



## ПРИКАЗ

«31» августа 2023 г.

№ 196

г. Омск

О совершенствовании работы по предоставлению платных медицинских услуг

В соответствии со статьей 84 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. № 1006», с целью совершенствования работы по предоставлению платных медицинских услуг в бюджетном учреждении здравоохранения Омской области «Клинический диагностический центр», приказываю:

1. Утвердить Правила организации и предоставления платных медицинских услуг в бюджетном учреждении здравоохранения Омской области «Клинический диагностический центр» (далее - Правила) (Приложение № 1).
2. Утвердить форму Договора на предоставление платных медицинских услуг, заключаемого с Потребителями - физическими лицами, получающими платные медицинские услуги лично (Приложение № 2).
3. Утвердить форму Договора на предоставление платных медицинских услуг, заключаемого с Заказчиками-физическими лицами, оплачивающими медицинские услуги в пользу третьего лица (Потребителя) (Приложение № 3).
4. Утвердить формы Договора на предоставление платных медицинских услуг, заключаемого с юридическими лицами (Приложения № 4 - № 11). Установить, что договор на предоставление платных медицинских услуг с Заказчиками - юридическими лицами заключается по форме, согласованной с Заказчиком, в порядке, установленном в учреждении.
5. Заместителю главного врача по организационно - методической работе обеспечить размещение Правил на информационном стенде учреждения и в сети Интернет на сайте учреждения.
6. Обеспечить предоставление для ознакомления по требованию пациента и (или) заказчика:
  - 6.1. Начальнику кадрово-правовой службы БУЗОО «КДЦ»:
    - копии лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением

перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность учреждения в соответствии с лицензией.

6.2. Заместителю главного врача по организационно-методической работе:

- порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, посредством размещения необходимой информации на официальном сайте, информационных стендах в регистратуре и других информационных носителях;

- информации о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации) посредством размещения информации на сайте по адресу <http://www.okd-center.ru/> и информационных стендах в регистратуре.

7. Начальнику кадрово-правовой службы обеспечить передачу в отдел автоматизированных систем управления актуальных сведений о медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации), в течение трех рабочих дней с момента получения актуализированных сведений.

8. Установить, что персональную ответственность за исполнение Правил несут следующие должностные лица учреждения:

- в части оказания платных медицинских услуг медицинскими работниками учреждения - заместитель главного врача по медицинской части, заместитель главного врача по лечебной работе;

- в части контроля качества оказания платных медицинских услуг - заместитель главного врача по клинико-экспертной работе;

- в части организации приема граждан, обеспечения доступности информации о порядке оказания платных медицинских услуг - заместитель главного врача по организационно-методической работе;

- в части установления цен на платные услуги и своевременного доведения их до заинтересованных структурных подразделений и потребителей учреждения, а также оформления договоров оказания услуг с Заказчиками - юридическими лицами – финансовый директор;

- в части размещения прейскуранта платных услуг на информационных стендах (стойках) БУЗОО «КДЦ» и в сети Интернет на сайте учреждения - начальник организационно-методического отдела;

- в части оформления договоров на предоставление платных медицинских услуг с Потребителями и Заказчиками - физическими лицами - заместитель главного врача по организационно-методической работе;

- в части актуализации информации о медицинских работниках, предоставляющих платные медицинские услуги - заместитель главного врача по организационно-методической работе, начальник кадрово-правовой службы.

9. Начальнику отдела автоматизированных систем управления в срок до 25 декабря 2023 года обеспечить технические условия для заключения посредством использования сети Интернет через официальный сайт БУЗОО «КДЦ» договоров на оказание платных медицинских услуг (дистанционный способ заключения договора).

10. Начальнику планово-экономического отдела в срок до 25 декабря 2023 года внести изменения в Приложение № 1 настоящего приказа – раздел, регламентирующий

заключение договоров дистанционным способом.

11. Начальнику кадрово-правовой службы в срок до 25 декабря 2023 года подготовить образцы договоров для заключения дистанционным способом и дополнить Приложение № 1.

12. Определить, что местом хранения договоров на предоставление платных медицинских услуг, заключенных с юридическими лицами, является планово-экономический отдел, местом хранения договоров на предоставление платных медицинских услуг, заключенных с физическими лицами, является бухгалтерия.

13. Установить, что предоставление платных немедицинских услуг не оформляется отдельным договором и осуществляется на основании контрольно-кассового чека.

14. Настоящий приказ вступает в силу с 1 сентября 2023 года.

15. Признать утратившим силу приказ № 53 адм от 05 июля 2016 года «О совершенствовании работы по предоставлению платных медицинских услуг» с 1 сентября 2023 года.

16. Ведущему документоведу отдела документационного обеспечения в трехдневный срок со дня регистрации данного приказа ознакомить под роспись причастных лиц, разместить электронную копию приказа в электронной сети учреждения с указанием номера, даты и его наименования.

17. Контроль исполнения настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач



Н. И. Орлова



**ПРАВИЛА**  
**организации и предоставления платных медицинских услуг в бюджетном**  
**учреждении здравоохранения Омской области «Клинический**  
**диагностический центр»**

**1. Общие положения**

1.1. Правила разработаны в соответствии с Конституцией РФ, Гражданским кодексом РФ, Федеральным законом от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей», Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. № 1006».

1.2. Правила определяют условия и порядок предоставления бюджетным учреждением здравоохранения Омской области «Клинический диагностический центр» платных медицинских услуг, оказываемых по договорам возмездного оказания услуг, а также по договорам добровольного медицинского страхования (ДМС).

1.3. Для целей настоящих Правил используются следующие основные понятия:

**«платные медицинские услуги»** - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров ДМС;

**«потребитель»** - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором.

Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011г. № 323 - ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

**«законный представитель потребителя»** - родители, усыновители, опекуны, попечители, органы опеки и попечительства, образовательные организации, медицинские организации, организации, оказывающие социальные услуги, или иные организации, в том числе для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в которые помещены под надзор недееспособные или не полностью дееспособные лица.

Законный представитель потребителя, заключающий договор на

предоставление платных медицинских услуг потребителю, является заказчиком;

**«заказчик»** - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

**«исполнитель»** - бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический диагностический центр» (далее - БУЗОО «КДЦ», учреждение).

1.4. Платные медицинские услуги предоставляются в БУЗОО «КДЦ» на основании информации о величине платы за оказание услуг (работ) (далее – прейскурант).

1.5. Работы и услуги оказываются в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности учреждения.

## **2. Условия предоставления платных медицинских услуг**

2.1. Платные медицинские услуги предоставляются:

- населению (за счет личных средств граждан);
- по программам ДМС в соответствии с действующим законодательством РФ;
- по договорам с организациями, а также с физическими лицами, зарегистрированными в качестве индивидуальных предпринимателей – в отношении граждан.

При заключении договора на предоставление платных медицинских услуг потребителю и (или) заказчику предоставлена информация для ознакомления о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы, включенных в программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Омской области (далее – территориальная программа).

Начальник организационно-методического отдела обеспечивает своевременную актуализацию информации и доступный для ознакомления формат.

Отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы.

2.2. БУЗОО «КДЦ» имеет право оказывать за плату:

– медицинские услуги при добровольном желании пациента, обратившегося за услугой, получить ее за плату, в том числе услуг с повышенным уровнем сервисного обслуживания и анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

– медицинские услуги при отсутствии соответствующих видов и объемов медицинских услуг в данный период в программе и территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Омской области;

– медицинские услуги на плановое обследование, консультативное посещение

при желании пациента получить указанный вид медицинской помощи вне очереди (если иное не предусмотрено законодательством для отдельных категорий граждан);

- медицинские услуги сверх стандартов лечения;
- медицинскую помощь пациентам, не имеющим действующего страхового полиса ОМС, если иное не установлено территориальной программой и нормами действующего законодательства;

- при предоставлении медицинских услуг в рамках ДМС в соответствии с действующим законодательством в сфере медицинского страхования;

- медицинские услуги, не входящие в программу, территориальную программу и целевые программы в здравоохранении;

- медицинские услуги на иных условиях, чем предусмотрено программой, территориальной программой и целевыми программами, по желанию потребителя и (или) заказчика, включая, в том числе, установление индивидуального поста медицинского наблюдения при оказании медицинской помощи в стационарных условиях при отсутствии медицинских показаний к установлению индивидуального поста медицинского наблюдения;

- медицинские услуги с назначением и применением по медицинским показаниям лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, если их назначение и применение не обусловлены жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень, а также некупаемых за счет бюджетных ассигнований бюджетов всех уровней бюджетной системы Российской Федерации;

- медицинские услуги с применением медицинских изделий, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, некупаемых за счет бюджетных ассигнований бюджетов всех уровней бюджетной системы Российской Федерации и не подлежащих оплате в рамках программы и территориальной программы;

- медицинские услуги гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;

- медицинские услуги при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также за исключением оказания медицинской помощи в экстренной форме.

2.3. Учреждение оказывает платные услуги согласно прейскуранта платных услуг БУЗОО «КДЦ».

Оказание платных медицинских услуг БУЗОО «КДЦ» не должно приводить к снижению объемов и увеличению сроков ожидания оказания медицинской помощи,

оказание которой осуществляется бесплатно в рамках программы и территориальных программ.

2.4. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается:

- в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

- в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации;

- на основе клинических рекомендаций;

- с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее – стандарт медицинской помощи).

2.5. Платные медицинские услуги должны соответствовать номенклатуре медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию потребителя и (или) заказчика.

### **3. Информация об исполнителе и предоставляемых им платных медицинских услугах**

3.1. На официальном сайте БУЗОО «КДЦ» по адресу [www.okd-center.ru](http://www.okd-center.ru) в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», а также на информационных стендах (стойках) или других информационных носителях в регистратуре размещена информация, содержащая следующие сведения:

- адрес в пределах места нахождения учреждения (территориально обособленного структурного подразделения), основной государственный регистрационный номер, идентификационный номер налогоплательщика;

- адрес сайта БУЗОО «КДЦ» в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;

- информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

- выписка из единого государственного реестра юридических лиц;

- сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности, ее номер, срок действия, а также информация об органе, выдавшем указанную лицензию;

- перечень платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, предусмотренной пунктом 2.5 настоящих Правил, с указанием цен в рублях;

- сроки ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой;

– ссылки на «Официальный интернет-портал правовой информации» ([www.pravo.gov.ru](http://www.pravo.gov.ru)) и официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации, на котором размещен рубрикатор клинических рекомендаций, содержащий стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги;

– сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг;

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

– график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;

– образцы договоров;

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

– заказчик – потребитель имеет право направить обращение (жалобу) в БУЗОО «КДЦ» по адресу: 644024 г. Омск, ул. Ильинская, д. 9 почтовым отправлением, по электронной почте e-mail: [office@okd-center.ru](mailto:office@okd-center.ru) и через официальный сайт БУЗОО «КДЦ»: [www.okd-center.ru](http://www.okd-center.ru).

3.2. Заместитель главного врача по организационно-методической работе обеспечивает своевременную актуализацию выше перечисленных сведений.

3.3. Начальник организационно-методического отдела в случае временного приостановления деятельности БУЗОО «КДЦ» для проведения санитарных, ремонтных и иных мероприятий обеспечивает размещение информации для потребителей на официальном сайте БУЗОО «КДЦ» либо в иной доступной форме о дате приостановления деятельности и времени, в течение которого деятельность БУЗОО «КДЦ» будет приостановлена.

3.4. Начальник кадрово-правовой службы предоставляет для ознакомления по требованию потребителя и (или) заказчика:

– копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность учреждения в соответствии с лицензией.

#### **4. Порядок предоставления платных медицинских услуг**

4.1. Учреждение предоставляет платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

4.2. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.



Федерации об охране здоровья граждан, в котором отражена информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

В случае отказа потребителя от подписания информированного добровольного согласия на оказание медицинских услуг Исполнитель отказывается в оказании услуги.

4.3. Медицинский работник, непосредственно оказывающий платные медицинские услуги, предоставляет потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

4.4. БУЗОО «КДЦ», включенный Центральным банком Российской Федерации в перечень респондентов, при предоставлении платных медицинских услуг гражданам иностранных государств (нерезидентам) передает сведения об осуществлении медицинской деятельности в отношении нерезидентов в соответствии с указаниями Центрального банка Российской Федерации.

Ответственным за своевременное предоставление (поквартально) в установленном порядке формы федерального статистического наблюдения (Ф №1-МЕД) является заместитель главного врача по организационно-методической работе.

4.5. При оказании платных медицинских услуг обязанность исполнителя по возврату денежной суммы, уплаченной потребителем и (или) заказчиком по договору, возникает в соответствии с главой III Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей».

4.6. Оплата медицинской услуги потребителем и (или) заказчиком путем перевода средств на счет третьего лица, указанного исполнителем (в письменной форме), не освобождает исполнителя от обязанности осуществить возврат уплаченной потребителем и (или) заказчиком суммы как при отказе от исполнения договора, так и при оказании медицинских услуг (выполнении работ) ненадлежащего качества, в соответствии с Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей».

## **5. Порядок заключения договора и оплаты медицинских услуг**

5.1. Порядок заключения договора и оплаты медицинских услуг с физическими лицами.

5.1.1 Договор на оказание платных медицинских услуг заключается между учреждением в лице сотрудника регистратуры (уполномоченное лицо) и

потребителем (Заказчиком) – физическим лицом в письменной форме сроком на 1 год с момента заключения. В течение действия договора при обращении для оказания платных медицинских услуг заключается дополнительное соглашение.

#### 5.1.2 Договор содержит:

- наименование учреждения, адрес в пределах его места нахождения, основной государственный регистрационный номер и идентификационный номер налогоплательщика;
- сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности, информация о лицензии на осуществление медицинской деятельности, ее номере, сроках действия, а также информация об органе, выдавшем лицензию, перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией;
- фамилию, имя и отчество (при наличии), адрес места жительства, иные адреса, на которые (при их оказании в договоре) исполнитель может направлять ответы на письменные обращения, и телефон потребителя (законного представителя потребителя);
- данные документа, удостоверяющего личность;
- перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором;
- стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты;
- условия и сроки ожидания платных медицинских услуг;
- сведения о лице, заключающего договор от имени Исполнителя (фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, документ, подтверждающий полномочия указанного лица);
- подписи исполнителя и потребителя (заказчика);
- ответственность сторон за невыполнение условий договора;
- порядок изменения и расторжения договора;
- порядок и условия выдачи потребителю (законному представителю потребителя) после исполнения договора исполнителем медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы;
- иные условия, определяемые по соглашению сторон.

5.1.3 Договор составляется в 3 экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй у Заказчика, третий у Потребителя. В случае если договор заключается Потребителем и Исполнителем, он составляется в двух экземплярах (кроме случаев заключения договора дистанционным способом).

5.1.4 Договор хранится в порядке, определенном законодательством Российской Федерации об архивном деле в Российской Федерации.

5.1.5 В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских

услуг, не предусмотренных договором, медицинский работник, непосредственно оказывающий основную медицинскую услугу, обязан предупредить об этом потребителя и (или) заказчика. Без оформления дополнительного соглашения к договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе, если иное не оговорено в основном договоре.

5.1.6 При предоставлении платных медицинских услуг расходы, связанные с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме, возмещаются медицинским организациям в порядке и размерах, которые установлены органами государственной власти субъектов Российской Федерации в рамках территориальных программ в соответствии с пунктом 10 части 2 статьи 81 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В таком случае ведущий экономист планово-экономического отдела направляет документы в Министерство здравоохранения Омской области на возмещение понесенных расходов.

5.1.7 Потребитель и (или) заказчик обязаны оплатить оказанную исполнителем медицинскую услугу (выполненную работу) в порядке и сроки, которые установлены договором.

5.1.8 В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Оформление документов с целью осуществления возврата денежных средств потребителю при расторжении договора осуществляет медицинская сестра (регистратор) регистратуры. Возврату подлежит сумма, за исключением суммы по фактически понесенным исполнителем расходам, связанным с исполнением обязательств по договору. Порядок возврата регламентируется локальным нормативным актом. Размер расходов подтверждается расчетом, предоставленным планово-экономическим отделом. Возврат денежных средств производится в течение 3-х рабочих дней с момента подачи заявления.

5.1.9 Порядок определения величины платы за оказание услуг (работ), предоставляемые исполнителем, устанавливается Министерством здравоохранения Омской области, осуществляющим полномочия учредителя.

5.1.10 Оплата оказанных платных медицинских услуг осуществляется потребителем путем внесения наличных денежных средств в кассу исполнителя или путем безналичных расчетов через учреждения банков, в том числе с использованием электронного средства платежа, на условиях 100% предоплаты стоимости услуг (до оказания Услуги).

5.1.11 Потребителю, в соответствии с законодательством Российской Федерации, выдается документ, подтверждающий произведенную оплату оказанных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности).

5.2 Порядок заключения договора и оплаты медицинских услуг с юридическими лицами.

5.2.1 Договор на оказание платных медицинских услуг заключается в 2-х

экземплярах между учреждением и Заказчиком – юридическим лицом, а также с физическим лицом, зарегистрированным в качестве индивидуального предпринимателя.

5.2.2 Заказчик, имеющий намерение заказать (приобрести) платные медицинские услуги, направляет официальное письмо, содержащее следующую информацию:

- наименование услуги (работы);
- объем услуги (работы);
- дополнительная информация, учитывающая особенности оказания услуги (работы).

5.2.3 Ведущий экономист планово-экономического отдела после получения официального письма готовит проект договора на оказание платных медицинских услуг и направляет его Заказчику.

5.2.4 После получения от Заказчика 2-х экземпляров подписанного договора ведущий экономист планово-экономического отдела формирует пакет документов:

- лист согласования к договору;
- письмо Заказчика;
- 2 экземпляра подписанного договора Заказчиком.

