

1.3. Медицинская помощь оказывается в соответствии с условиями настоящего договора, с учетом утвержденных [порядк](consultantplus://offline/ref=D4BE47AD240F04120926F8FA18C886ECB9A781C800C4A7A074A22B109B887588DE72F2FA5B67D6DD9C6B296FCAAC8C679E4A1252BDD5F453F426H)ов оказания медицинской помощи, [клинических рекомендаций](consultantplus://offline/ref=D4BE47AD240F04120926F8FA18C886ECB9A781C800C4A7A074A22B109B887588DE72F2FA5B67D7DF9C6B296FCAAC8C679E4A1252BDD5F453F426H) и [стандартов](consultantplus://offline/ref=D4BE47AD240F04120926F8FA18C886ECB9A781C800C4A7A074A22B109B887588DE72F2FA5B67D6DD9A6B296FCAAC8C679E4A1252BDD5F453F426H) медицинской помощи, а также на основании Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства Российской Федерации от 04 октября 2012г № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

1.4. Стороны согласовали как существенные условия договора :

1.4.1. 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, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы .

1.4.2. при наличии соответствующих медицинских показаний, на основании согласия Пациента, Исполнитель оказывает медицинскую помощь, не предусмотренную настоящим договором, или в большем объеме, чем предусмотрено договором. При этом стоимость медицинских услуг в рамках настоящего договора повышается.

1.5. Пациент уведомлен и согласен, что медицинская помощь, оказанная в соответствии с условиями настоящего договора, не может полностью исключить вероятность возникновения осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма. Пациенту разъяснено, что Исполнитель не несет ответственности за возникшие у Пациента осложнения после родоразрешения, если медицинские услуги были оказаны качественно.

**2. Права и обязанности Сторон**

**2.1. Исполнитель обязуется:**

2.1.1. Оказать Пациенту платные медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего договора.

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

2.1.3. Проводить консультации, осмотры врачами-специалистами, комплексы инструментальных и лабораторных и прочих мероприятий в объеме и на условиях, предусмотренные настоящим договором.

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

2.1.5. Информировать Пациента о необходимости проведения дополнительных методов обследования и лечебно-диагностических мероприятий.

2.1.6. Информировать Пациента о состоянии его здоровья и здоровья его новорожденного ребенка, методах рекомендуемого лечения, сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, ожидаемых результатах лечения, о возможных осложнениях, об используемых в процессе лечения лекарственных препаратах.

2.1.7. Предоставить медицинские услуги врачом-акушером-гинекологом, (ФИО врача): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**2.2. Пациент (Заказчик) обязуется:**

2.2.1. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

2.2.2. Подписывать своевременно Акты оказанных услуг.

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

2.2.4. Неукоснительно соблюдать назначения и рекомендации врача (медицинского персонала), как необходимые условия предоставления ему качественной медицинской помощи. Заботится о сохранении своего здоровья, соблюдать рекомендации медицинских работников, данных при оказании медицинской услуги. Незамедлительно сообщать медицинскому персоналу обо всех изменениях в состоянии своего здоровья в процессе оказания медицинских услуг.

2.2.5. Предоставить необходимую и достоверную информацию, обеспечивающую качественное предоставление медицинских услуг: о состоянии своего здоровья, об имеющейся в анамнезе патологии, перенесенных или имеющихся заболеваниях, инфекциях, возникших вследствие этого осложнениях, наличии вредных привычек, вредных и опасных условий труда, аллергических реакциях на какой-либо лекарственный препарат, медицинских вмешательствах.

2.2.6. Надлежащим образом исполнять условия настоящего договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению настоящего договору.

**2.3. Исполнитель имеет право:**

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

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

2.3.3. При наличии соответствующих медицинских показаний и согласия Пациента оказать дополнительные медицинские услуги с повышением стоимости услуг в рамках заключенного договора.

2.3.4. Госпитализировать Пациента при наличии медицинских показаний к госпитализации и выявлении состояний, требующих госпитализации.

2.3.5. В случаях, определенных п. 1.4.2. настоящего договора, самостоятельно определять объем оказываемой медицинской помощи, исследований, оперативных вмешательств, манипуляций, для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе не предусмотренной настоящим договором.

2.3.6. Заменить врача-акушера-гинеколога в следующих случаях:

- по взаимному соглашению сторон;

- без согласования с пациентом в случае невозможности выполнять врачом возложенные на него функции в связи с болезнью или по иным уважительным причинам.

2.3.7. Лечащий врач по согласованию с Главным врачом Исполнителя может отказаться от наблюдения за пациентом и его лечения, если отказ непосредственно не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих. В случае отказа лечащего врача от наблюдения за пациентом и лечения пациента Главный врач организует замену лечащего врача (ч. 3 ст. 70 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

**2.4. Пациент (Заказчик) имеет право:**

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

2.4.2. Получать полную информацию о состоянии своего здоровья и здоровья новорожденного ребенка (детей), поставленном диагнозе, необходимых методах диагностики и лечения, связанных с ними рисках, о возможных последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, об используемых лекарственных препаратах.

