одностороннем порядке изменить Перечень услуг (прайс), как по составу услуг, так и по их стоимости.

**5. Ответственность Сторон и форс-мажорные обстоятельства**

5.1. Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком (Потребителем) за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя.

5.2. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

**6. Порядок разрешения споров**

6.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

6.2. При неурегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

**7. Сроки по Договору**

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания уполномоченными представителями Сторон и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по нему.

7.2. Сроки оказания услуг по настоящему Договору - с «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. по «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

7.3. Настоящий Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию Сторон, а также по инициативе любо из сторон при наличии обоснованных обстоятельств.

7.4. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон.

**8. Заключительные положения**

8.1. Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

8.2. Настоящий Договор составлен в двух (трех) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

8.3. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются:  
8.3.1. Приложение № 1 Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг.  
8.3.2. Приложение № 2 Согласие на обработку персональных данных  
8.3.3. Приложение № 3 Уведомление  
8.3.4. Приложение № 4 Памятка оказания медицинской услуги «Школа для беременных»  
8.3.5. Приложение № 5 Акт оказанных услуг  
8.3.6. Приложение № 6 Сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности

9. Адреса и реквизиты Сторон

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель**  **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Владимирской области «Областной перинатальный центр»**  **(ГБУЗ ВО «ОПЦ»)**  Адрес:600031,г.Владимир, Константино-Еленинский проезд, д. 1  ИНН 3329015380  КПП 332901001 ОГРН 1033303401890  Банковские реквизиты: ДФ (ГБУЗ ВО «ОПЦ» л/с 20286У88730)  Банк получателя:  ОТДЕЛЕНИЕ ВЛАДИМИР БАНКА РОССИИ//  УФК по Владимирской области г. Владимир  БИК: 011708377  Единый казначейский счет:  40102810945370000020  Счет получателя  03224643170000002800  ОКТМО 17701000  Тел/факс: (4922) 41-06-65  E-mail:perinatal@wladimir.ru  Дата постановки на учет в налоговом органе 25.07.1995 г. Свидетельство о государственной регистрации юридического лица от 25 декабря 2001г. № 4591и, выданное администрацией города Владимира  **Исполнитель:**  Главный врач  ГБУЗ ВО «ОПЦ»  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Н.Г. Туманова  «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  М.П. | **Заказчик**  ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Место рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес регистрации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес фактического места проживания\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспортные данные: серия\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код подразделения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Номер телефона\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес электронной почты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Потребитель**  ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Место рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес регистрации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес фактического места проживания\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспортные данные: серия\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код подразделения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Номер телефона\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес электронной почты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Потребитель  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Заказчик  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Приложение № 1 к договору

оказания платных медицинских услуг

№ \_\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

**Информированное добровольное согласие**

**на получение платных медицинских услуг**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. Заказчика), "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ года рождения, паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрирован\_\_ по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя), даю информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг мной или лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Владимирской области «Областной перинатальный центр». Я рассмотрел различные варианты получения медицинских услуг .

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (должность, Ф.И.О. медицинского работника) в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы получения платных медицинских услуг, их последствия, а также предполагаемые результаты оказания медицинской услуги.

Мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи, в том числе схожих медицинских услуг, в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками и условиями оказания и порядком оплаты медицинских услуг, предоставляемых Государственным бюджетным учреждением здравоохранения Владимирской области «Областной перинатальный центр». Выражаю согласие оплатить стоимость медицинской услуги в соответствии с Прейскурантом и условиями договора.

Я изъявляю желание заключить договор на оказание платных медицинских услуг с государственным бюджетным учреждением здравоохранения Владимирской области «Областной перинатальный центр».

Информацию до Потребителя (Заказчика) довел \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

ФИО Потребителя, подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО Заказчика, подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

  Приложение № 2 к договору  
оказания платных медицинских услуг

№ \_\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

**Согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных.**

ФИО Потребителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт №\_\_\_\_\_серия\_\_\_\_\_\_\_,выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г., код подразделения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, адрес регистрации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, адрес фактического места проживания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер телефона\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО Заказчика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт №\_\_\_\_\_серия\_\_\_\_\_\_\_,выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г., код подразделения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, адрес регистрации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, адрес фактического места проживания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер телефона\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Оператор обработки персональных данных: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Владимирской области «Областной перинатальный центр»

Я, (ФИО Потребителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я, (ФИО Заказчика)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях обеспечения соблюдения законов и иных нормативных актов, оказания медицинских услуг, произведения оплаты за медицинскую услугу, учета оказанных медицинских услуг, обеспечения моей безопасности, в иных целях, предусмотренных законодательством РФ

даю согласие Государственному бюджетному учреждению здравоохранения Владимирской области «Областной перинатальный центр» (далее — Оператор), на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации, обработку моих персональных данных а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уничтожение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление моих персональных данных.