5.2.5 В течение 3 рабочих дней ведущий экономист планово-экономического отдела согласовывает данный пакет документов и передает на подпись главному врачу учреждения.

5.2.6 После подписания договора Исполнителем, ведущий экономист планово-экономического отдела информирует Заказчика о подписании договора.

5.2.7 Информация о заключении договора передается ведущим экономистом планово-экономического отдела в организационно-методический отдел для дальнейшего выполнения работ (услуг).

5.2.8 Для оплаты оказанных медицинских услуг Заказчику, ведущий экономист планово-экономического отдела формирует реестр и направляет его в бухгалтерию для оформления платежных документов.

## **6. Порядок заключения и условия договора на предоставление медицинских услуг по программе ДМС**

6.1. Заключение договора ДМС и оплата медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с указанным договором, осуществляются в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации и Законом РФ от 27.11.1992 г. № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

6.2. Договор на оказание платных медицинских услуг по программе ДМС заключается в 2-х экземплярах между учреждением (Исполнителем) и страховой организацией.

6.3. Страховая организация, имеющая намерение заказать (приобрести) платные медицинские услуги, направляет Исполнителю официальное письмо.

6.4. По договору ДМС предоставляются только медицинские услуги, на основании полиса ДМС.

6.5. Основанием для заключения договора на предоставление медицинской

помощи по ДМС является наличие у страховой организации лицензии на проведение ДМС граждан.

6.6. Ведущий экономист планово-экономического отдела после получения официального письма готовит проект договора на оказание платных медицинских услуг по программе ДМС и направляет его страховой организации.

6.7. После получения от страховой организации 2-х экземпляров подписанного договора на оказание платных медицинских услуг по программе ДМС ведущий экономист планово-экономического отдела формирует пакет документов:

- лист согласования к договору;
- письмо страховой организации;
- 2 экземпляра подписанного договора страховой организацией.

6.8. В течение 3 рабочих дней ведущий экономист планово-экономического отдела согласовывает данный пакет документов и передает на подпись руководителю учреждения.

6.9. После подписания договора на оказание платных медицинских услуг ведущий экономист планово-экономического отдела информирует страховую организацию о подписании договора.

6.10. Информация о заключении договора передается ведущим экономистом планово-экономического отдела в организационно-методический отдел для дальнейшего выполнения работ (услуг).

6.11. Для оплаты оказанных медицинских услуг страховой организации ведущий экономист планово-экономического отдела формирует реестр и направляет его в бухгалтерию для оформления платежных документов.

6.12. Страховая организация несет ответственность за обеспечение потребителей доступной и достоверной информацией о видах медицинских услуг, предоставляемых Исполнителем за счет средств ДМС, об условиях и порядке страхования.

6.13. Контроль организации и качества медицинских услуг, предоставляемых по договорам ДМС, осуществляется страховой организацией.

## **7. Расчеты при оказании платных медицинских услуг**

7.1. Оплата потребителями (Заказчиками) платных медицинских и иных услуг, оказываемых в учреждении, осуществляется в регистратуре в соответствии с утвержденным прейскурантом за наличный расчет либо с использованием платежных карт по безналичному расчету.

7.2. Оплата оказанных платных медицинских услуг организациями и страховыми компаниями, работающими в система ДМС, производится на основании и условиях договоров, заключенных на предоставление медицинских услуг, в соответствии с утвержденной в установленном порядке информации о величине платы за оказание услуг (работ).

7.3. Потребители (Заказчики) вправе предъявить требование о возврате денежных средств за неоказанные услуги, либо о возмещении убытков, причиненных неисполнением и (или) некачественным исполнением условий договора.

7.4. При неоказании услуги либо отказе от неё потребитель оформляет заявление с указанием причины возврата денежных средств и прилагает документы, оформленные при оплате данной услуги. На основании заявления и документа, удостоверяющего личность потребителя (Заказчика) медицинская сестра (регистратор) регистратуры производит возврат денежных средств.

7.5. При обращении за возмещением убытков, причиненных некачественным оказанием услуг, потребитель оформляет претензию с указанием размера понесенных убытков.

7.6. Врачебная комиссия в течение 3-х рабочих дней рассматривает полученную претензию и выносит решение о добровольном возмещении убытков либо отказе в возмещении. В случае признания претензии обоснованной потребителю (Заказчику) возмещаются понесенные убытки. При признании претензии необоснованной и отказе возмещения убытков у потребителя (Заказчика) остается право обращения в суд.

## **8. Информация о величине платы за оказание услуг (работ)**

8.1. Цены на платные медицинские услуги БУЗОО «КДЦ» (Информация о величине платы за оказание услуг (работ) БУЗОО «КДЦ») утверждаются в соответствии с действующим законодательством.

8.2. Расчет величины платы за оказание услуг (работ) БУЗОО «КДЦ» осуществляется ведущим экономистом планово-экономического отдела БУЗОО «КДЦ» на основании калькуляции экономически обоснованных затрат материальных и трудовых ресурсов, связанных с предоставлением услуг.

8.3. Цена на медицинскую и иную услугу формируется на основе себестоимости оказания платной услуги с учетом конъюнктуры рынка (спроса и предложения на платную услугу), требований к качеству платной услуги, а также с учетом положений отраслевых и локальных нормативно-правовых актов об определении расчетно-нормативных затрат на оказание платной услуги.

8.4. Прейскурант платных услуг БУЗОО «КДЦ» включает все медицинские и иные услуги, которые учреждение вправе оказывать за плату.

8.5. Цены на платные медицинские услуги указываются в рублях.

8.6. Прейскурант платных услуг БУЗОО «КДЦ» размещается сотрудниками отдела автоматизированных систем управления на официальном сайте БУЗОО «КДЦ». Ответственным за размещение прейскуранта платных услуг на информационных стендах (стойках) БУЗОО «КДЦ» является начальник организационно-методического отдела.

## **9. Другие условия**

9.1. Настоящее положение является обязательным для исполнения всеми структурными подразделениями и распространяется на всех сотрудников БУЗОО «КДЦ».

9.2. Подразделения несут ответственность за эффективность и качество работ, сохранность оборудования, помещений и других материальных ценностей.

9.3. К участию в предоставлении платных медицинских услуг дополнительно к основной деятельности, допускаются принятые на работу сотрудники только после

завершения испытательного срока по основной ставке или не ранее 1-2 месяцев при отсутствии необходимости его прохождения.

9.4. При систематических нарушениях трудовой и исполнительской дисциплины, правил внутреннего трудового распорядка, медицинских ошибках, нарушениях принципов этики и деонтологии, а также небрежном содержании аппаратуры медицинским работником, по представлению руководителя структурного подразделения работник отстраняется от работы по оказанию платных медицинских услуг.

9.5. Изменения и дополнения в настоящие Правила оформляются приказом главного врача БУЗОО «КДЦ».

До заключения настоящего договора я, ФИО, являясь потребителем платной медицинской услуги, уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника БУЗОО «КДЦ», предоставляющего 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 потребителя.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года  
ФНО

## ДОГОВОР

на предоставление платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_

г. Омск

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»), в лице \_\_\_\_\_ (наименование должности и структурного подразделения) Фамилия, Имя и Отчество (при наличии), действующего на основании доверенности от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка) Фамилия, Имя и Отчество (при наличии), именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. В соответствии с настоящим договором Исполнитель обязуется оказать Потребителю на возмездной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам профилактики, диагностики и лечения, разрешенным на территории РФ (далее - Услуги), а Потребитель обязуется своевременно оплатить стоимость Услуг, предоставляемых по настоящему Договору и выполнить требования Исполнителя для целей обеспечения своевременного и качественного оказания Услуг, включая предоставление необходимых для этого сведений.

1.2. Наименование, вид Услуги, стоимость, срок ее оказания, сведения о лице, непосредственно оказывающем Услугу, указываются в дополнительных соглашениях к настоящему договору, являющихся его неотъемлемой частью.

### 2. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ УСЛУГИ

2.1. Исполнитель в соответствии с лицензией оказывает первичную, в том числе доврачебную, врачебную и специализированную, медико-санитарную помощь; специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь; проводит медицинские осмотры, медицинские освидетельствования и медицинские экспертизы.

2.2. Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи предоставляется Потребителю перед оказанием Услуги медицинским работником, ее оказывающим.

2.3. Сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении Услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации размещены на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу <https://okd-center.ru>.

### 3. СТОИМОСТЬ УСЛУГИ, СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

3.1. Стоимость Услуги определяется согласно прейскуранту, действующему у Исполнителя (далее - прейскурант) на дату оплаты Услуги. Прейскурант размещен на информационных стендах в помещениях Исполнителя и на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу <https://okd-center.ru>.

3.2. Оплата Услуги производится наличными денежными средствами в кассу Исполнителя или безналичным путем с использованием электронного средства платежа на условиях предоплаты 100% стоимости услуг (до оказания Услуги).

3.3. Датой оплаты Услуги считается дата поступления денежных средств Исполнителю.

3.4. Исполнитель оказывает Услуги по настоящему Договору в помещениях Исполнителя по адресам:

- 644024, город Омск, улица Ильинская, дом 9;  
- 644015, город Омск, улица Суворова, дом 112.

### 4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Права и обязанности Исполнителя:

4.1.1. Выдать Потребителю документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных Услуг (кассовый чек или бланк строгой отчетности).

4.1.2. Предоставить Потребителю бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемых Услугах, бланк Информированного добровольного согласия.

4.1.3. Предоставить квалифицированную, качественную Услугу Потребителю, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

4.1.4. По окончании оказания Услуги выдать Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения Услуги, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении Услуги лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы. Указанные медицинские документы также подтверждают факт предоставления Исполнителем Потребителю Услуги и ее получение Потребителем.

4.1.5. В случае возникновения неотложных состояний у Потребителя, Исполнитель вправе осуществлять действия в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", в том числе принимать решение о медицинском вмешательстве в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.

4.1.6. В случае неявки Потребителя для получения Услуги в назначенное время, согласованное сторонами (п. 1.2. настоящего договора), либо опоздания более чем на 10 минут, изменить срок оказания Услуги и (или) назначить другое время оказания Услуги в пределах согласованного сторонами срока.

4.2. Права и обязанности Потребителя:

4.2.1. Оплатить стоимость Услуг Исполнителю в соответствии с условиями настоящего договора.

4.2.2. Выполнить требования, от которых зависит качественное предоставление медицинской помощи. В случае выявления Исполнителем ненадлежащей подготовки к оказанию Услуг или ее отсутствия Исполнитель вправе отказаться от оказания Услуг в одностороннем порядке, произведя возврат Потребителю стоимости Услуги, оплаченной по договору.

4.2.3. В ходе оказания Услуг выполнять все медицинские указания, рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения, своевременно информировать медицинского работника об изменениях в состоянии здоровья (самочувствии).

4.2.4. Информировать медицинского работника до оказания Услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания Услуг.

4.2.5. Подписать Информированное добровольное согласие на оказание Услуги. В случае отказа Потребителя от подписания Информированного добровольного согласия на оказание Услуги Исполнитель отказывает в оказании Услуг в одностороннем порядке, произведя возврат Потребителю стоимости Услуги, оплаченной по договору.

4.2.6. Соблюдать Правила поведения пациентов в БУЗОО "КДЦ".

4.2.7. После заключения договора Потребитель имеет право отказаться от получения Услуг до момента начала их оказания и потребовать возврата оплаченных денежных средств в соответствии с действующим законодательством, оплатив Исполнителю транспортные расходы на доставку...



связанные с исполнением обязательств по договору.

4.2.8 Потребитель имеет право на сохранение врачебной тайны и персональных данных в соответствии с действующим законодательством.

4.2.9 Потребитель вправе в любое время расторгнуть договор, оплатив Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением настоящего договора.

## 5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Стороны несут ответственность за виновное неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. В случае оказания Потребителю Услуги ненадлежащего качества, подтвержденного результатами врачебной экспертизы, Потребитель имеет право:

- по личному заявлению оформить возврат денежных средств в кассе Исполнителя;
- безвозмездно (за счет Исполнителя) устранить недостатки оказанной Услуги (повторно осуществить оказание Услуги);

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

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

## 6. СРОКИ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

6.1. Исполнитель оказывает Услуги в соответствии с утвержденным главным врачом режимом работы Исполнителя в течение всего срока действия настоящего договора.

6.2. Предоставление Услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Потребителя на прием через контакт-центр Исполнителя по телефону: (3812) 39-04-50. В особых случаях, включая необходимость получения неотложной помощи, Услуги предоставляются Потребителю без предварительной записи в порядке живой очереди.

6.3. Дата, время, номер кабинета оказания Услуги указываются в дополнительном соглашении.

6.4. Срок ожидания оказания Услуги, осуществляемой в порядке живой очереди, не может превышать продолжительности режима работы Исполнителя в день оказания Услуги. Потребитель уведомлен и согласен с тем, что сроки предоставления Услуг, указанных в дополнительных соглашениях, в определенных клинических ситуациях могут сдвигаться, что повлечет смещение очередности и увеличит время ожидания. В случае невозможности оказания Услуги в назначенные дату и/или время, Стороны вправе согласовать иные дату и/или время оказания Услуги.

6.5. В случае возникновения форс-мажорных обстоятельств (неисправность (поломка) оборудования, нетрудоспособность медицинского работника, оказывающего Услугу и т.п.) срок оказания услуг может быть перенесен Исполнителем по согласованию с Потребителем посредством телефонной связи, по номеру, указанному в разделе 8 настоящего договора.

## 7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1. Подписавшим настоящим договором Потребитель подтверждает, что:

- проинформирован Исполнителем о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также о порядке, об объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, однако принял решение о самостоятельном обращении за получением Услуги;

- ему предоставлена в доступной форме информация об Услугах, а именно порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении Услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

- уведомлен, что при нахождении на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязан соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

7.2. Потребитель дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в Федеральном законе от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных", для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

7.3. Настоящий договор признается заключенным с момента его подписания сторонами и прекращается по истечении 12 месяцев с даты его заключения, но не ранее полного исполнения Сторонами, принятых на себя обязательств.

7.4. Все споры, вытекающие из настоящего договора, решаются путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

7.5. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу по одному для каждой из сторон.

7.6. Настоящий договор может быть изменен или расторгнут в любой момент времени по взаимному соглашению сторон.

**Потребитель ознакомлен с:**

- действующим Прейскурантом на медицинские услуги БУЗОО «КДЦ»;
- Правилами поведения пациентов в БУЗОО "КДЦ";
- Правилами предоставления платных медицинских услуг в БУЗОО «КДЦ».

## 8. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

### Исполнитель

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области  
«Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»)  
Адрес: 644024, г. Омск, ул. Ильинская, 9  
ИНН/КПП 5504001891/550401001  
ОГРН 1025500982847  
сайт <https://okd-center.ru>  
(Свидетельство о государственной регистрации юридического лица  
серия 55 номер 001439548, выдано Инспекцией Министерства  
Российской Федерации по налогам и сборам №2 по Центральному  
административному округу г. Омска 19.11.2002)  
Лицензия на осуществление медицинской деятельности  
№ ЛО-55-01-002389 от 27.08.2018 г., срок действия - безсрочно,  
выдана Министерством здравоохранения Омской области  
(г. Омск, ул. Красный Путь, д. 6, т. 7-3812-233525)

(ФИО, должность, подпись  
доверенного лица Исполнителя)

### Потребитель

ФИО:  
Адрес места жительства: г., ул., д., кв.  
Иные адреса, на которые исполнитель  
может направить ответ на письменное  
обращение: \_\_\_\_\_  
Документ, удостоверяющий личность:  
паспорт гражданина РФ:  
серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_,  
выдан (кем, когда) \_\_\_\_\_  
Телефон: \_\_\_\_\_



подпись Потребителя

## ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

к договору на предоставление платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_

г. Омск

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_

года

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»), в лице \_\_\_\_\_ (наименование должности и структурного подразделения) Фамилия, Имя и Отчество (при наличии), действующего на основании доверенности от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка) ФИО, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий настоящий дополнительное соглашение о нижеследующем:

1. Согласно пункту 1.1. договора в соответствии с настоящим Дополнительным соглашением Исполнитель оказывает Потребителю на возмездной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам профилактики, диагностики и лечения, разрешенным на территории РФ (далее - Услуги):

№ п/п	Наименование Услуги	Должность медицинского работника	Кабинет №	Дата и время оказания Услуги	Цена Услуги, руб.	Количество	Стоимость, руб.
ИТОГО:							

2. Все что не предусмотрено настоящим Дополнительным соглашением регулируется договором.
3. Настоящее дополнительное соглашение составлено в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу по одному для каждой из сторон.
4. Настоящее дополнительное соглашение вступает в силу с момента его подписания и является неотъемлемой частью договора.