2.4.3. Получать информацию о необходимости проведения дополнительных методов обследования и лечебно-диагностических мероприятий.

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

2.4.5. 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 и сроки исполнения Договора**

3.1. Договор о предоставлении платных медицинских услуг может быть заключен не ранее 36 недель беременности.

3.2. Срок оказания услуг: с момента госпитализации по день выписки Пациента из медицинского учреждения Исполнителя.

3.3. Настоящим договором не предусмотрено оказание медицинской помощи при наличии заболеваний и связанных с ними осложнений, указанных в Приложении № 3 к настоящему договору

3.4. Наступление или выявление в процессе действия настоящего договора противопоказаний указанных в п. 3.3. к настоящему договору является основанием для отказа Исполнителем от исполнения настоящего договора в одностороннем порядке.

3.5. В случаях несоблюдения Пациентом предписаний Исполнителя, Правил оказания услуг или правил внутреннего распорядка, Исполнитель может принять решение об отказе от наблюдения и лечения Пациента, если это не угрожает жизни и здоровью Пациента.

В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесённые Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

3.6. Порядок госпитализации:

3.6.1. Госпитализация в ГБУЗ ВО «ОПЦ» осуществляется круглосуточно через приемное отделение учреждения. Госпитализация осуществляется в акушерское физиологическое отделение с началом родовой деятельности, а при наличии показаний для дородовой госпитализации – в отделение патологии беременности.

3.6.2. Для проведения госпитализации в медицинское учреждение при себе необходимо иметь следующие документы: обменная карта, паспорт, Договор, медицинские заключения, результаты лабораторных и функциональных методов исследования (при их наличии).

3.6.3. При отсутствии медицинский противопоказаний и при согласии Пациента допускается присутствие будущего отца или иного сопровождающего лица на родах при условии соблюдения санитарно-эпидемиологических требований.

3.6.4. При условии медицинских противопоказаний и с учетом согласия Пациента в стационаре предусмотрено совместное пребывание родильницы и новорожденного. В случае выявления состояний или возникновении ситуаций, не входящих в компетенцию ГБУЗ ВО «ОПЦ», но требующих пребывания Пациента в стационаре, Исполнитель оставляет за собой право перевести Пациента в другие медицинские учреждения.

**4. Стоимость услуг и порядок оплаты**

4.1. Стоимость медицинских услуг определена сторонами в Приложении № 1 к настоящему договору (Комплексная программа ведения родов). Стоимость договора может быть изменена в случае оказания дополнительных услуг или изменения комплексной программы ведения родов. При этом стоимость услуг согласовывается сторонами в дополнительном соглашении к настоящему договору.

4.2. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Пациентом до выписки из медицинского учреждения на основании акта оказанных услуг.

4.3. Оплата медицинских услуг производится Пациентом в рублях путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчёту, путем перевода денежных средств на расчётный счет Исполнителя, указанный в настоящем Договоре.

4.4. Выдача медицинских документов по итогам получения медицинской помощи, отражающих состояние здоровья Пациента и новорожденного(ых), производится после осуществления оплаты оказанных услуг в полном объеме.

4.5.Указанная в п.4.1 сумма является предварительной. Окончательная стоимость определяется после окончания лечения в соответствии с прейскурантом Исполнителя, исходя из фактического объема оказанных Заказчику услуг с учетом предоставления дополнительных медицинских услуг или изменения комплексной программы ведения родов.

4.6. В момент подписания настоящего договора Заказчик ознакомлен с действующими комплексными программами ведения родов, понимает содержащуюся в нем информацию и согласен с ценами на медицинские услуги.

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

5.1. Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком (Пациентом) за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора.

5.2. Ни одна из Сторон не будет нести ответственность 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 не урегулировании 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 заключения и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по нему.

7.2. Досрочное расторжение настоящего Договора производится по взаимному соглашению Сторон либо в случаях и порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации или настоящим Договором.

7.3. Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке в случае существенных нарушений условий настоящего договора.

7.4. Настоящий договор может быть расторгнут Исполнителем в одностороннем порядке в случае:

7.4.1. нарушение Пациентом порядка и сроков оплаты оказываемых Платных медицинских услуг и дополнительных услуг;

7.4.2. при наступлении обстоятельств указанных в пункте 3.3. настоящего Договора.

7.4.3. при нарушении Пациентом принятых обязательств по настоящему Договору, если такое нарушение создает препятствие для оказания медицинских услуг Исполнителем в порядке и на условиях, определённых настоящим Договором.