Перечень моих персональных данных, на обработку которых я даю согласие: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, номер телефона, номер полиса обязательного медицинского состояния, СНИЛС, семейное положение, сведение о составе семьи, вид оказываемой медицинской услуги, условия оказания медицинской услуги, сроки и объем оказания медицинской услуги, результат оказания медицинской услуги, сведения о медицинском работнике или работниках, оказавших услугу.

Предоставляю Оператору право осуществлять ведение персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности.

Даю согласие субъекта персональных данных на обработку моих персональных данных. Данное согласие дано мной лично и действует бессрочно.

Оставляю за собой право отозвать согласие субъекта персональных данных на обработку персональных данных посредством составления соответствующего письменного заявления, которое будет вручено лично уполномоченному представителю Оператора или направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении.

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

Субъект персональных данных

Потребитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Заказчик\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение № 3 к договору  
оказания платных медицинских услуг

№ \_\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

УВЕДОМЛЕНИЕ

Г. Владимир

ГБУЗ ВО «ОПЦ» уведомляет: «Несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских сотрудников лечебного учреждения оказывающих платную медицинскую услугу, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья»

До заключения настоящего договора Потребитель (Заказчик) проинформирован о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской услуги без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (услуга может быть предоставлена в женской консультации по месту регистрации).

С настоящем уведомлением ознакомлен до момента заключения договора:

ФИО Заказчика\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО Потребителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящим Потребитель (Заказчик) подтверждает, что Исполнитель предоставил для ознакомления следующие документы:

1. копию учредительного документа
2. копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией

Потребитель ознакомлен с режимом работы Исполнителя, графиком работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг

До заключения договора Исполнителем предоставлена в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

1. порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг
2. информация о медицинском работнике, предоставляющем платную медицинскую услугу(его профессиональном образовании и квалификации)
3. информация о методах оказания медицинской услуги, последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской услуги

ФИО Заказчика\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО Потребителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

Приложение № 4 к договору  
оказания платных медицинских услуг

№ \_\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

**Памятка оказания медицинской услуги «Школа для беременных»**

«Школа для беременных» является медицинской услугой в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утвержденной Приказом Минздрава России от 13.10.2017 N 804н и оказывается на платной основе на основании заключенного договора.

Школа для беременных – курс лекций, проводимых в ГБУЗ ВО «ОПЦ», с целью подготовки будущей мамы к родам и уходу за новорожденным.

Курс «Школа для беременных» состоит из 5 лекций, продолжительностью до 2 часов в день. Занятия проходят ежедневно с периодичностью 2 раза в месяц. Цикл проводится при наборе группы не менее 5 человек.

Учебная программа затрагивает такие важные темы как: физиологические изменения в организме женщины, подготовка к родам, предвестники родов, физиология родов, методы обезболивания, кесарево сечение, преимущества грудного вскармливания, навыки по уходу за ребенком, этапы развития новорожденного, психологические аспекты беременности и родов, партнерские роды, экскурсия по ГБУЗ ВО «ОПЦ», особенности течения послеродового периода, послеродовая контрацепция.

Лекции проводят врачи акушеры-гинекологи, неонатологи, медицинские психологи:

- Шабалин Дмитрий Валерьевич, врач-акушер-гинеколог высшей квалификационной категории;

- Астафьева Светлана Александровна, врач-акушер-гинеколог высшей квалификационной категории;

- Горожанин Дмитрий Сергеевич, врач-акушер-гинеколог второй квалификационной категории;

- Спицына Людмила Александровна, врач-акушер-гинеколог высшей квалификационной категории;

- Кирова Елена Вячеславовна, врач-неонатолог высшей квалификационной категории;

- Муравьева Елена Алексеевна, медицинский психолог

На каждом занятии Потребитель может задать все интересующие Вас вопросы.