### Исполнитель

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ») Адрес: 644024, г. Омск, ул. Ильинская, 9  
ИНН/КПП 5504001891/550401001  
ОГРН 1025500982847  
сайт <https://okd-center.ru>  
(Свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 55 номер 001439548, выдано Инспекцией Министерства Российской Федерации по налогам и сборам №2 по Центральному административному округу г. Омска 19.11.2002)  
Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-55-01-002389 от 27.08.2018 г., срок действия - бессрочно, выдана Министерством здравоохранения Омской области (г. Омск, ул. Красный Путь, д. 6, т. 7-3812-233525)

(ФИО, должность, подпись  
доверенного лица Исполнителя)

### Потребитель

ФИО: \_\_\_\_\_  
Адрес места жительства: г., ул., д., кв. \_\_\_\_\_  
Иные адреса, на которые исполнитель может направить ответ на письменное обращение: \_\_\_\_\_  
Документ, удостоверяющий личность: паспорт гражданина РФ: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_  
выдан (кем, когда) \_\_\_\_\_  
Телефон: \_\_\_\_\_

✓

подпись Потребителя

До заключения настоящего договора я, ФИО, являясь заказчиком платной медицинской услуги, уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника БУЗОО «КДЦ», предоставляющего 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 потребителя.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года  
\_\_\_\_\_ ФИО

## ДОГОВОР

на предоставление платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

г. Омск

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»), в лице \_\_\_\_\_ (наименование должности и структурного подразделения) Фамилия, Имя и Отчество (при наличии), действующего на основании доверенности от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка) Фамилия, Имя и Отчество (при наличии), именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

### 1. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ

- 1.1. Заказчик - физическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя.
- 1.2. Потребитель - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

### 2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 2.1. В соответствии с настоящим договором Исполнитель обязуется оказать Потребителю \_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_ года рождения на возмездной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам профилактики, диагностики и лечения, разрешенным на территории РФ (далее - Услуги), а Заказчик обязуется своевременно оплатить стоимость Услуг, предоставляемых по настоящему Договору и выполнить требования Исполнителя для целей обеспечения своевременного и качественного оказания Услуг, включая предоставление необходимых для этого сведений.
- 2.2. Наименование, вид Услуги, стоимость, срок ее оказания, сведения о лице, непосредственно оказывающем Услугу, указываются в дополнительных соглашениях к настоящему договору, являющихся его неотъемлемой частью.

### 3. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ УСЛУГИ

- 3.1. Исполнитель в соответствии с лицензией оказывает первичную, в том числе доврачебную, врачебную и специализированную, медико-санитарную помощь; специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь; проводит медицинские осмотры, медицинские освидетельствования и медицинские экспертизы.
- 3.2. Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи предоставляется Потребителю перед оказанием Услуги медицинским работником, ее оказывающим.
- 3.3. Сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении Услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации размещены на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу <https://okd-center.ru>.

### 4. СТОИМОСТЬ УСЛУГИ, СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

- 4.1. Стоимость Услуги определяется согласно прейскуранту, действующему у Исполнителя (далее - прейскурант) на дату оплаты Услуги. Прейскурант размещен на информационных стендах в помещениях Исполнителя и на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу <https://okd-center.ru>.
- 4.2. Оплата Услуги производится наличными денежными средствами в кассу Исполнителя или безналичным путем с использованием электронного средства платежа на условиях предоплаты 100% стоимости услуг (до оказания Услуги).
- 4.3. Датой оплаты Услуги считается дата поступления денежных средств Исполнителю.
- 4.4. Исполнитель оказывает Услуги по настоящему Договору в помещениях Исполнителя по адресам:  
- 644024, город Омск, улица Ильинская, дом 9;  
- 644015, город Омск, улица Суворова, дом 112.

### 5. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 5.1. Права и обязанности Исполнителя:
  - 5.1.1. Выдать Заказчику документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных Услуг (кассовый чек или бланк строгой отчетности).
  - 5.1.2. Предоставить Заказчику и (или) Потребителю бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемых Услугах, бланк Информированного добровольного согласия.
  - 5.1.3. Предоставить квалифицированную, качественную Услугу Потребителю, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.
  - 5.1.4. По окончании оказания Услуги выдать Заказчику (если он является законным представителем Потребителя) или Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения Услуги, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении Услуги лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы. Указанные медицинские документы также подтверждают факт предоставления Исполнителем Потребителю Услуги и ее получение Потребителем.
  - 5.1.5. В случае возникновения неотложных состояний у Потребителя, Исполнитель вправе осуществлять действия в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", в том числе принимать решение о медицинском вмешательстве и случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.
  - 5.1.6. В случае неажиотетности Потребителя для получения Услуги в назначенное время, согласованное сторонами (п. 2.2. настоящего договора), либо опоздания более чем на 10 минут, изменить срок оказания Услуги и (или) назначить другое время оказания Услуги в пределах согласованного сторонами срока.
- 5.2. Права и обязанности Заказчика и Потребителя:
  - 5.2.1. Заказчик обязан оплатить стоимость Услуг Исполнителю в соответствии с условиями настоящего договора.
  - 5.2.2. Потребитель обязан выполнять требования, от которых зависит качественное предоставление медицинской помощи. В случае вызовании Исполнителем неадекватной подготовки к оказанию Услуг или ее отсутствия Исполнитель вправе отказаться от оказания Услуг в одностороннем порядке, произведя возврат Заказчику стоимости Услуги, оплаченной по договору.
  - 5.2.3. Потребитель в ходе оказания Услуги обязан выполнять все медицинские указания, рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения, своевременно информировать медицинского работника об изменениях в состоянии здоровья (самочувствии).
  - 5.2.4. Заказчик и (или) Потребитель обязан информировать медицинского работника до оказания Услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания Услуг.
  - 5.2.5. Заказчик (если он является законным представителем Потребителя) или Потребитель обязан подписать Информированное добровольное согласие на

оказание Услуги. В случае отказа от подписания Информированного добровольного согласия на оказание Услуги Исполнитель отказывает в оказании Услуги в одностороннем порядке, произведя возврат Заказчику стоимости Услуги, оплаченной по договору.

5.2.6. Потребитель обязан соблюдать Правила поведения пациентов в БУЗОО «КДЦ».

5.2.7. После заключения договора Заказчик и (или) Потребитель имеет право отказаться от получения Услуги до момента начала их оказания и потребовать возврата оплаченных денежных средств в соответствии с действующим законодательством, оплатив исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

5.2.9. Заказчик и (или) Потребитель имеет право на сохранение врачебной тайны и персональных данных в соответствии с действующим законодательством.

5.2.10. Заказчик вправе в любое время расторгнуть договор, оплатив Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением настоящего договора.

## 6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. Стороны несут ответственность за виновное неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору в соответствии с действующим законодательством РФ.

6.2. В случае оказания Потребителю Услуги ненадлежащего качества, подтвержденного результатами врачебной экспертизы, Заказчик имеет право:

\*по личному заявлению оформить возврат денежных средств в кассе Исполнителя;

\*безвозмездно (за счет Исполнителя) устранить недостатки оказанной Услуги (повторно осуществить оказание Услуги);

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

6.4. За нарушение санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя, повлекшее за собой причинение ущерба Исполнителю, Заказчик и (или) Потребитель обязан возместить причиненные убытки.

## 7. СРОКИ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

7.1. Исполнитель оказывает Услуги в соответствии с утвержденным главным врачом режимом работы Исполнителя в течение всего срока действия настоящего договора.

7.2. Предоставление Услуги по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Потребителя на прием через контакт-центр Исполнителя по телефону: (3812) 39-04-50. В особых случаях, включая необходимость получения неотложной помощи, Услуги предоставляются Потребителю без предварительной записи в порядке живой очереди.

7.3. Дата, время, номер кабинета оказания Услуги указываются в дополнительном соглашении.

7.4. Срок ожидания оказания Услуги, осуществляемой в порядке живой очереди, не может превышать продолжительности режима работы Исполнителя в день оказания Услуги. Заказчик уведомлен и согласен с тем, что сроки предоставления Услуги, указанных в дополнительных соглашениях, в определенных клинических ситуациях могут сдвигаться, что повлечет смещение очередности и увеличит время ожидания. В случае невозможности оказания Услуги в назначенные дату и/или время, Стороны вправе согласовать иные дату и/или время оказания Услуги.

7.5. В случае возникновения форс-мажорных обстоятельств (неисправность (поломка) оборудования, нетрудоспособность медицинского работника, оказывающего Услуги и т.д.) срок оказания Услуги может быть перенесен Исполнителем по согласованию с Заказчиком посредством телефонной связи, по номеру, указанному в разделе 8 настоящего договора.

## 8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

8.1. Подписанием настоящего договора Заказчик подтверждает, что Заказчик и (или) Потребитель:

- проинформирован Исполнителем о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также о порядке, об объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, однако принял решение о самостоятельном обращении за получением Услуги;

- получил в доступной форме информацию об Услугах, а именно: порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении Услуги, а также информацию о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

- уведомлен, что при нахождении на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязан соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

8.2. Заказчик дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в Федеральном законе от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных", для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

8.3. Настоящий договор признается заключенным с момента его подписания сторонами и прекращается по истечении 12 месяцев с даты его заключения, но не ранее полного исполнения Сторонами, приняты на себя обязательств.

8.4. Все споры, вытекающие из настоящего договора, решаются путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

8.5. Настоящий договор составлен в 3-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один из которых находится у Исполнителя, второй – у заказчика, третий - у Потребителя.

8.6. Настоящий договор может быть изменен или расторгнут в любой момент времени по взаимному соглашению сторон.

Заказчик ознакомлен с:

- действующим Прейскурантом на медицинские услуги БУЗОО «КДЦ»;
- Правилами поведения пациентов в БУЗОО «КДЦ»;
- Правилами предоставления платных медицинских услуг в БУЗОО «КДЦ».

## 9. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

### Исполнитель

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области  
«Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»)

Адрес: 644024, г. Омск, ул. Ильинская, 9

ИНН/КПП 5504001891/550401001

ОГРН 1025500982847

сайт <https://okd-center.ru>.

(Свидетельство о государственной регистрации юридического лица

серия 55 номер 001439548, выдано Исполняющей Министерством

Российской Федерации по налогам и сборам №2 по Центральному

административному округу г. Омска 19.11.2002)

Лицензия на осуществление медицинской деятельности

№ ЛО-55-01-002389 от 27.08.2018 г., срок действия - бессрочно,

выдана Министерством здравоохранения Омской области

(г. Омск, ул. Красный Путь, д. 6, т. 7-3812-233525)

(ФИО, должность, подпись  
доверенного лица Исполнителя)

### Заказчик

ФИО:

Адрес места жительства: г., ул., д., кв.

Иные адреса, на которые исполнитель  
может направить ответ на письменное  
обращение: \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность:

паспорт гражданина РФ:

серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_,

выдан (кем, когда)

Телефон:

✓

подпись Заказчика

## ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

к договору на предоставление платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_

г. Омск

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»), в лице \_\_\_\_\_ (наименование должности и структурного подразделения) Фамилия, Имя и Отчество (при наличии), действующего на основании доверенности от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка) **ФИО**, именуемый(ая) далее «Заказчик», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий настоящий дополнительное соглашение о нижеследующем:

1. Согласно пункту 2.1. договора в соответствии с настоящим Дополнительным соглашением Исполнитель оказывает Потребителю **ФИО** \_\_\_\_\_ год рождения на возмездной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам профилактики, диагностики и лечения, разрешенным на территории РФ (далее - Услуги):

№ п/п	Наименование Услуги	Должность медицинского работника	Кабинет №	Дата и время оказания Услуги	Цена Услуги, руб.	Количество	Стоимость, руб.
ИТОГО:							

2. Все что не предусмотрено настоящим Дополнительным соглашением регулируется договором.  
 3. Настоящее дополнительное соглашение составлено в 3-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один из которых находится у Исполнителя, второй – у заказчика, третий - у Потребителя.  
 4. Настоящее дополнительное соглашение вступает в силу с момента его подписания и является неотъемлемой частью договора.

### Исполнитель

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ») Адрес: 644024, г. Омск, ул. Ильинская,9  
 ИНН/КПП 5504001891/550401001  
 ОГРН 1025500982847  
 сайт <https://okd-center.ru>.  
 (Свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 55 номер 001439548, выдано Инспекцией Министерства Российской Федерации по налогам и сборам №2 по Центральному административному округу г. Омска 19.11.2002)  
 Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-55-01-002389 от 27.08.2018 г., срок действия - бессрочно, выдана Министерством здравоохранения Омской области (г. Омск, ул. Красный Путь, д. 6, т. 7-3812-233525)

(ФИО, должность, подпись  
 доверенного лица Исполнителя)

### Заказчик

**ФИО:**  
 Адрес места жительства: г. , ул. , д. , кв.  
 Иные адреса, на которые исполнитель может направить ответ на письменное обращение:  
 Документ, удостоверяющий личность:  
 паспорт гражданина РФ:  
 серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_,  
 выдан (кем, когда)  
**Телефон:**



подпись Заказчика

**ДОГОВОР**  
на предоставление платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_

г. Омск

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_, с одной стороны, и \_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_, с другой стороны, именуемые в дальнейшем совместно и каждый в отдельности «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

- 1.1. Исполнитель оказывает медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам профилактики, диагностики и лечения, разрешенным на территории РФ (далее - Услуги), третьим лицам (далее - Потребитель), направленным Заказчиком, а Заказчик оплачивает затраты, связанные с оказанием Услуг в порядке, предусмотренном настоящим договором.
- 1.2. Виды Услуг, их стоимость определяются Информацией о величине платы за оказание услуг (работ) БУЗОО «КДЦ» (далее - Прейскурант) (Приложение № 1), являющимся неотъемлемой частью настоящего договора. Цена Услуг НДС не облагается в соответствии с п.2 п.2 ст.149 НК РФ.
- 1.3. Стороны определяют представителей, уполномоченных для разрешения вопросов, возникающих в процессе исполнения договора:
- от Исполнителя:  
по вопросам оказания Услуг - заместитель главного врача по организационно-методической работе ФИО телефон:
  - по вопросам изменения, расторжения договора, а также финансовым вопросам - начальник планово-экономического отдела ФИО телефон:
  - от Заказчика: Должность ФИО телефон.

**2. СТОИМОСТЬ УСЛУГИ, СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ**

- 2.1 Оплата за фактически оказанные Услуги производится путем безналичного перечисления в течение 7 (Семи) рабочих дней с момента выставления реестра, счета-фактуры и акта оказанных услуг на бумажном носителе.
- 2.2. Реестр, указанный в подпункте 2.1. настоящего договора содержит следующую информацию:
- дату оказания Услуги;
  - наименование Услуги в соответствии с Прейскурантом;
  - стоимость Услуги;
  - количество полученных Услуг;
  - итоговая сумма по всему реестру оказанных Услуг.

**3. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ УСЛУГИ**

- 3.1. Исполнитель в соответствии с лицензией оказывает первичную, в том числе доврачебную, врачебную и специализированную, медико-санитарную помощь; специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь; проводит медицинские осмотры, медицинские освидетельствования и медицинские экспертизы.
- 3.2. Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи предоставляется Потребителю перед оказанием Услуги медицинским работником, ее оказывающим.
- 3.3. Сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении Услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации размещены на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу <https://okd-center.ru>.
- 3.4. Исполнитель оказывает Услуги по настоящему Договору в помещениях Исполнителя по адресам:
- 644024, город Омск, улица Ильинская, дом 9;
  - 644015, город Омск, улица Суворова, дом 112.

**4. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ**

- 4.1. Исполнитель оказывает Услуги в соответствии с утвержденным главным врачом режимом работы Исполнителя.
- 4.2. Предоставление Услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Потребителя на прием через контакт-центр Исполнителя по телефону: (3812) 39-04-50.
- 4.3. Дата, время, номер кабинета оказания Услуги указываются в маршрутном листе, выданном Потребителю в день оказания услуги.
- 4.4. Основанием для оказания Услуг Исполнителем является наличие от каждого Потребителя:
- направления, подписанного ответственным лицом Заказчика (Приложение № 2);
  - Согласия пациента на обработку персональных данных (Приложение № 3);
  - Информированного добровольного согласия на проведение медицинского вмешательства, включенного в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие (Приложение № 4).
- 4.5. Информация об оказанных Услугах предоставляется Исполнителем на бумажном и/или в электронном виде уполномоченному представителю Заказчика при наличии письменного согласия Потребителя (Приложение № 2).
- 4.6. В случае отсутствия письменного согласия Потребителя, информация об оказании Услуги предоставляется непосредственно Потребителю или лицу, указанному им в Информированном добровольном согласии на проведение медицинского вмешательства (Приложение № 4).
- 4.7. В случае возникновения форс-мажорных обстоятельств (неисправность (поломка) оборудования, нетрудоспособность медицинского работника, оказывающего Услугу и т.п.) срок оказания Услуг может быть перенесен Исполнителем по согласованию с Заказчиком и (или) Потребителем посредством телефонной связи, по номеру, указанному в разделе 12 настоящего договора.

**5. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

- 5.1. Исполнитель обязан:
- 5.1.1. Предоставить квалифицированную, качественную Услугу Потребителю, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации; обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

5.1.2. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

5.1.3. По окончании оказания Услуги выдать Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения Услуги, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении Услуги лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы. Указанные медицинские документы также подтверждают факт предоставления Исполнителем Потребителю Услуги и ее получение Потребителем.

5.1.4. Вести учет видов, сроков, объемов, стоимости оказанных Потребителю по направлению Заказчика Услуг, а также денежных средств, поступающих от Заказчика.

5.2. Заказчик обязан:

5.2.1. Ознакомить Потребителей с условиями оказания Услуг и режимом работы Исполнителя, Правилами поведения пациентов в БУЗОО «КДЦ».

5.2.2. Предоставить всю документацию на Потребителей в соответствии с пунктом 4.4. настоящего договора.

5.2.3. Своевременно оплатить стоимость Услуг, оказанных Потребителям, в соответствии с условиями раздела 2 настоящего договора.

5.2.4. Проинформировать Потребителя о необходимости:

- выполнять требования, от которых зависит качественное предоставление медицинской помощи;
- выполнять все медицинские указания, рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения, своевременно информировать медицинского работника об изменениях в состоянии здоровья (самочувствии);
- информировать медицинского работника до оказания Услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания Услуг.

## 6. ПРАВА СТОРОН

6.1. Исполнитель вправе:

6.1.1. Отказать в предоставлении Услуг Потребителям при:

- отсутствии сопроводительных документов, предусмотренных пунктом 4.4. настоящего договора;
- выявлении Исполнителем ненадлежащей подготовки к оказанию Услуг или ее отсутствия;
- нахождении Потребителя в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения, а также в случае если в его действиях содержится угроза здоровью или жизни персонала Исполнителя.