7.5. Настоящий договор может быть расторгнут Заказчиком в одностороннем порядке в случае:

7.5.1 если пациентом обнаружены существенные недостатки оказанной услуги или иные существенные отклонения от условий договора

7.5.2. если в согласованный сторонами срок недостатки оказанной услуги не устранены исполнителем

7.6. Настоящий договор может быть расторгнут в связи с существенными изменениями обстоятельств из которых стороны исходили при заключении договора, что является основанием для изменения или расторжения договора, если иное не предусмотрено договором или не вытекает из его существа. Изменение обстоятельств признается существенным, когда они изменились настолько, что, если бы стороны могли это разумно предвидеть, договор вообще не был бы ими заключен или был бы заключен на значительно отличающихся условиях.

**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 Комплексная программа ведения родов

8.3.2. Приложение № 2 Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг. Согласие на обработку персональных данных. Уведомление

8.3.3. Приложение № 3 Перечень заболеваний, исключающих оказание услуг по настоящему договору

8.3.4. Приложение № 5 Сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности  
8.3.5. Приложение № 6 Акт оказанных услуг

**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  М.П. | **Заказчик**  ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ИНН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Место рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес регистрации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес фактического места проживания\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспортные данные: серия\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_,  выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  код подразделения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Номер телефона\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес электронной почты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Приложение № 2 к договору

оказания платных медицинских услуг

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

**Информированное добровольное согласие**

**на получение платных медицинских услуг**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, даю информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в БУЗ ВО «ОПЦ». Я рассмотрела различные варианты получения медицинских услуг .Мне в доступной для меня форме 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 ознакомлена с перечнем, стоимостью, сроками и условиями оказания и порядком оплаты медицинских услуг, предоставляемых ГБУЗ ВО «ОПЦ». Выражаю согласие оплатить стоимость медицинской услуги в соответствии с Прейскурантом и условиями договора.

ФИО, подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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 ГБУЗ ВО «ОПЦ» (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.

Я разрешаю предоставлять, передавать мои персональные данные, а также сведения, составляющие врачебную тайну следующим лицам:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Согласие может быть отозвано путем составления соответствующего письменного заявления.

Субъект персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
**Уведомление**

ГБУЗ ВО «ОПЦ» уведомляет: «Несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников, оказывающих платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента»

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

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/подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение № 3 к договору

оказания платных медицинских услуг

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

**Перечень заболеваний, исключающих оказание услуг по настоящему договору :**

* сердечно-сосудистая патология (стенозы и недостаточность клапанного аппарата сердца, гипертрофия миокарда, ИБС, эндокардит, миокардит, аритмии, гипертоническая болезнь IIБ и IIIБ стадий, артериит, флебит, аневризма сосуда, тромбофлебит, атеросклеротическое поражение сосудов сердца и/или аорты, сосудов нижних конечностей и др.);
* патология дыхательной системы (эмфизема, пневмоторакс, астма, обострение хронического бронхита и др.);
* патология системы пищеварения (язвенная болезнь желудка в стадии обострения, холецистит в стадии обострения, панкреатит в стадии обострения, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона и др.);
* патология мочевыводящей системы (гломерулонефрит, острый пиелонефрит, поликистоз почек, нефротический синдром и др.);
* психические расстройства (эпилепсия, шизофрения, алкогольная или наркотическая зависимость и др.);
* заболевания эндокринной системы (сахарный диабет, гипертиреоз и др.);
* системные заболевания кожи и соединительной ткани (склеродермия, системная красная волчанка, экзема, коллагенозы и т.п.);
* онкологическими заболеваниями (в настоящее время);
* заболеваниями нервной системы (парезы, параличи, невриты, острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе, демиелинизирующие заболевания и пр.);
* тяжелой акушерско-гинекологической патологией (предлежание плаценты, аномалии ее прикрепления, врожденные пороки развития плода, декомпенсированная фетоплацентарная недостаточность, гипотрофия плода 2-3 степени и др.);
* другие заболевания и состояния, требующие в процессе дородовой подготовки, родоразрешения и послеродовом периоде проведения дополнительных лечебно-диагностических мероприятий, не предусмотренных отраслевыми стандартами объемов акушерско-гинекологической помощи.

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

Приложение № 4 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Приложение № 5 к договору  
оказания платных медицинских услуг

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

Акт оказанных услуг

г. Владимир «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_  г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Ф.И.О.)*, именуемый(ая) 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 врача-акушера-гинеколога\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании Приказа ГБУЗ ВО «ОПЦ» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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:

«Комплексная программа ведения родов №:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

1. В рамках заключенного договора оказаны следующие дополнительные услуги:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование услуги | Стоимость услуги | Количество | Сумма |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Качество оказанных услуг соответствует требованиям заключенного договора. Услуга оказана в полном объеме, в установленный договором срок.
2. Общая стоимость оказанных медицинских услуг составила \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_коп.

1. Претензий по объему, качеству, порядку, срокам и стоимости оказанных услуг Заказчик (Пациент) не имеет.
2. Настоящий акт составлен в 2 (3) экземплярах по одному для каждой из сторон

Исполнитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Врач-акушер-гинеколог\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 (подпись) (ФИО)

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

(подпись) (ФИО)