Запись на лекции осуществляется на любом сроке беременности по телефону

8 (4922) 41-06-65  с 8.30 до 17.00 ч. (ежедневно, кроме субботы и воскресенья).

Занятия проходят на 0 этаже в конференц зале  Областного перинатального центра. В первый день лекций Потребитель должен прийти заранее, не менее чем за 30 минут до назначенного времени приема для оформления соответствующей документации (договора, согласия на обработку персональных данных и др.), произведения оплаты. Оформление договора осуществляется на первом этаже Областного перинатального центра в кабинете медицинского регистратора (каб. № 118). Оплата осуществляется в бухгалтерии учреждения после оформления договора.

Формирование группы на определенную дату оказания платных медицинских услуг «Школа для беременных» завершается с начала проведения первого дня лекций. В случае опоздания Потребителя более чем на 30 минут от начала лекций Исполнитель имеет право отказать в оказании услуги. В данном случае запись будет произведена на следующий по графику курс лекций.

Стоимость полного курса лекций «Школа для беременных» составляет 6500,00 руб. Медицинская услуга оказывается после произведения 100% оплаты. Оплата за часть курса не предусмотрена.

При себе необходимо иметь паспорт, диспансерную книжку беременной, тетрадь, ручку для записи, средства для оплаты

С Памяткой ознакомлен(а), с изложенными правилами согласен(на):

ФИО Потребителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО Заказчика\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение № 5 к договору  
оказания платных медицинских услуг

№ \_\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

Акт оказанных услуг

г. Владимир "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_  г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Ф.И.О.)*, именуем\_\_ в дальнейшем «Заказчик», с одной стороны и Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Владимирской области «Областной перинатальный центр», адрес места нахождения: 600031, г. Владимир, Константино-Еленинский проезд, д.1, ОГРН 1033303401890, лицензия на осуществление медицинской деятельности от 03.04.2020 № Л041-01134-33/00362512, выдана Департаментом здравоохранения Владимирской области, именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице главного врача Тумановой Надежды Геннадьевны, действующей на основании Устава, с другой стороны, совместно именуемые "Стороны", составили настоящий акт о нижеследующем:

1. В соответствии с договором оказания платных медицинских услуг (далее - Договор) Исполнитель оказал, а Заказчик принял следующие услуги: медицинская услуга «Школа для беременных».
2. Качество оказанных услуг соответствует требованиям заключенного договора. Услуга оказана в полном объеме, в установленный договором срок.
3. Претензий по объему, качеству, порядку и срокам оказания услуг Заказчик и Потребитель не имеют.
4. Настоящий акт составлен в 2 (3) экземплярах по одному для каждой из сторон

Исполнитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Главный врач ГБУЗ ВО «ОПЦ» Туманова Н.Г./

Заказчик\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Потребитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Приложение № 6 к договору  
оказания платных медицинских услуг

№ \_\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

**Сведения о лицензии на осуществлении медицинской деятельности**

Регистрационный номер лицензии: Л041-01134-33/00362512

Дата предоставления лицензии: 03.04.2020

Лицензирующий орган: Департамент здравоохранения Владимирской области (г. Владимир, ул. Б. Московская, д. 31, тел.: 8 (4922) 77-85-31, сайт: https://dz.avo.ru

Лицензируемый вид деятельности: медицинская деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности:

600031, Владимирская область, г. Владимир, Константино-Еленинский проезд, д. 1

Выполняемые работы, оказываемые услуги:

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

акушерскому делу;

при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности);

При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по:

акушерскому делу;

акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности);

акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности);

анестезиологии и реаниматологии;

вакцинации (проведению профилактических прививок);

диетологии;

клинической лабораторной диагностике;

лабораторной диагностике;

медицинской статистике;

неврологии;

неонатологии;

организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии;

офтальмологии;

рентгенологии;

сестринскому делу;

сестринскому делу в педиатрии;

терапии;

трансфузиологии;

ультразвуковой диагностике;

функциональной диагностике;

При оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги)

при оказании скорой специализированной медицинской помощи вне медицинской организации (в том числе выездными экстренными консультативными бригадами скорой медицинской помощи), по:

акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности);

анестезиологии и реаниматологии;

При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по:

экспертизе временной нетрудоспособности;

экспертизе качества медицинской помощи;

При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по:

медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым).

Ознакомлен(а)

Заказчик \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Потребитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/