6.1.2. В случае возникновения неотложных состояний у Потребителя, осуществлять действия в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе принимать решение о медицинском вмешательстве в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.

6.2. Заказчик вправе:

6.2.1. Контролировать Исполнителя в рамках объемов и стоимости оказанных Услуг.

6.2.2. В любое время расторгнуть договор, оплатив Исполнителю фактические понесенные расходы, связанные с исполнением настоящего договора.

## 7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

7.1. Стороны несут ответственность за виновное неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. Исполнитель несет ответственность в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

7.3. Заказчик несет ответственность за просрочку оплаты Услуг в виде неустойки в размере 1/300 ставки рефинансирования Центрального Банка Российской Федерации, действующей на день оплаты, которая начисляется за каждый календарный день просрочки исполнения обязательства, начиная со дня, следующего после дня истечения установленного срока исполнения обязательства по договору. Просрочка платежа более 30 (тридцати) дней является основанием приостановления Исполнителем оказания Услуг Потребителям Заказчика до полного погашения задолженности.

7.4. Оплата неустойки не освобождает Заказчика от оплаты задолженности.

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

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

## 8. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА, ОСВОБОЖДАЮЩИЕ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

8.1. При возникновении обстоятельств непреодолимой силы (пожара, стихийных бедствий, военных действий, чрезвычайного положения, террористических актов, аварий коммуникаций и сетей, поломки медицинского оборудования, отсутствия на фармацевтическом рынке необходимых препаратов и расходных материалов), возникших после заключения договора и препятствующих исполнению договора, действие договора приостанавливается до прекращения данных обстоятельств.

8.2. Обязанность доказывания возникновения таких обстоятельств лежит на Стороне договора, исполнению обязательств которой препятствует возникновение данных обстоятельств.

## 9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

9.1. Договор вступает в действие с момента его подписания и действует по «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

## 10. ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

9.1. Условия договора могут быть изменены и (или) дополнены путем составления дополнительного соглашения, подписанного Сторонами.

9.2. Любая из Сторон вправе досрочно расторгнуть договор в одностороннем порядке в случае существенного нарушения условий договора другой стороной.

9.3. Сторона, заинтересованная в расторжении настоящего договора, обязана известить другую Сторону о его расторжении письменно не менее чем за 30 календарных дней до предполагаемой даты его расторжения.

9.4. В случае досрочного расторжения настоящего договора Стороны должны исполнить свои обязательства, возникшие до даты его расторжения.

9.5. В случае досрочного расторжения настоящего договора Стороны производят взаиморасчет в течение десяти дней с момента прекращения его действия. Окончательный расчет производится на основании акта сверки в течение одного месяца со дня окончания срока действия договора.

## 11. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

11.1. Подписанием настоящего договора Заказчик подтверждает, что до заключения договора:

- проинформирован Исполнителем о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также о порядке, об объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, однако принял решение о самостоятельном обращении за получением Услуг;

- получил в доступной форме информацию об Услугах, а именно: порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении Услуг, а также информацию о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

- уведомлен, что Пациенты, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях;

- уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего Услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой Услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

11.2. Все документы, касающиеся настоящего договора, подписываются уполномоченными представителями Сторон. Документы, переданные посредством факсимильной связи, имеют юридическую силу при условии последующего направления оригиналов в течение 5 календарных дней почтовой связью.

11.3. Стороны обязуются в течении 3 (трех) дней уведомить друг друга об изменении своего юридического адреса, почтовых и банковских реквизитов.

11.4. Все споры, вытекающие из настоящего договора, решаются путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации по месту нахождения Исполнителя.

11.5. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

11.6. Приложения, являющиеся неотъемлемой частью настоящего договора:

Приложение № 1. Информация о величине платы за оказание услуг (работ) (Прейскурант).

Приложение № 2 Направление.

Приложение № 3. Согласие пациента на обработку персональных данных.

Приложение № 4. Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства, включенного в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие.

## 12. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

### Исполнитель

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области  
«Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»)

Адрес: 644024, г. Омск, ул. Ильинская, 9

ИНН/КПП 5504001891/550401001

ОГРН 1025500982847

Получатель средств: УФК по Омской области

(БУЗОО «КДЦ» л/с 006220148)

Банк получателя: Отделение Омск Банка России//

УФК по Омской области г. Омск

БИК 015209001

Казначейский счет (в поле р/счета): 03224643520000005201

Единый казначейский счет (в поле кор/счета):

40102810245370000044

КБК 00600000000000000130

сайт <https://okd-center.ru>.

телефоны: приемная 31-17-00; бухгалтерия 30-37-70;

планово-экономический отдел 30-34-10

(Свидетельство о государственной регистрации юридического

лица серия 55 номер 001439548, выдано Инспекцией

Министерства Российской Федерации по налогам и сборам № 2

по Центральному административному округу г. Омска

19.11.2002)

Лицензия на осуществление медицинской деятельности

№ ЛО-55-01-002389 от 27.08.2018 г.,

срок действия - бессрочно,

выдана Министерством здравоохранения Омской области

(г. Омск, ул. Красный Путь, д. 6, т. 7-3812-233525)

Должность Исполнителя

ФИО

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ год

М.П.

### Заказчик

Наименование организации:

Адрес:

Иные адреса, на которые Исполнитель может направить  
ответ на письменное обращение: \_\_\_\_\_

ИНН

КПП

ОГРН

р/с

к/с

Наименование банка

л/с

БИК

Телефон:

Должность Заказчика

ФИО

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ год

М.П.



Штамп  
направившего  
учреждения

Приложение № 2  
к договору № \_\_\_\_\_  
«\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**НАПРАВЛЕНИЕ**  
в БУЗОО «Клинический диагностический центр»

1. Фамилия \_\_\_\_\_  
2. Имя, отчество \_\_\_\_\_ 3. Пол \_\_\_\_\_  
4. Дата рождения (число, месяц, год) \_\_\_\_\_  
5. Адрес: Район \_\_\_\_\_ город (село) \_\_\_\_\_  
ул. \_\_\_\_\_ д. \_\_\_\_\_ кор. \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_

Наименование медицинской услуги	Дата	Время	Кабинет

Должность заказчика \_\_\_\_\_ Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
М.П. \_\_\_\_\_ (подпись)

• Пациент (законный представитель пациента):  
Уведомлен, что исполнитель получает информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства (его законного представителя) в момент его обращения к Исполнителю. Необходимо полное соответствие указания пациента о том, что заказчику может быть передана информация, составляющая врачебную тайну, в информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство и в направлении.  
Согласен с передачей сведений о факте моего обращения (обращения моего представляемого) за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе заболевания, проведенных видах обследования и лечения и иных сведений, полученных при моем обследовании (обследовании моего представляемого) Заказчику, выдавшему данное направление.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
подпись пациента (представителя пациента)      расшифровка подписи

• При себе иметь паспорт

**СОГЛАСИЕ**  
на обработку персональных данных

Субъект персональных данных, \_\_\_\_\_  
(ФИО полностью)

\_\_\_\_\_  
(документ, удостоверяющий личность (свидетельство о рождении, паспорт) серия, номер, кем и  
когда выдан)

Зарегистрированный (-ая) по адресу \_\_\_\_\_

(место фактического проживания) \_\_\_\_\_

**В лице представителя субъекта персональных данных (заполняется в случае получения согласия от представителя субъекта персональных данных)**

\_\_\_\_\_  
(ФИО полностью)

\_\_\_\_\_  
(документ, удостоверяющий личность (паспорт) серия, номер, кем и когда выдан)

Зарегистрированный (-ая) по адресу \_\_\_\_\_

(место фактического проживания) \_\_\_\_\_

**Действующий от имени субъекта персональных данных на основании:**

\_\_\_\_\_  
(указать реквизиты документа)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, даю свое согласие на обработку моих персональных данных.

**Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных:**

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области "Клинический диагностический центр"

Адрес места нахождения: \_\_\_\_\_

**Цель обработки персональных данных:** оказание медицинских услуг (в том числе в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза) и осуществление иных, связанных с этим мероприятий.

**Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных:** фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Социальном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация.

**Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных:** все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС), в том числе вправе обмениваться (принимать и передавать) персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС, иными организациями (в случаях, предусмотренных законом) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Я, согласен, не согласен (нужное подчеркнуть) на передачу в единую государственную систему в сфере здравоохранения медицинской документации и (или) сведений о состоянии здоровья гражданина в соответствии с пунктом 5.1 части 3 статьи 91.1. Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", постановлением Правительства РФ от 09.02.2022 № 140 "О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения" \_\_\_\_\_

(подпись)

Срок, в течение которого действует согласие: бессрочно.

**Способ отзыва согласия:** посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(ФИО)

**Информированное добровольное согласие**

**на проведение медицинского вмешательства, включенного в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие**

(на основании ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".)

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина, либо законного представителя)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения,

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

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

Проживающий по адресу \_\_\_\_\_

(указывается в случае проживания не по адресу регистрации)

В отношении \_\_\_\_\_

(ФИО пациента при подписании согласия законным представителем)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего 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, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее - Перечень), для получения медицинской помощи/медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть),

в \_\_\_\_\_ БУЗОО «КДЦ»

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

В соответствии с частью 2 статьи 91.1 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", согласно Постановления Правительства РФ от 5 мая 2018 года № 555 "О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения" (ЕГИС СЗ), при наличии согласия физического лица, обеспечить передачу сведений о лицах, которым оказывается медицинская помощь, а также о лицах, в отношении которых проводится медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования.

Я, согласен, не согласен, на передачу результатов моего исследования \_\_\_\_\_ (подпись)

(нужное подчеркнуть)

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти,

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

(подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(дата оформления)

ДОГОВОР  
на предоставление платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_

г. Омск

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_, с одной стороны, и \_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_, с другой стороны, именуемые в дальнейшем совместно и каждый в отдельности «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1. Исполнитель оказывает медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам профилактики, диагностики и лечения, разрешенным на территории РФ (далее - Услуги), третьим лицам (далее - Потребитель), направленным Заказчиком, а Заказчик оплачивает затраты, связанные с оказанием медицинских услуг в порядке, предусмотренном настоящим договором.
- 1.2. Виды Услуг, количество и стоимость определяются спецификацией, являющейся неотъемлемой частью договора (Приложение №1).
- 1.3. Стороны определяют представителей, уполномоченных для разрешения вопросов, возникающих в процессе исполнения договора:
- от Исполнителя: \_\_\_\_\_
  - по вопросам оказания Услуг – заместитель главного врача по организационно-методической работе ФИО телефон: \_\_\_\_\_
  - по вопросам изменения, расторжения договора, а также финансовым вопросам – начальник планово-экономического отдела ФИО телефон: \_\_\_\_\_
  - от Заказчика: Должность ФИО телефон: \_\_\_\_\_

### 2. СТОИМОСТЬ УСЛУГИ, СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

- 2.1. Стоимость Услуг составляет \_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_ копеек, НДС не облагается в соответствии с пп.2 п.2 ст.149 НК РФ и определяется согласно прейскуранту, действующему у Исполнителя (далее - Прейскурант). Прейскурант размещен на информационных стендах в помещениях Исполнителя и на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу <https://okd-center.ru>.
- 2.2. Оплата за фактически оказанные Услуги производится путем безналичного перечисления в течение 7 (Семи) рабочих дней с момента выставления реестра, счета-фактуры и акта оказанных услуг на бумажном носителе.
- 2.3. Реестр, указанный в подпункте 2.2. настоящего договора содержит следующую информацию:
- дату оказания Услуги;
  - наименование Услуги в соответствии с Прейскурантом;
  - стоимость Услуги;
  - количество полученных Услуг;
  - итоговая сумма по всему реестру оказанных Услуг.

### 3. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ УСЛУГИ

- 3.1. Исполнитель в соответствии с лицензией оказывает первичную, в том числе доврачебную, врачебную и специализированную, медико-санитарную помощь; специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь; проводит медицинские осмотры, медицинские освидетельствования и медицинские экспертизы.
- 3.2. Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи предоставляется Потребителю перед оказанием Услуги медицинским работником, ее оказывающим.
- 3.3. Сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении Услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации размещены на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу <https://okd-center.ru>.
- 3.4. Исполнитель оказывает Услуги по настоящему Договору в помещениях Исполнителя по адресам:
- 644024, город Омск, улица Ильинская, дом 9;
  - 644015, город Омск, улица Суворова, дом 112.

### 4. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

- 4.1. Исполнитель оказывает Услуги в соответствии с утвержденным главным врачом режимом работы Исполнителя.
- 4.2. Предоставление Услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Потребителя на прием через контакт-центр Исполнителя по телефону: (3812) 39-04-50.
- 4.3. Дата, время, номер кабинета оказания Услуги указываются в маршрутном листе, выданном Потребителю в день оказания услуги.
- 4.4. Основанием для оказания Услуг Исполнителем является наличие от каждого Потребителя:
- направления, подписанного ответственным лицом Заказчика (Приложение № 2);
  - Согласия пациента на обработку персональных данных (Приложение № 3);
  - Информированного добровольного согласия на проведение медицинского вмешательства, включенного в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие (Приложение № 4).
- 4.5. Информация об оказанных Услугах предоставляется Исполнителем на бумажном и/или в электронном виде уполномоченному представителю Заказчика при наличии письменного согласия Потребителя (Приложение № 2).
- 4.6. В случае отсутствия письменного согласия Потребителя, информация об оказании Услуги предоставляется непосредственно Потребителю или лицу, указанному им в Информированном добровольном согласии на проведение медицинского вмешательства (Приложение № 4).
- 4.7. В случае возникновения форс-мажорных обстоятельств (неисправность (поломка) оборудования, нетрудоспособность медицинского работника, оказывающего Услугу и т.п.) срок оказания Услуг может быть перенесен Исполнителем по согласованию с Заказчиком и (или) Потребителем посредством телефонной связи, по номеру, указанному в разделе 12 настоящего договора.

### 5. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 5.1. Исполнитель обязан:
- 5.1.1. Предоставить квалифицированную, качественную Услугу Потребителю, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи.

утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

5.1.2. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

5.1.3. По окончании оказания Услуги выдать Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения Услуги, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении Услуги лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы. Указанные медицинские документы также подтверждают факт предоставления Исполнителем Потребителю Услуги и ее получение Потребителем.

5.1.4. Вести учет видов, сроков, объемов, стоимости оказанных Потребителю по направлению Заказчика Услуг, а также денежных средств, поступающих от Заказчика.

5.2. Заказчик обязан:

5.2.1. Ознакомить Потребителей с условиями оказания Услуг и режимом работы Исполнителя, Правилами поведения пациентов в БУЗОО «КДЦ».

5.2.2. Предоставить всю документацию на Потребителей в соответствии с пунктом 4.4. настоящего договора.

5.2.3. Своевременно оплатить стоимость Услуг, оказанных Потребителям, в соответствии с условиями раздела 2 настоящего договора.

5.2.4. Проинформировать Потребителя о необходимости:

- выполнять требования, от которых зависит качественное предоставление Услуги;

- выполнять все медицинские указания, рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения, своевременно информировать медицинского работника об изменениях в состоянии здоровья (самочувствии);

- информировать медицинского работника до оказания Услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания Услуг.

## 6. ПРАВА СТОРОН

6.1. Исполнитель вправе:

6.1.1. Отказать в предоставлении Услуг Потребителям при:

- отсутствии сопроводительных документов, предусмотренных пунктом 4.4. настоящего договора;

- выявлении Исполнителем ненадлежащей подготовки к оказанию Услуг или ее отсутствия;

- нахождении Потребителя в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения, а также в случае если в его действиях содержится угроза здоровью или жизни персонала Исполнителя.

6.1.2. В случае возникновения неотложных состояний у Потребителя, осуществлять действия в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе принимать решение о медицинском вмешательстве в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.

6.2. Заказчик вправе:

6.2.1. Контролировать Исполнителя в рамках объемов и стоимости оказанных Услуг.

6.2.2. В любое время расторгнуть договор, оплатив Исполнителю фактические понесенные расходы, связанные с исполнением настоящего договора.

## 7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

7.1. Стороны несут ответственность за виновное неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. Исполнитель несет ответственность в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

7.3. Заказчик несет ответственность за просрочку оплаты Услуг в виде неустойки в размере 1/300 ставки рефинансирования Центрального Банка Российской Федерации, действующей на день оплаты, которая начисляется за каждый календарный день просрочки исполнения обязательств, начиная со дня, следующего после дня истечения установленного срока исполнения обязательства по договору. Просрочка платежа более 30 (тридцати) дней является основанием приостановления Исполнителем оказания Услуг Потребителям Заказчика до полного погашения задолженности.

7.4. Оплата неустойки не освобождает Заказчика от оплаты задолженности.

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

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

## 8. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА, ОСВОБОЖДАЮЩИЕ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

8.1. При возникновении обстоятельств непреодолимой силы (пожара, стихийных бедствий, военных действий, чрезвычайного положения, террористических актов, аварий коммуникаций и сетей, поломки медицинского оборудования, отсутствия на фармацевтическом рынке необходимых препаратов и расходных материалов), возникших после заключения договора и препятствующих исполнению договора, действие договора приостанавливается до прекращения данных обстоятельств.

8.2. Обязанность доказывания возникновения таких обстоятельств лежит на Стороне договора, исполнению обязательств которой препятствует возникновение данных обстоятельств.

## 9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

9.1. Договор вступает в действие с момента его подписания и действует по «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

## 10. ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

9.1. Условия договора могут быть изменены и (или) дополнены путем составления дополнительного соглашения, подписанного Сторонами.

9.2. Любая из Сторон вправе досрочно расторгнуть договор в одностороннем порядке в случае существенного нарушения условий договора другой стороной.

9.3. Сторона, заинтересованная в расторжении настоящего договора, обязана известить другую Сторону о его расторжении письменно не менее чем за 30 календарных дней до предполагаемой даты его расторжения.

9.4. В случае досрочного расторжения настоящего договора Стороны должны исполнить свои обязательства, возникшие до даты его расторжения.

9.5. В случае досрочного расторжения настоящего договора Стороны производят взаиморасчет в течение десяти дней с момента прекращения его действия. Окончательный расчет производится на основании акта сверки в течение одного месяца со дня окончания срока действия договора.

## 11. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

11.1. Подписанием настоящего договора Заказчик подтверждает, что до заключения договора:

- проинформирован Исполнителем о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи, а также о порядке, об объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, однако принял решение о самостоятельном обращении за получением Услуг;
- получил в доступной форме информацию об Услугах, а именно: порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информацию о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
- уведомлен, что Пациенты, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях;
- уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего Услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой Услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

11.2. Все документы, касающиеся настоящего договора, подписываются уполномоченными представителями Сторон. Документы, переданные посредством факсимильной связи, имеют юридическую силу при условии последующего направления оригиналов в течение 5 календарных дней почтовой связью.

11.3. Стороны обязуются в течение 3 (трех) дней уведомить друг друга об изменении своего юридического адреса, почтовых и банковских реквизитов.

11.4. Все споры, вытекающие из настоящего договора, решаются путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации по месту нахождения Исполнителя.

11.5. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

11.6. Приложения, являющиеся неотъемлемой частью настоящего договора:

Приложение № 1. Спецификация.

Приложение № 2 Направление.

Приложение № 3. Согласие пациента на обработку персональных данных.

Приложение № 4. Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства, включенного в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие.

## 12. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

### Исполнитель

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области  
«Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»)

Адрес: 644024, г. Омск, ул. Ильинская, 9.

ИНН/КПП 5504001891/550401001

ОГРН 1025500982847

Получатель средств: УФК по Омской области  
(БУЗОО «КДЦ» л/с 006220148)

Банк получателя: Отделение Омск Банка России/

УФК по Омской области г. Омск

БИК 015209001

Казначейский счет (в поле р/счета): 03224643520000005201

Единый казначейский счет (в поле кор/счета):

40102810245370000044

КБК 00600000000000000130

сайт <https://okd-center.ru>

телефоны: приемная 31-17-00; бухгалтерия 30-37-70;

планово-экономический отдел 30-34-10

(Свидетельство о государственной регистрации юридического

лица серия 55 номер 001439548, выдано Инспекцией

Министерства Российской Федерации по налогам и сборам № 2

по Центральному административному округу г. Омска

19.11.2002)

Лицензия на осуществление медицинской деятельности

№ ЛО-55-01-002389 от 27.08.2018 г.,

срок действия - бессрочно,

выдана Министерством здравоохранения Омской области

(г. Омск, ул. Красный Путь, д. 6, т. 7-3812-233525)

Должность Исполнителя

\_\_\_\_\_  
ФИО  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ год  
М.П.

### Заказчик

Наименование организации:

Адрес:

Иные адреса, на которые Исполнитель может направить  
ответ на письменное обращение: \_\_\_\_\_

ИНН

КПП

ОГРН

р/с

к/с

Наименование банка

л/с

БИК

Телефон:

Должность Заказчика

\_\_\_\_\_  
ФИО  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ год  
М.П.

**СПЕЦИФИКАЦИЯ**

№ п/п	Наименование Услуги	Цена Услуги, руб.	Количество	Стоимость, руб.
ИТОГО:				

**Исполнитель**

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области  
«Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»)

Должность Исполнителя

\_\_\_\_\_ ФИО  
«\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ год  
М.П.

**Заказчик**

Наименование организации:

Должность Заказчика

\_\_\_\_\_ ФИО  
«\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ год  
М.П.

**НАПРАВЛЕНИЕ**  
в БУЗОО «Клинический диагностический центр»

1. Фамилия \_\_\_\_\_  
2. Имя, отчество \_\_\_\_\_ 3. Пол \_\_\_\_\_  
4. Дата рождения (число, месяц, год) \_\_\_\_\_  
5. Адрес: Район \_\_\_\_\_ город (село) \_\_\_\_\_  
ул. \_\_\_\_\_ д. \_\_\_\_\_ кор. \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_

Наименование медицинской услуги	Дата	Время	Кабинет

Должность заказчика \_\_\_\_\_ Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
М.П. \_\_\_\_\_ (подпись)

- Пациент (законный представитель пациента):

Уведомлен, что исполнитель получает информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства (его законного представителя) в момент его обращения к Исполнителю. Необходимо полное соответствие указания пациента о том, что заказчику может быть передана информация, составляющая врачебную тайну, в информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство и в направлении.

Согласен с передачей сведений о факте моего обращения (обращения моего представляемого) за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе заболевания, проведенных видах обследования и лечения и иных сведений, полученных при моем обследовании (обследовании моего представляемого) Заказчику, выдавшему данное направление.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
подпись пациента (представителя пациента)      расшифровка подписи

- При себе иметь паспорт



**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных**

Субъект персональных данных, \_\_\_\_\_  
(ФИО полностью)

\_\_\_\_\_  
(документ, удостоверяющий личность (свидетельство о рождении, паспорт) серия, номер, кем и когда выдан)

Зарегистрированный (-ая) по адресу \_\_\_\_\_

(место фактического проживания) \_\_\_\_\_

**В лице представителя субъекта персональных данных (заполняется в случае получения согласия от представителя субъекта персональных данных)**

\_\_\_\_\_  
(ФИО полностью)

\_\_\_\_\_  
(документ, удостоверяющий личность (паспорт) серия, номер, кем и когда выдан)

Зарегистрированный (-ая) по адресу \_\_\_\_\_

(место фактического проживания) \_\_\_\_\_

**Действующий от имени субъекта персональных данных на основании**

\_\_\_\_\_  
(указать реквизиты документа)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, даю свое согласие на обработку моих персональных данных.

**Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных:**

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области "Клинический диагностический центр"

Адрес места нахождения: \_\_\_\_\_

**Цель обработки персональных данных:** оказание медицинских услуг (в том числе в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза) и осуществление иных, связанных с этим мероприятий.

**Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных:** фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Социальном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация.

**Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных:** все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС), в том числе вправе обмениваться (принимать и передавать) персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС, иными организациями (в случаях, предусмотренных законом) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Я, **согласен, не согласен** (нужное подчеркнуть) на передачу в единую государственную систему в сфере здравоохранения медицинской документации и (или) сведений о состоянии здоровья гражданина в соответствии с пунктом 5.1 части 3 статьи 91.1. Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", постановлением Правительства РФ от 09.02.2022 № 140 "О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения" \_\_\_\_\_

(подпись)

**Срок, в течение которого действует согласие:** бессрочно.

**Способ отзыва согласия:** посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(ФИО)

**Информированное добровольное согласие**

**на проведение медицинского вмешательства, включенного в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие**

(на основании ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".)

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина, либо законного представителя)

«\_\_» \_\_\_\_\_ г. рождения,

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

Проживающий по адресу \_\_\_\_\_  
(адрес регистрации гражданина, либо законного представителя)

(указывается в случае проживания не по адресу регистрации)

В отношении \_\_\_\_\_

(ФИО пациента при подписании согласия законным представителем)

«\_\_» \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего 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 вмешательства, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее - Перечень), для получения медицинской помощи/медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть),

в \_\_\_\_\_ БУЗОО «КДЦ»  
Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

В соответствии с частью 2 статьи 91.1 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", согласно Постановления Правительства РФ от 5 мая 2018 года № 555 "О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения" (ЕГИС СЗ), при наличии согласия физического лица, обеспечить передачу сведений о лицах, которым оказывается медицинская помощь, а также о лицах, в отношении которых проводится медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования.

Я, **согласен, не согласен**, на передачу результатов моего исследования \_\_\_\_\_ (подпись)

(нужное подчеркнуть)

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти.

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

(подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(дата оформления)

**ДОГОВОР**  
на предоставление платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_

г. Омск

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице должностного лица ФИО \_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_, с одной стороны, и \_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_, с другой стороны, именуемые в дальнейшем совместно и каждый в отдельности «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

- 1.1. Исполнитель оказывает лабораторные исследования (далее - Услуги), третьим лицам (далее - Потребитель), направленным Заказчиком, а Заказчик оплачивает затраты, связанные с оказанием Услуг в порядке, предусмотренном настоящим договором.
- 1.2. Виды Услуг, количество и стоимость определяются спецификацией, являющейся неотъемлемой частью договора (Приложение № 1).
- 1.3. Стороны определяют представителей, уполномоченных для разрешения вопросов, возникающих в процессе исполнения договора:  
- от Исполнителя: \_\_\_\_\_ по вопросам оказания Услуг – заместитель главного врача по организационно-методической работе ФИО телефон: \_\_\_\_\_ по вопросам изменения, расторжения договора, а также финансовым вопросам – начальник планово-экономического отдела ФИО телефон: \_\_\_\_\_  
- от Заказчика: Должность ФИО телефон: \_\_\_\_\_

**2. СТОИМОСТЬ УСЛУГИ, СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ**

- 2.1. Стоимость Услуг составляет \_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_ копеек, НДС не облагается в соответствии с пп.2 п.2 ст.149 НК РФ и определяется согласно прейскуранту, действующему у Исполнителя (далее - Прейскурант). Прейскурант размещен на информационных стендах в помещениях Исполнителя и на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу <https://okd-center.ru>.
- 2.2. Оплата за фактически оказанные Услуги производится путем безналичного перечисления в течение 7 (Семи) рабочих дней с момента выставления реестра, счета-фактуры и акта оказанных услуг на бумажном носителе.
- 2.3. Реестр, указанный в подпункте 2.2. настоящего договора содержит следующую информацию:  
- дату оказания Услуги;  
- наименование Услуги в соответствии с Прейскурантом;  
- стоимость Услуги;  
- количество полученных Услуг;  
- итоговая сумма по всему реестру оказанных Услуг.

**3. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ УСЛУГИ**

- 3.1. Исполнитель в соответствии с лицензией оказывает первичную, в том числе доврачебную, врачебную и специализированную, медико-санитарную помощь; специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь; проводит медицинские осмотры, медицинские освидетельствования и медицинские экспертизы.
- 3.2. Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи предоставляется Потребителю перед оказанием Услуги медицинским работником, ее оказывающим.
- 3.3. Сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении Услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации размещены на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу <https://okd-center.ru>.
- 3.4. Исполнитель оказывает Услуги по настоящему Договору в помещениях Исполнителя по адресам:  
- 644024, город Омск, улица Ильинская, дом 9;  
- 644015, город Омск, улица Суворова, дом 112.

**4. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ**

- 4.1. Исполнитель оказывает Услуги в соответствии с утвержденным главным врачом режимом работы Исполнителя.
- 4.2. Предоставление Услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Потребителя на прием через контакт-центр Исполнителя по телефону: (3812) 39-04-50 в случае забора биоматериала по месту нахождения Исполнителя.
- 4.3. Дата, время, номер кабинета оказания Услуги указывается в маршрутном листе, выданном Потребителю в день оказания услуги.
- 4.4. Основанием для оказания Услуг Исполнителем является наличие от каждого Потребителя:  
- направления, подписанного ответственным лицом Заказчика (в случае забора биоматериала по месту нахождения Исполнителя) (Приложение № 2) или список Потребителей услуг (в случае забора биоматериала по месту нахождения Заказчика) (Приложение № 2);  
- Согласия пациента на обработку персональных данных (Приложение № 3);  
- Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство Забор материала (мазок из носо- и ротоглотки) на коронавирусную инфекцию (Приложение № 4).
- 4.5. Информация об оказанных Услугах предоставляется Исполнителем на бумажном и/или в электронном виде уполномоченному представителю Заказчика при наличии письменного согласия Потребителя (Приложение № 2).
- 4.6. В случае отсутствия письменного согласия Потребителя, информация об оказании Услуги предоставляется непосредственно Потребителю или лицу, указанному им в Информированном добровольном согласии на проведение медицинского вмешательства (Приложение № 4).
- 4.7. В случае возникновения форс-мажорных обстоятельств (неисправность (поломка) оборудования, нетрудоспособность медицинского работника, оказывающего Услугу и т.п.) срок оказания Услуг может быть перенесен Исполнителем по согласованию с Заказчиком и (или) Потребителем посредством телефонной связи, по номеру, указанному в разделе 12 настоящего договора.

**5. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

- 5.1. Исполнитель обязан:  
5.1.1. Предоставить квалифицированную, качественную Услугу Потребителю, в соответствии с требованиями стандарта ГОСТ Р ИСО 15189-2015 «Лаборатории медицинские. Частное требование к качеству и компетентности».

5.1.2. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

5.1.3. По окончании оказания Услуги выдать Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения Услуги, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении Услуги лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы. Указанные медицинские документы также подтверждают факт предоставления Исполнителем Потребителю Услуги и ее получение Потребителем.

5.1.4. В случае согласования забора биоматериала на территории Заказчика, обеспечить выезд работника(ов) БУЗОО «КДЦ» по месту нахождения Заказчика для забора биоматериала в том случае, если количество Потребителей Услуг не менее 50-ти человек.

5.1.5. Вести учет видов, сроков, объемов, стоимости оказанных Потребителю по направлению Заказчика Услуг, а также денежных средств, поступающих от Заказчика.

5.2. Заказчик обязан:

5.2.1. Ознакомить Потребителей с условиями оказания Услуг и режимом работы Исполнителя, Правилами поведения пациентов в БУЗОО «КДЦ».

5.2.2. Предоставить всю документацию на Потребителей в соответствии с пунктом 4.4. настоящего договора.

5.2.3. Своевременно оплатить стоимость Услуг, оказанных Потребителям, в соответствии с условиями раздела 2 настоящего договора.

5.2.4. В случае согласования забора биоматериала на территории Заказчика, обеспечить количество Потребителей Услуг не менее 50-ти человек.

5.2.5. Проинформировать Потребителя о необходимости:

- выполнять требования, от которых зависит качественное предоставление Услуги;
- выполнять все медицинские указания, рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения, своевременно информировать медицинского работника об изменениях в состоянии здоровья (самочувствии);
- информировать медицинского работника до оказания Услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания Услуги.

## 6. ПРАВА СТОРОН

6.1. Исполнитель вправе:

6.1.1. Отказать в предоставлении Услуг Потребителям при:

- отсутствии сопроводительных документов, предусмотренных пунктом 4.4. настоящего договора;
- выявлении Исполнителем ненадлежащей подготовки к оказанию Услуг или ее отсутствия;
- нахождении Потребителя в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения, а также в случае если в его действиях содержится угроза здоровью или жизни персонала Исполнителя.

6.1.2. В случае возникновения неотложных состояний у Потребителя, осуществить действия в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе принимать решение о медицинском вмешательстве в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.

6.2. Заказчик вправе:

6.2.1. Контролировать Исполнителя в рамках объемов и стоимости оказанных Услуг.

6.2.2. В любое время расторгнуть договор, оплатив Исполнителю фактические понесенные расходы, связанные с исполнением настоящего договора.

## 7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

7.1. Стороны несут ответственность за виновное неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. Исполнитель несет ответственность в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

7.3. Заказчик несет ответственность за просрочку оплаты Услуг в виде неустойки в размере 1/300 ставки рефинансирования Центрального Банка Российской Федерации, действующей на день оплаты, которая начисляется за каждый календарный день просрочки исполнения обязательства, начиная со дня, следующего после дня истечения установленного срока исполнения обязательства по договору. Просрочка платежа более 30 (тридцати) дней является основанием приостановления Исполнителем оказания Услуг Потребителям Заказчика до полного погашения задолженности.

7.4. Оплата неустойки не освобождает Заказчика от оплаты задолженности.

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

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

## 8. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА, ОСВОБОЖДАЮЩИЕ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

8.1. При возникновении обстоятельств непреодолимой силы (пожара, стихийных бедствий, военных действий, чрезвычайного положения, террористических актов, аварий коммуникаций и сетей, поломки медицинского оборудования, отсутствия на фармацевтическом рынке необходимых препаратов и расходных материалов), возникших после заключения договора и препятствующих исполнению договора, действие договора приостанавливается до прекращения данных обстоятельств.

8.2. Обязанность доказывания возникновения таких обстоятельств лежит на Стороне договора, исполнению обязательств которой препятствует возникновение данных обстоятельств.

## 9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

9.1. Договор вступает в действие с момента его подписания и действует по «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

## 10. ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

9.1. Условия договора могут быть изменены и (или) дополнены путем составления дополнительного соглашения, подписанного Сторонами.

9.2. Любая из Сторон вправе досрочно расторгнуть договор в одностороннем порядке в случае существенного нарушения условий договора другой стороной.

9.3. Сторона, заинтересованная в расторжении настоящего договора, обязана известить другую Сторону о его расторжении письменно не менее чем за 30 календарных дней до предполагаемой даты его расторжения.

9.4. В случае досрочного расторжения настоящего договора Стороны должны исполнить свои обязательства, возникшие до даты его расторжения.

9.5. В случае досрочного расторжения настоящего договора Стороны производят взаиморасчет в течение десяти дней с момента прекращения его действия. Окончательный расчет производится на основании акта сверки в течение одного месяца со дня окончания срока действия договора.

## 11. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

11.1. Подписанием настоящего договора Заказчик подтверждает, что до заключения договора:

- проинформирован Исполнителем о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также о порядке, об объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, однако принял решение о самостоятельном обращении за получением Услуг;
- получил в доступной форме информацию об Услугах, а именно: порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении Услуг, а также информацию о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, находящихся на лечении, в соответствующем объеме выполняемого стандарта медицинской помощи;
- уведомлен, что Пациенты, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях;
- уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего Услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой Услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения и срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

11.2. Все документы, касающиеся настоящего договора, подписываются уполномоченными представителями Сторон. Документы, переданные посредством факсимильной связи, имеют юридическую силу при условии последующего направления оригиналов в течение 5 календарных дней почтовой связью.

11.3. Стороны обязуются в течении 3 (трех) дней уведомить друг друга об изменении своего юридического адреса, почтовых и банковских реквизитов.

11.4. Все споры, вытекающие из настоящего договора, решаются путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации по месту нахождения Исполнителя.

11.5. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

11.6. Приложения, являющиеся неотъемлемой частью настоящего договора:

Приложение № 1. Спецификация.

Приложение № 2 Направление или Список Потребителей Услуг.

Приложение № 3. Согласие пациента на обработку персональных данных.

Приложение № 4. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство Забор материала (мазок из носо- и ротоглотки) на коронавирусную инфекцию.

## 12. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

### Исполнитель

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области

«Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»)

Адрес: 644024, г. Омск, ул. Ильинская, 9

ИНН/КПП 5504001891/550401001

ОГРН 1025500982847

Получатель средств: УФК по Омской области

(БУЗОО «КДЦ» л/с 006220148)

Банк получателя: Отделение Омск Банка России//

УФК по Омской области г. Омск

БИК 015209001

Казначейский счет (в поле р/счета): 0322464352000005201

Единый казначейский счет (в поле кор/счета):

40102810245370000044

КБК 00600000000000000130

сайт <https://okd-center.ru>

телефоны: приемная 31-17-00; бухгалтерия 30-37-70;

планово-экономический отдел 30-34-10

(Свидетельство о государственной регистрации юридического

лица серия 55 номер 001439548, выдано Инспекцией

Министерства Российской Федерации по налогам и сборам № 2

по Центральному административному округу г. Омска

19.11.2002)

Лицензия на осуществление медицинской деятельности

№ ЛО-55-01-002389 от 27.08.2018 г.,

срок действия - бессрочно,

выдана Министерством здравоохранения Омской области

(г. Омск, ул. Красный Путь, д. 6, т. 7-3812-233525)

### Заказчик

Наименование организации:

Адрес:

Иные адреса, на которые Исполнитель может направить ответ на письменное обращение: \_\_\_\_\_

ИНН

КПП

ОГРН

р/с

к/с

Наименование банка

л/с

БИК

Телефон:

Должность Исполнителя

ФИО

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ год

М.П.

Должность Заказчика

ФИО

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ год

М.П.

### СПЕЦИФИКАЦИЯ

№ п/п	Наименование Услуги	Цена Услуги, руб.	Количество	Стоимость, руб.
ИТОГО:				

Исполнитель

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области  
«Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»)

Должность Исполнителя

\_\_\_\_\_  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ год  
М.П.

Заказчик

Наименование организации:

Должность Заказчика

\_\_\_\_\_  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ год  
М.П.

**НАПРАВЛЕНИЕ**  
в БУЗОО «Клинический диагностический центр»

1. Фамилия \_\_\_\_\_  
2. Имя, отчество \_\_\_\_\_ 3. Пол \_\_\_\_\_  
4. Дата рождения (число, месяц, год) \_\_\_\_\_  
5. Адрес: Район \_\_\_\_\_ город (село) \_\_\_\_\_  
ул. \_\_\_\_\_ д. \_\_\_\_\_ кор. \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_

Наименование медицинской услуги	Дата	Время	Кабинет

Должность заказчика \_\_\_\_\_ Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
М.П. \_\_\_\_\_ (подпись)

- Пациент (законный представитель пациента):  
Уведомлен, что исполнитель получает информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства (его законного представителя) в момент его обращения к Исполнителю. Необходимо полное соответствие указания пациента о том, что заказчику может быть передана информация, составляющая врачебную тайну, в информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство и в направлении.  
Согласен с передачей сведений о факте моего обращения (обращения моего представляемого) за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе заболевания, проведенных видах обследования и лечения и иных сведений, полученных при моем обследовании (обследовании моего представляемого) Заказчику, выдавшему данное направление.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
подпись пациента (представителя пациента)      расшифровка подписи

- При себе иметь паспорт

**СОГЛАСИЕ**  
на обработку персональных данных

Субъект персональных данных, \_\_\_\_\_  
(ФИО полностью)

\_\_\_\_\_  
(документ, удостоверяющий личность (свидетельство о рождении, паспорт) серия, номер, кем и когда выдан)

Зарегистрированный (-ая) по адресу \_\_\_\_\_

(место фактического проживания) \_\_\_\_\_

**В лице представителя субъекта персональных данных (заполняется в случае получения согласия от представителя субъекта персональных данных)**

\_\_\_\_\_  
(ФИО полностью)

\_\_\_\_\_  
(документ, удостоверяющий личность (паспорт) серия, номер, кем и когда выдан)

Зарегистрированный (-ая) по адресу \_\_\_\_\_

(место фактического проживания) \_\_\_\_\_

**Действующий от имени субъекта персональных данных на основании**

\_\_\_\_\_  
(указать реквизиты документа)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, даю свое согласие на обработку моих персональных данных.

**Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных:**

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области "Клинический диагностический центр"

Адрес места нахождения: \_\_\_\_\_

**Цель обработки персональных данных:** оказание медицинских услуг (в том числе в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза) и осуществление иных, связанных с этим мероприятий.

**Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных:** фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Социальном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация.

**Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных:** все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС), в том числе вправе обмениваться (принимать и передавать) персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС, иными организациями (в случаях, предусмотренных законом) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Я, согласен, не согласен (нужное подчеркнуть) на передачу в единую государственную систему в сфере здравоохранения медицинской документации и (или) сведений о состоянии здоровья гражданина в соответствии с пунктом 5.1 части 3 статьи 91.1. Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", постановлением Правительства РФ от 09.02.2022 № 140 "О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения" \_\_\_\_\_

(подпись)

**Срок, в течение которого действует согласие:** бессрочно.

**Способ отзыва согласия:** посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(ФИО)



**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство  
Забор материала (мазок из носо-и ротоглотки) на коронавирусную инфекцию**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения,

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания: \_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, \_\_\_\_\_ паспорт \_\_\_\_\_,

выдан:

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство:

**Забор материала (мазок из носо-и ротоглотки) на коронавирусную инфекцию**

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(ФИО медицинской сестры)

в доступной для меня форме разъяснены цели, метод проведения медицинского вмешательства, связанный с ним риск, последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты проведения медицинского вмешательства.

Я сообщил(а) достоверные сведения о наличии у меня (ребенка или лица, признанного недееспособным) сопутствующих заболеваний и операций, перенесенных ранее, перечислил(а) все жалобы и особые реакции на лекарственные препараты.

Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения.

Я предупрежден о том, что при выявлении у меня (или лица, законным представителем которого я являюсь) положительного результата исследования на коронавирусную инфекцию, сотрудниками БУЗОО «КДЦ» будет направлено экстренное извещение в Управление Роспотребнадзора по Омской области (ФЗ от 30.03.1999 № 52 «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», п.12.1 Санитарно-эпидемиологических правил 3.1/3.2.3146-13 «Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней», Постановление Правительства России от 31 января 2020 г. N 66 «О внесении изменений в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих»).

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства, или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

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

(подпись)

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

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)  
" \_\_\_\_ " \_\_\_\_ г.  
(дата оформления)

Результаты исследования заберу лично на справочном при предъявлении паспорта \_\_\_\_\_  
(подпись)

прошу выдать указанному лицу при предъявлении  
паспорта \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

прошу сообщить на адрес электронной почты \_\_\_\_\_  
(заполнять разборчиво и ТОЛЬКО печатными буквами)

Подпись пациента/законного представителя \_\_\_\_\_

Согласно п.2 Постановления Правительства РФ от 27.03.2021года № 452 « Об обеспечении уведомления физических лиц о результатах исследований на наличие возбудителя новой коронавирусной инфекции (COVID-19) с использованием Федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций) и обмена информацией о результатах таких исследований», организациям осуществляющим исследования на наличие возбудителя новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции, на наличие антител к возбудителю новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (любым из методов), на наличие антител после вакцинации путем определения специальными тестами, при наличии согласия физического лица обеспечить передачу сведений о результатах таких исследований в федеральное бюджетное учреждение науки "Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии" Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Я, **согласен, не согласен**, на передачу результатов моего исследования \_\_\_\_\_ (подпись)  
(нужное подчеркнуть)

## ДОГОВОР

на предоставление платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_

г. Омск

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице должностного лица ФИО \_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_, и \_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_, с другой стороны, именуемые в дальнейшем совместно и каждый в отдельности «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель оказывает лабораторные исследования (далее - Услуги), третьим лицам (далее - Потребитель), направленным Заказчиком, а Заказчик оплачивает затраты, связанные с оказанием Услуг в порядке, предусмотренном настоящим договором.

1.2. Виды Услуг, количество и стоимость определяются спецификацией, являющейся неотъемлемой частью договора (Приложение № 1).

1.3. Стороны определяют представителей, уполномоченных для разрешения вопросов, возникающих в процессе исполнения договора:

- от Исполнителя:  
по вопросам оказания Услуг - заместитель главного врача по организационно-методической работе ФИО телефон:  
по вопросам изменения, расторжения договора, а также финансовым вопросам - начальник планово-экономического отдела ФИО телефон:  
- от Заказчика: Должность ФИО телефон:

### 2. СТОИМОСТЬ УСЛУГИ, СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

2.1. Стоимость Услуг составляет \_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_ копеек, НДС не облагается в соответствии с пп.2 п.2 ст.149 НК РФ и определяется согласно прейскуранту, действующему у Исполнителя (далее - Прейскурант). Прейскурант размещен на информационных стендах в помещениях Исполнителя и на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу <https://okd-center.ru>.

2.2. Оплата за фактически оказанные Услуги производится путем безналичного перечисления в течение 7 (Семи) рабочих дней с момента выставления реестра, счета-фактуры и акта оказанных услуг на бумажном носителе.

2.3. Реестр, указанный в подпункте 2.2. настоящего договора содержит следующую информацию:

- дату оказания Услуги;
- наименование Услуги в соответствии с Прейскурантом;
- стоимость Услуги;
- количество полученных Услуг;
- итоговая сумма по всему реестру оказанных Услуг.

### 3. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ УСЛУГИ

3.1. Исполнитель в соответствии с лицензией оказывает первичную, в том числе доврачебную, врачебную и специализированную, медико-санитарную помощь; специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь; проводит медицинские осмотры, медицинские освидетельствования и медицинские экспертизы.

3.2. Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи предоставляется Потребителю перед оказанием Услуги медицинским работником, ее оказывающим.

3.3. Сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении Услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации размещены на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу <https://okd-center.ru>.

3.4. Исполнитель оказывает Услуги по настоящему Договору в помещениях Исполнителя по адресам:

- 644024, город Омск, улица Ильинская, дом 9;
- 644015, город Омск, улица Суворова, дом 112.

### 4. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

4.1. Исполнитель оказывает Услуги в соответствии с утвержденным главным врачом режимом работы Исполнителя.

4.2. Предоставление Услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Потребителя на прием через контакт-центр Исполнителя по телефону: (3812) 39-04-50 в случае забора биоматериала по месту нахождения Исполнителя.

4.3. Дата, время, номер кабинета оказания Услуги указываются в маршрутном листе, выданном Потребителю в день оказания услуги.

4.4. Основанием для оказания Услуг Исполнителем является наличие от каждого Потребителя:  
- направления, подписанного ответственным лицом Заказчика (в случае забора биоматериала по месту нахождения Исполнителя) (Приложение № 2) или список Потребителей услуг (в случае забора биоматериала по месту нахождения Заказчика) (Приложение № 2);  
- Согласия пациента на обработку персональных данных (Приложение № 3);

- Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство Забор крови на определение антител к вирусу SARS-CoV-2 (Приложение № 4).

4.5. Информация об оказанных Услугах предоставляется Исполнителем на бумажном носителе или в электронном виде уполномоченному представителю Заказчика при наличии письменного согласия Потребителя (Приложение № 2).

4.6. В случае отсутствия письменного согласия Потребителя, информация об оказании Услуги предоставляется непосредственно Потребителю или лицу, указанному им в Информированном добровольном согласии на проведение медицинского вмешательства (Приложение № 4).

4.7. В случае возникновения форс-мажорных обстоятельств (неисправность (поломка) оборудования, нетрудоспособность медицинского работника, оказывающего Услугу и т.п.) срок оказания Услуги может быть перенесен Исполнителем по согласованию с Заказчиком и (или) Потребителем посредством телефонной связи, по номеру, указанному в разделе 12 настоящего договора.

### 5. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

5.1. Исполнитель обязан:

5.1.1. Предоставить квалифицированную, качественную Услугу Потребителю, в соответствии с требованиями стандарта ГОСТ Р ИСО 15189-2015 «Лаборатории медицинские. Частное требование к качеству и компетентности».

5.1.2. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

5.1.3. По окончании оказания Услуги выдать Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения Услуги, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении Услуги лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы. Указанные медицинские документы также подтверждают факт предоставления Исполнителем Потребителю Услуги и ее получение Потребителем.

5.1.4. В случае согласования забора биоматериала на территории Заказчика, обеспечить выезд работника(ов) БУЗОО «КДЦ» по месту нахождения Заказчика для забора биоматериала в том случае, если количество Потребителей услуг не менее 50-ти человек.

5.1.5. Вести учет видов, сроков, объемов, стоимости оказанных Потребителю по направлению Заказчика Услуг, а также денежных средств, поступающих от Заказчика.

5.2. Заказчик обязан:

5.2.1. Ознакомить Потребителей с условиями оказания Услуг и режимом работы Исполнителя, Правилами поведения пациентов в БУЗОО «КДЦ».

5.2.2. Предоставить всю документацию на Потребителей в соответствии с пунктом 4.4. настоящего договора.

5.2.3. Своевременно оплатить стоимость Услуг, оказанных Потребителям, в соответствии с условиями раздела 2 настоящего договора.

5.2.4. В случае согласования забора биоматериала на территории Заказчика, обеспечить количество Потребителей услуг не менее 50-ти человек.

5.2.5. Проинформировать Потребителя о необходимости:

- выполнять требования, от которых зависит качественное предоставление Услуги;
- выполнять все медицинские указания, рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения, своевременно информировать медицинского работника об изменениях в состоянии здоровья (самочувствии);
- информировать медицинского работника до оказания Услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания Услуг.

## 6. ПРАВА СТОРОН

6.1. Исполнитель вправе:

6.1.1. Отказать в предоставлении Услуг Потребителям при:

- отсутствии сопроводительных документов, предусмотренных пунктом 4.4. настоящего договора;

- выявлении Исполнителем ненадлежащей подготовки к оказанию Услуг или ее отсутствия;

- нахождении Потребителя в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения, а также в случае если в его действиях содержится угроза здоровью или жизни персонала Исполнителя.

6.1.2. В случае возникновения неотложных состояний у Потребителя, осуществлять действия в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе принимать решение о медицинском вмешательстве в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.

6.2. Заказчик вправе:

6.2.1. Контролировать Исполнителя в рамках объемов и стоимости оказанных Услуг.

6.2.2. В любое время расторгнуть договор, оплатив Исполнителю фактические понесенные расходы, связанные с исполнением настоящего договора.

## 7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

7.1. Стороны несут ответственность за виновное неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. Исполнитель несет ответственность в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

7.3. Заказчик несет ответственность за просрочку оплаты Услуг в виде неустойки в размере 1/300 ставки рефинансирования Центрального Банка Российской Федерации, действующей на день оплаты, которая начисляется за каждый календарный день просрочки исполнения обязательств, начиная со дня, следующего после дня истечения установленного срока исполнения обязательства по договору. Просрочка платежа более 30 (тридцати) дней является основанием приостановления Исполнителем оказания Услуг Потребителям Заказчика до полного погашения задолженности.

7.4. Оплата неустойки не освобождает Заказчика от оплаты задолженности.

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

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

## 8. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА, ОСВОБОЖДАЮЩИЕ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

8.1. При возникновении обстоятельств непреодолимой силы (пожара, стихийных бедствий, военных действий, чрезвычайного положения, террористических актов, аварий коммуникаций и сетей, поломки медицинского оборудования, отсутствия на фармацевтическом рынке необходимых препаратов и расходных материалов), возникших после заключения договора и препятствующих исполнению договора, действие договора приостанавливается до прекращения данных обстоятельств.

8.2. Обязанность доказывания возникновения таких обстоятельств лежит на Стороне договора, исполнению обязательств которой препятствует возникновение данных обстоятельств.

## 9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

9.1. Договор вступает в действие с момента его подписания и действует по «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

## 10. ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

9.1. Условия договора могут быть изменены и (или) дополнены путем составления дополнительного соглашения, подписанного Сторонами.

9.2. Любая из Сторон вправе досрочно расторгнуть договор в одностороннем порядке в случае существенного нарушения условий договора другой стороной.

9.3. Сторона, заинтересованная в расторжении настоящего договора, обязана известить другую Сторону о его расторжении письменно не менее чем за 30 календарных дней до предполагаемой даты его расторжения.

9.4. В случае досрочного расторжения настоящего договора Стороны должны исполнить свои обязательства, возникшие до даты его расторжения.

9.5. В случае досрочного расторжения настоящего договора Стороны производят взаиморасчет в течение десяти дней с момента прекращения его действия. Окончательный расчет производится на основании акта сверки в течение одного месяца со дня окончания срока действия договора.

## 11. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

11.1. Подписавшем настоящим договором Заказчик подтверждает, что до заключения договора:

- проинформирован Исполнителем о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также о порядке, об объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, однако принял решение о самостоятельном обращении за получением Услуг;

- получил в доступной форме информацию об Услугах, а именно: порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении Услуг, а также информацию о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

- уведомлен, что Пациенты, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях;

- уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего Услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой Услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

11.2. Все документы, касающиеся настоящего договора, подписываются уполномоченными представителями Сторон. Документы, переданные посредством факсимильной связи, имеют юридическую силу при условии последующего направления оригиналов в течение 5 календарных дней почтовой связью.

11.3. Стороны обязуются в течении 3 (трех) дней уведомить друг друга об изменении своего юридического адреса, почтовых и банковских реквизитов.

11.4. Все споры, вытекающие из настоящего договора, решаются путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации по месту нахождения Исполнителя.

11.5. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

11.6. Приложения, являющиеся неотъемлемой частью настоящего договора:

Приложение № 1. Спецификация.

Приложение № 2 Направление или Список Потребителей Услуг.

Приложение № 3. Согласие пациента на обработку персональных данных.

Приложение № 4. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство Забор крови на определение антител к вирусу SARS-CoV-2.

## 12. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

### Исполнитель

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области  
«Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»)  
Адрес: 644024, г. Омск, ул. Ильинская, 9  
ИНН/КПП 5504001891/550401001  
ОГРН 1025500982847  
Получатель средств: УФК по Омской области  
(БУЗОО «КДЦ» л/с 006220148)  
Банк получателя: Отделение Омск Банка России//  
УФК по Омской области г. Омск  
БИК 015209001  
Казначейский счет (в поле р/счета): 03224643520000005201  
Единый казначейский счет (в поле кор/счета):  
40102810245370000044  
КБК 00600000000000000130  
сайт <https://okd-center.ru>  
телефоны: приемная 31-17-00; бухгалтерия 30-37-70;  
планово-экономический отдел 30-34-10  
(Свидетельство о государственной регистрации юридического  
лица серия 55 номер 001439548, выдано Инспекцией  
Министерства Российской Федерации по налогам и сборам № 2  
по Центральному административному округу г. Омска  
19.11.2002)  
Лицензия на осуществление медицинской деятельности  
№ ЛО-55-01-002389 от 27.08.2018 г.,  
срок действия - бессрочно,  
выдана Министерством здравоохранения Омской области  
(г. Омск, ул. Красный Путь, д. 6, т. 7-3812-233525)

### Должность Исполнителя

\_\_\_\_\_  
ФИО  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ год  
М.П.

### Заказчик

Наименование организации:  
Адрес:  
Иные адреса, на которые Исполнитель может направить  
ответ на письменное обращение: \_\_\_\_\_  
ИНН  
КПП  
ОГРН  
р/с  
к/с  
Наименование банка  
л/с  
БИК  
Телефон:

### Должность Заказчика

\_\_\_\_\_  
ФИО  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ год  
М.П.

**СПЕЦИФИКАЦИЯ**

№ п/п	Наименование Услуги	Цена Услуги, руб.	Количество	Стоимость, руб.
ИТОГО:				

**Исполнитель**

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области  
«Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»)

Должность Исполнителя

\_\_\_\_\_  
ФИО  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ год  
М.П.

**Заказчик**

Наименование организации:

Должность Заказчика

\_\_\_\_\_  
ФИО  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ год  
М.П.

Штамп  
направившего  
учреждения

Приложение № 2  
к договору № \_\_\_\_\_  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**НАПРАВЛЕНИЕ**  
в БУЗОО «Клинический диагностический центр»

1. Фамилия \_\_\_\_\_  
2. Имя, отчество \_\_\_\_\_ 3. Пол \_\_\_\_\_  
4. Дата рождения (число, месяц, год) \_\_\_\_\_  
5. Адрес: Район \_\_\_\_\_ город (село) \_\_\_\_\_  
ул. \_\_\_\_\_ д. \_\_\_\_\_ кор. \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_

Наименование медицинской услуги	Дата	Время	Кабинет

Должность заказчика \_\_\_\_\_ Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
М.П. \_\_\_\_\_ (подпись)

- Пациент (законный представитель пациента):  
Уведомлен, что исполнитель получает информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства (его законного представителя) в момент его обращения к Исполнителю. Необходимо полное соответствие указания пациента о том, что заказчику может быть передана информация, составляющая врачебную тайну, в информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство и в направлении.  
Согласен с передачей сведений о факте моего обращения (обращения моего представляемого) за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе заболевания, проведенных видах обследования и лечения и иных сведений, полученных при моем обследовании (обследовании моего представляемого) Заказчику, выдавшему данное направление.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
подпись пациента (представителя пациента)      расшифровка подписи

- При себе иметь паспорт

**СОГЛАСИЕ**  
на обработку персональных данных

Субъект персональных данных, \_\_\_\_\_  
(ФИО полностью)

(документ, удостоверяющий личность (свидетельство о рождении, паспорт) серия, номер, кем и когда выдан)

Зарегистрированный (-ая) по адресу \_\_\_\_\_

(место фактического проживания) \_\_\_\_\_

**В лице представителя субъекта персональных данных (заполняется в случае получения согласия от представителя субъекта персональных данных)**

(ФИО полностью)

(документ, удостоверяющий личность (паспорт) серия, номер, кем и когда выдан)

Зарегистрированный (-ая) по адресу \_\_\_\_\_

(место фактического проживания) \_\_\_\_\_

**Действующий от имени субъекта персональных данных на основании**

(указать реквизиты документа)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, даю свое согласие на обработку моих персональных данных.

**Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных:**

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области "Клинический диагностический центр"

Адрес места нахождения: \_\_\_\_\_

**Цель обработки персональных данных:** оказание медицинских услуг (в том числе в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза) и осуществление иных, связанных с этим мероприятий.

**Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных:** фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Социальном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация.

**Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных:** все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС), в том числе вправе обмениваться (принимать и передавать) персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС, иными организациями (в случаях, предусмотренных законом) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Я, согласен, не согласен (нужное подчеркнуть) на передачу в единую государственную систему в сфере здравоохранения медицинской документации и (или) сведений о состоянии здоровья гражданина в соответствии с пунктом 5.1 части 3 статьи 91.1. Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", постановлением Правительства РФ от 09.02.2022 № 140 "О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения" \_\_\_\_\_

(подпись)

**Срок, в течение которого действует согласие:** бессрочно.

**Способ отзыва согласия:** посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(ФИО)



**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство  
Забор крови на определение антител к вирусу SARS-CoV-2**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

"\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения,  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания: \_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, \_\_\_\_\_ паспорт \_\_\_\_\_,

выдан:

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство:

**Забор крови на определение антител к вирусу SARS-CoV-2**

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(ФИО медицинской сестры)

в доступной для меня форме разъяснены цели, метод проведения медицинского вмешательства, связанный с ним риск, последствия, в том числе вероятность развития осложнений.

Я предупрежден о том, что при выявлении у меня (или лица, законным представителем которого я являюсь) положительного результата антител IgM на COVID-19, сотрудниками БУЗОО «КДЦ» будет направлено экстренное извещение в Управление Роспотребнадзора по Омской области (ФЗ от 30.03.1999 № 52 «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», п.12.1 Санитарно-эпидемиологических правил 3.1/3.2.3146-13 «Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней», Постановление Правительства России от 31 января 2020 г. N 66 «О внесении изменений в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих»).

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства, или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

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

\_\_\_\_\_ (подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_ (подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

"\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)

Результаты исследования заберу лично на справочном при предъявлении паспорта \_\_\_\_\_  
(подпись)

прошу выдать указанному лицу при предъявлении  
паспорта \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

прошу сообщить на адрес электронной почты \_\_\_\_\_  
(заполнять разборчиво и ТОЛЬКО печатными буквами)

Подпись пациента/законного представителя \_\_\_\_\_

**Федеральный закон от 21.11.2011 N 323 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"**  
**Статья 20. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства.**

1. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Приказ МЗ РФ от 20 декабря 2012 г. N 1177н г. "Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства".

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень (Приказ МЗ и СР РФ от 23.04.2012г. № 390), и отказ от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, дается гражданином либо одним из родителей или иным законным представителем в отношении лиц, указанных в пункте 3 настоящего Порядка.

п.3. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень, дает один из родителей или иной законный представитель в отношении:

1) лица, не достигшего возраста, установленного частью 2 статьи 54 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446) (несовершеннолетнего, больного наркоманией, не достигшего возраста шестнадцати лет, и иного несовершеннолетнего, не достигшего возраста пятнадцати лет), или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;

п.4. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень, оформляется после выбора медицинской организации и врача при первом обращении в медицинскую организацию за предоставлением первичной медико-санитарной помощи.

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень, действительно в течение всего срока оказания первичной медико-санитарной помощи в выбранной медицинской организации.

Гражданин, один из родителей или иной законный представитель лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, имеет право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения (в том числе в случае, если было оформлено информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень), за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Согласно п.2 Постановления Правительства РФ от 27.03.2021года № 452 « Об обеспечении уведомления физических лиц о результатах исследований на наличие возбудителя новой коронавирусной инфекции (COVID-19) с использованием Федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций) и обмена информацией о результатах таких исследований», организациям осуществляющим исследования на наличие возбудителя новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции, на наличие антител к возбудителю новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (любым из методов), на наличие антител после вакцинации путем определения специальными тестами, при наличии согласия физического лица обеспечить передачу сведений о результатах таких исследований в федеральное бюджетное учреждение науки "Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии" Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Я, **согласен, не согласен**, на передачу результатов моего исследования \_\_\_\_\_ (подпись)  
(нужное подчеркнуть)

**ДОГОВОР**  
на предоставление платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_

г. Омск

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице должностного лица ФИО \_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_ с одной стороны, и Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «\_\_\_\_\_», именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_, с другой стороны, именуемые в дальнейшем совместно и каждый в отдельности «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

- 1.1. Исполнитель оказывает медицинские услуги в части проведения лабораторных исследований (далее - Услуги) третьим лицам (далее - Потребитель), направленным Заказчиком, а Заказчик оплачивает затраты, связанные с оказанием Услуг в порядке, предусмотренном настоящим договором.
- 1.2. Виды Услуг, количество и стоимость определяются спецификацией, являющейся неотъемлемой частью договора (Приложение № 1).
- 1.3. Стороны определяют представителей, уполномоченных для разрешения вопросов, возникающих в процессе исполнения договора:
- от Исполнителя: по вопросам оказания Услуг - заместитель главного врача по организационно-методической работе ФИО телефон:
  - по вопросам изменения, расторжения договора, а также финансовым вопросам - начальник планово-экономического отдела ФИО телефон:
  - от Заказчика: Должность ФИО телефон:

**2. СТОИМОСТЬ УСЛУГИ, СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ**

- 2.1. Стоимость Услуг составляет \_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_ копеек, НДС не облагается в соответствии с пп.2 п.2 ст.149 НК РФ и определяется согласно прейскуранту, действующему у Исполнителя (далее - Прейскурант). Прейскурант размещен на информационных стендах в помещениях Исполнителя и на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу <https://okd-center.ru>.
- 2.2. Оплата за фактически оказанные Услуги производится путем безналичного перечисления в течение 7 (Семи) рабочих дней с момента выставления реестра, счета-фактуры и акта оказанных услуг на бумажном носителе.
- 2.3. Реестр, указанный в подпункте 2.2. настоящего договора содержит следующую информацию:
- ФИО;
  - дату рождения;
  - дату оказания Услуги;
  - наименование Услуг в соответствии с Прейскурантом;
  - стоимость Услуги;
  - количество полученных Услуг;
  - итоговая сумма по всему реестру оказанных Услуг;
  - код заболевания по МКБ-10.

**3. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ УСЛУГИ**

- 3.1. Исполнитель в соответствии с лицензией оказывает первичную, в том числе доврачебную, врачебную и специализированную, медико-санитарную помощь; специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь; проводит медицинские осмотры, медицинские освидетельствования и медицинские экспертизы.
- 3.2. Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи предоставляется Потребителю перед оказанием Услуги медицинским работником, ее оказывающим.
- 3.3. Сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении Услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации размещены на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу <https://okd-center.ru>.
- 3.4. Исполнитель оказывает Услуги по настоящему Договору в помещениях Исполнителя по адресам:
- 644024, город Омск, улица Ильинская, дом 9;
  - 644015, город Омск, улица Суворова, дом 112.

**4. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ**

- 4.1. Исполнитель оказывает Услуги в соответствии с утвержденным главным врачом режимом работы Исполнителя.
- 4.2. Основанием для оказания Услуг Исполнителем является наличие:
- направления, подписанного ответственным лицом Заказчика (Приложение № 2);
  - предоставленного биоматериала Исполнителю.
- 4.3. Информация об оказанных Услугах предоставляется Исполнителем на бумажном носителе уполномоченному представителю Заказчика при наличии письменного согласия Потребителя.
- Информация об оказанных Услугах может предоставляться Заказчику в электронном виде по средствам защищенного канала связи VipNet при наличии письменного согласия Потребителя.
- 4.3. В случае возникновения форс-мажорных обстоятельств (неисправность (поломка) оборудования, нетрудоспособность медицинского работника, оказывающего Услугу и т.п.) срок оказания Услуг может быть перенесен Исполнителем по согласованию с Заказчиком и (или) Потребителем посредством телефонной связи, по номеру, указанному в разделе 12 настоящего договора.

**5. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

- 5.1. Исполнитель обязан:
- 5.1.1. Предоставить квалифицированную, качественную Услугу Потребителю, в соответствии с требованиями стандарта ГОСТ Р ИСО 15189-2015 «Лаборатории медицинские. Частное требование к качеству и компетентности».
- 5.1.2. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.
- 5.1.3. По окончании оказания Услуги выдать Заказчику медицинские документы (результат исследования) установленного образца о проведенном исследовании в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. Указанные медицинские документы

также подтверждают факт предоставления Исполнителем Потребителю Услуги и ее получение Потребителем.

5.1.4. Вести учет видов, сроков, объемов, стоимости оказанных Потребителю по направлению Заказчика Услуг, а также денежных средств, поступающих от Заказчика.

5.2. Заказчик обязан:

5.2.1. Обеспечить забор, хранение и доставку биоматериала в термоконтейнерах, в соответствии с требованиями преаналитического этапа лабораторных исследований.

5.2.1. Своевременно оплатить стоимость Услуг, оказанных Потребителем, в соответствии с условиями раздела 2 настоящего договора.

5.2.2. Получить по месту забора биоматериала письменное согласие Потребителя на Услугу и на получение Заказчиком информации об оказанной Услуге Потребителю (результат исследования).

5.2.4. Предоставить всю документацию на Потребителей и биоматериал в соответствии с пунктом 4.2. настоящего договора.

5.2.5. Проинформировать Потребителя о необходимости:

- выполнять требования, от которых зависит качественное предоставление Услуги;
- выполнять все медицинские указания, рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения, своевременно информировать медицинского работника об изменениях в состоянии здоровья (самочувствии);
- информировать медицинского работника до оказания Услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания Услуг.

## 6. ПРАВА СТОРОН

6.1. Исполнитель вправе отказать в предоставлении Услуг Потребителям при:

- отсутствии сопроводительных документов и (или) биоматериала, предусмотренных пунктом 4.2. настоящего договора;
- предоставлении биоматериала с нарушением требований преаналитического этапа лабораторных исследований.

6.2. Заказчик вправе:

6.2.1. Контролировать Исполнителя в рамках объемов и стоимости оказанных Услуг.

6.2.2. В любое время расторгнуть договор, оплатив Исполнителю фактические понесенные расходы, связанные с исполнением настоящего договора.

## 7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

7.2. Стороны несут ответственность за виновное неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7.3. Исполнитель несет ответственность в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

7.4. Заказчик несет ответственность за просрочку оплаты Услуг в виде неустойки в размере 1/300 ставки рефинансирования Центрального Банка Российской Федерации, действующей на день оплаты, которая начисляется за каждый календарный день просрочки исполнения обязательств, начиная со дня, следующего после дня истечения установленного срока исполнения обязательства по договору. Просрочка платежа более 30 (тридцати) дней является основанием приостановления Исполнителем оказания Услуг Потребителям Заказчика до полного погашения задолженности.

7.5. Оплата неустойки не освобождает Заказчика от оплаты задолженности.

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

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

## 8. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА, ОСВОБОЖДАЮЩИЕ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

8.1. При возникновении обстоятельств непреодолимой силы (пожара, стихийных бедствий, военных действий, чрезвычайного положения, террористических актов, аварий коммуникаций и сетей, поломки медицинского оборудования, отсутствия на фармацевтическом рынке необходимых препаратов и расходных материалов), возникших после заключения договора и препятствующих исполнению договора, действие договора приостанавливается до прекращения данных обстоятельств.

8.2. Обязанность доказывания возникновения таких обстоятельств лежит на Стороне договора, исполнению обязательства которой препятствует возникновение данных обстоятельств.

## 9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

9.2. Договор вступает в действие с момента его подписания и действует по «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

## 10. ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

9.1. Условия договора могут быть изменены и (или) дополнены путем составления дополнительного соглашения, подписанного Сторонами.

9.2. Любая из Сторон вправе досрочно расторгнуть договор в одностороннем порядке в случае существенного нарушения условий договора другой стороной.

9.3. Сторона, заинтересованная в расторжении настоящего договора, обязана известить другую Сторону о его расторжении письменно не менее чем за 30 календарных дней до предполагаемой даты его расторжения.

9.4. В случае досрочного расторжения настоящего договора Стороны должны исполнить свои обязательства, возникшие до даты его расторжения.

9.5. В случае досрочного расторжения настоящего договора Стороны производят взаиморасчет в течение десяти дней с момента прекращения его действия. Окончательный расчет производится на основании акта сверки в течение одного месяца со дня окончания срока действия договора.

## 11. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

11.1. Подписанием настоящего договора Заказчик подтверждает, что до заключения договора:

- проинформирован Исполнителем о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также о порядке, об объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, однако принял решение о самостоятельном обращении за получением Услуг;

- получил в доступной форме информацию об Услугах, а именно: порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении Услуг, а также информацию о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

- уведомлен, что Пациенты, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях;

- уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего Услуги), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой Услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

11.2. Все документы, касающиеся настоящего договора, подписываются уполномоченными представителями Сторон. Документы, переданные посредством факсимильной связи, имеют юридическую силу при условии последующего направления оригиналов в течение 5 календарных дней почтовой связью.

11.3. Стороны обязуются в течении 3 (трех) дней уведомить друг друга об изменении своего юридического адреса, почтовых и банковских реквизитов.

11.4. Все споры, вытекающие из настоящего договора, решаются путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации по месту нахождения Исполнителя.

11.5. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

11.6. Приложения, являющиеся неотъемлемой частью настоящего договора:

Приложение № 1. Спецификация.

Приложение № 2 Направление.

## 12. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

### Исполнитель

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области  
«Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»)  
Адрес: 644024, г. Омск, ул. Ильинская, 9  
ИНН/КПП 5504001891/550401001  
ОГРН 1025500982847  
Получатель средств: УФК по Омской области  
(БУЗОО «КДЦ» л/с 006220148)  
Банк получателя: Отделение Омск Банка России//  
УФК по Омской области г. Омск  
БИК 015209001  
Казначейский счет (в поле р/счета): 03224643520000005201  
Единый казначейский счет (в поле кор/счета):  
40102810245370000044  
КБК 00600000000000000130  
сайт <https://okd-center.ru>  
телефоны: приемная 31-17-00; бухгалтерия 30-37-70;  
планово-экономический отдел 30-34-10  
(Свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 55 номер 001439548, выдано Инспекцией  
Министерства Российской Федерации по налогам и сборам № 2  
по Центральному административному округу г. Омска  
19.11.2002)  
Лицензия на осуществление медицинской деятельности  
№ ЛО-55-01-002389 от 27.08.2018 г.,  
срок действия - бессрочно,  
выдана Министерством здравоохранения Омской области  
(г. Омск, ул. Красный Путь, д. 6, т. 7-3812-233525)

### Должность Исполнителя

\_\_\_\_\_  
ФИО  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ год  
М.П.

### Заказчик

Наименование организации:  
Адрес:  
Иные адреса, на которые Исполнитель может направить  
ответ на письменное обращение: \_\_\_\_\_  
ИНН  
КПП  
ОГРН  
р/с  
к/с  
Наименование банка  
л/с  
БИК  
Телефон:

### Должность Заказчика

\_\_\_\_\_  
ФИО  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ год  
М.П.

**СПЕЦИФИКАЦИЯ**

№ п/п	Наименование Услуги	Цена Услуги, руб.	Количество	Стоимость, руб.
ИТОГО:				

**Исполнитель**

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области  
«Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»)

**Должность Исполнителя**

\_\_\_\_\_ ФИО  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ год  
М.П.

**Заказчик**

Наименование организации:

**Должность Заказчика**

\_\_\_\_\_ ФИО  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ год  
М.П.

Штамп направившего  
учреждения

**НАПРАВЛЕНИЕ на обследование**

Договор с БУЗОО «КДЦ» № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_  
(полностью)

Пол \_\_\_\_\_ Дата рождения «\_\_» \_\_\_\_\_  
(муж/жен)

Адрес: Город (село) \_\_\_\_\_ Район \_\_\_\_\_

ул. \_\_\_\_\_ д. \_\_\_\_\_ корп. \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_

Направившее учреждение: \_

Контактный телефон: \_

Лабораторные исследования

Наименование исследования	Биоматериал*	Особые отметки

Примечание: ()

Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_

## ДОГОВОР

на предоставление платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_

г. Омск

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице должности, ФИО \_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_, с одной стороны, и Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «\_\_\_\_\_», именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_, с другой стороны, именуемые в дальнейшем совместно и каждый в отдельности «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1. Исполнитель оказывает медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам профилактики, диагностики и лечения, разрешенным на территории РФ (далее - Услуги), третьим лицам (далее - Потребитель), направленным Заказчиком, а Заказчик оплачивает затраты, связанные с оказанием Услуг в порядке, предусмотренном настоящим договором.
- 1.2. Виды Услуг, количество и стоимость определяются спецификацией, являющейся неотъемлемой частью договора (Приложение №1).
- 1.3. Стороны определяют представителей, уполномоченных для разрешения вопросов, возникающих в процессе исполнения договора:
- от Исполнителя:
  - по вопросам оказания Услуг – заместитель главного врача по организационно-методической работе ФИО телефон:
  - по вопросам изменения, расторжения договора, а также финансовым вопросам – начальник планово-экономического отдела ФИО телефон:
  - от Заказчика: Должность ФИО телефон.

### 2. СТОИМОСТЬ УСЛУГИ, СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

- 2.1. Стоимость Услуг составляет \_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_ копеек, НДС не облагается в соответствии с пп.2 п.2 ст.149 НК РФ и определяется согласно прейскуранту, действующему у Исполнителя (далее - Прейскурант). Прейскурант размещен на информационных стендах в помещениях Исполнителя и на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу <https://okd-center.ru>.
- 2.2. Оплата за фактически оказанные Услуги производится путем безналичного перечисления в течение 7 (Семи) рабочих дней с момента выставления реестра, счета-фактуры и акта оказанных услуг на бумажном носителе.
- 2.3. Реестр, указанный в подпункте 2.2. настоящего договора содержит следующую информацию:
- ФИО;
  - дату рождения;
  - дату оказания Услуги;
  - наименование Услуг в соответствии с Прейскурантом;
  - стоимость Услуги;
  - количество полученных Услуг;
  - итоговая сумма по всему реестру оказанных Услуг;
  - код заболевания по МКБ-10.

### 3. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ УСЛУГИ

- 3.1. Исполнитель в соответствии с лицензией оказывает первичную, в том числе доврачебную, врачебную и специализированную, медико-санитарную помощь; специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь; проводит медицинские осмотры, медицинские освидетельствования и медицинские экспертизы.
- 3.2. Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи предоставляется Потребителю перед оказанием Услуги медицинским работником, ее оказывающим.
- 3.3. Сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении Услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации размещены на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу <https://okd-center.ru>.
- 3.4. Исполнитель оказывает Услуги по настоящему Договору в помещениях Исполнителя по адресам:
- 644024, город Омск, улица Ильинская, дом 9;
  - 644015, город Омск, улица Суворова, дом 112.

### 4. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

- 4.1. Исполнитель оказывает Услуги в соответствии с утвержденным главным врачом режимом работы Исполнителя.
- 4.2. Предоставление Услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Потребителя на прием через контакт-центр Исполнителя по телефону: (3812) 39-04-50.
- 4.3. Дата, время, номер кабинета оказания Услуги указываются в маршрутном листе, выданном Потребителю в день оказания услуги.
- 4.4. Основанием для оказания Услуг Исполнителем является наличие от каждого Потребителя:
- направления, подписанного ответственным лицом Заказчика (Приложение № 2);
  - документа, удостоверяющего личность.
- 4.5. Информация об оказанных Услугах предоставляется Исполнителем на бумажном носителе.
- 4.6. В случае возникновения форс-мажорных обстоятельств (неисправность (поломка) оборудования, нетрудоспособность медицинского работника, оказывающего Услуги и т.п.) срок оказания Услуг может быть перенесен Исполнителем по согласованию с Заказчиком и (или) Потребителем посредством телефонной связи, по номеру, указанному в разделе 12 настоящего договора.

### 5. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 5.1. Исполнитель обязан:
- 5.1.1. Предоставить квалифицированную, качественную Услугу Потребителю, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.
- 5.1.2. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.
- 5.1.3. По окончании оказания Услуги выдать Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из



медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения Услуги, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении Услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы. Указанные медицинские документы также подтверждают факт предоставления Исполнителем Потребителю Услуги и ее получение Потребителем.

5.1.4. Вести учет видов, сроков, объемов, стоимости оказанных Потребителю по направлению Заказчика Услуг, а также денежных средств, поступающих от Заказчика.

5.2. Заказчик обязан:

5.2.1. Ознакомить Потребителей с условиями оказания Услуг и режимом работы Исполнителя, Правилами поведения пациентов в БУЗОО «КДЦ».

5.2.2. Предоставить всю документацию на Потребителей в соответствии с пунктом 4.4. настоящего договора.

5.2.3. Своевременно оплатить стоимость Услуг, оказанных Потребителям, в соответствии с условиями раздела 2 настоящего договора.

5.2.4. Проинформировать Потребителя о необходимости:

- выполнять требования, от которых зависит качественное предоставление Услуги;
- выполнять все медицинские указания, рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения, своевременно информировать медицинского работника об изменениях в состоянии здоровья (самочувствии);
- информировать медицинского работника до оказания Услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания Услуг.

## 6. ПРАВА СТОРОН

6.1. Исполнитель вправе:

6.1.1. Отказать в предоставлении Услуг Потребителям при:

- отсутствии сопроводительных документов, предусмотренных пунктом 4.4. настоящего договора;
- выявлении Исполнителем ненадлежащей подготовки к оказанию Услуг или ее отсутствия;
- нахождении Потребителя в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения, а также в случае если в его действиях содержится угроза здоровью или жизни персонала Исполнителя.

6.1.2. В случае возникновения неотложных состояний у Потребителя, осуществлять действия в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе принимать решение о медицинском вмешательстве в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.

6.2. Заказчик вправе:

6.2.1. Контролировать Исполнителя в рамках объемов и стоимости оказанных Услуг путем проведения медико-экономической экспертизы.

6.2.2. В любое время расторгнуть договор, оплатив Исполнителю фактические понесенные расходы, связанные с исполнением настоящего договора.

## 7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

7.1. Стороны несут ответственность за виновное неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. Исполнитель несет ответственность в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

7.3. Заказчик несет ответственность за просрочку оплаты Услуг в виде неустойки в размере 1/300 ставки рефинансирования Центрального Банка Российской Федерации, действующей на день оплаты, которая начисляется за каждый календарный день просрочки исполнения обязательств, начиная со дня, следующего после дня истечения установленного срока исполнения обязательства по договору. Просрочка платежа более 30 (тридцати) дней является основанием приостановления Исполнителем оказания Услуг Потребителям Заказчика до полного погашения задолженности.

7.4. Оплата неустойки не освобождает Заказчика от оплаты задолженности.

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

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

## 8. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА, ОСВОБОЖДАЮЩИЕ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

8.1. При возникновении обстоятельств непреодолимой силы (пожара, стихийных бедствий, военных действий, чрезвычайного положения, террористических актов, аварий коммуникаций и сетей, поломки медицинского оборудования, отсутствия на фармацевтическом рынке необходимых препаратов и расходных материалов), возникших после заключения договора и препятствующих исполнению договора, действие договора приостанавливается до прекращения данных обстоятельств.

8.2. Обязанность доказывания возникновения таких обстоятельств лежит на Стороне договора, выполнению обязательств которой препятствует возникновение данных обстоятельств.

## 9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

9.1. Договор вступает в действие с момента его подписания и действует по «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

## 10. ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

9.1. Условия договора могут быть изменены и (или) дополнены путем составления дополнительного соглашения, подписанного Сторонами.

9.2. Любая из Сторон вправе досрочно расторгнуть договор в одностороннем порядке в случае существенного нарушения условий договора другой стороной.

9.3. Сторона, заинтересованная в расторжении настоящего договора, обязана известить другую Сторону о его расторжении письменно не менее чем за 30 календарных дней до предполагаемой даты его расторжения.

9.4. В случае досрочного расторжения настоящего договора Стороны должны исполнить свои обязательства, возникшие до даты его расторжения.

9.5. В случае досрочного расторжения настоящего договора Стороны производят взаиморасчет в течение десяти дней с момента прекращения его действия. Окончательный расчет производится на основании акта сверки в течение одного месяца со дня окончания срока действия договора.

## 11. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

11.1. Подписанием настоящего договора Заказчик подтверждает, что до заключения договора:

- проинформирован Исполнителем о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также о порядке, об объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, однако принял решение о самостоятельном обращении за получением Услуг;

- получил в доступной форме информацию об Услугах, а именно: порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении Услуг, а также информацию о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательства, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

- уведомлен, что Пациенты, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях;

- уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего Услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой Услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

11.2. Все документы, касающиеся настоящего договора, подписываются уполномоченными представителями Сторон. Документы, переданные посредством факсимильной связи, имеют юридическую силу при условии последующего направления оригиналов в течение 5 календарных дней почтовой связью.

11.3. Стороны обязуются в течении 3 (трех) дней уведомить друг друга об изменении своего юридического адреса, почтовых и банковских реквизитов.

11.4. Все споры, вытекающие из настоящего договора, решаются путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации по месту нахождения Исполнителя.

11.5. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

11.6. Приложения, являющиеся неотъемлемой частью настоящего договора:

Приложение № 1. Спецификация.

Приложение № 2 Направление.

## 12. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

### Исполнитель

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области  
«Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»)

Адрес: 644024, г. Омск, ул. Ильинская, 9

ИНН/КПП 5504001891/550401001

ОГРН 1025500982847

Получатель средств: УФК по Омской области

(БУЗОО «КДЦ» л/с 006220148)

Банк получателя: Отделение Омск Банка России//

УФК по Омской области г. Омск

БИК 015209001

Казначейский счет (в поле р/счета): 03224643520000005201

Единый казначейский счет (в поле кор/счета):

40102810245370000044

КБК 00600000000000000130

сайт <https://okd-center.ru>

телефоны: приемная 31-17-00; бухгалтерия 30-37-70;

планово-экономический отдел 30-34-10

(Свидетельство о государственной регистрации юридического

лица серия 55 номер 001439548, выдано Инспекцией

Министерства Российской Федерации по налогам и сборам № 2

по Центральному административному округу г. Омска

19.11.2002)

Лицензия на осуществление медицинской деятельности

№ ЛО-55-01-002389 от 27.08.2018 г.,

срок действия - бессрочно,

выдана Министерством здравоохранения Омской области

(г. Омск, ул. Красный Путь, д. 6, т. 7-3812-233525)

### Должность Исполнителя

\_\_\_\_\_  
ФИО  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ год  
М.П.

### Заказчик

Наименование организации:

Адрес:

Иные адреса, на которые Исполнитель может направить  
ответ на письменное обращение: \_\_\_\_\_

ИНН

КПП

ОГРН

р/с

к/с

Наименование банка

л/с

БИК

Телефон:

### Должность Заказчика

\_\_\_\_\_  
ФИО  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ год  
М.П.

### СПЕЦИФИКАЦИЯ

№ п/п	Наименование Услуги	Цена Услуги, руб.	Количество	Стоимость, руб.
ИТОГО:				

**Исполнитель**

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области  
«Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»)

**Должность Исполнителя**

\_\_\_\_\_  
ФИО  
«\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ год  
М.П.

**Заказчик**

**Наименование организации:**

**Должность Заказчика**

\_\_\_\_\_  
ФИО  
«\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ год  
М.П.

Штамп  
направившего  
учреждения

Приложение № 2  
к договору № \_\_\_\_\_  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**НАПРАВЛЕНИЕ**  
в БУЗОО «Клинический диагностический центр»

1. Фамилия \_\_\_\_\_  
2. Имя, отчество \_\_\_\_\_ 3. Пол \_\_\_\_\_  
4. Дата рождения (число, месяц, год) \_\_\_\_\_  
5. Адрес: Район \_\_\_\_\_ город (село) \_\_\_\_\_  
ул. \_\_\_\_\_ д. \_\_\_\_\_ кор. \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_  
6. Работает / не работает \_\_\_\_\_  
7. Категория льготы \_\_\_\_\_

Метод и область исследования	Дата	Время	Кабинет

8. Направившее ЛПУ: \_\_\_\_\_  
9. Вид оплаты \_\_\_\_\_  
10. Предполагаемый диагноз \_\_\_\_\_  
11. Фамилия направившего врача \_\_\_\_\_  
Личная печать  
врача  
12. Примечание врача: \_\_\_\_\_

**ДОГОВОР**

на предоставление платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_

г. Омск

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»), именуемое в дальнейшем «МО-Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_, ФИО \_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_, с одной стороны, и \_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем «МО-Заказчик», в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_, с другой стороны, именуемые в дальнейшем совместно и каждый в отдельности «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

- 1.1. МО-Исполнитель оказывает лечебно-диагностические услуги (исследования) (далее - Услуги), третьим лицам, направленным МО-Заказчиком и имеющим на момент обращения в МО-Исполнителя направление от МО-Заказчика (далее - Потребители), находящимся на момент обращения на лечении в МО-Заказчика в условиях круглосуточного стационара и застрахованным за пределами Омской области. а Заказчик оплачивает затраты, связанные с оказанием Услуг в порядке, предусмотренном настоящим договором.
- 2.1. Виды Услуг определяются Тарифным соглашением в системе обязательного медицинского страхования Омской области на соответствующий календарный год (далее - Тарифное соглашение), действующим на территории Омской области на момент оказания Услуги.
- 1.2. Стороны определяют представителей, уполномоченных для разрешения вопросов, возникающих в процессе исполнения договора:
- от Исполнителя: по вопросам оказания Услуг – заместитель главного врача по организационно-методической работе ФИО телефон: \_\_\_\_\_; по вопросам изменения, расторжения договора, а также финансовым вопросам – начальник планово-экономического отдела ФИО телефон: \_\_\_\_\_;
  - от Заказчика: Должность ФИО телефон: \_\_\_\_\_.

**2. СТОИМОСТЬ УСЛУГИ, СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ**

- 2.1. Тарифы на Услуги, оказываемые Потребителям, определяются Тарифным соглашением, НДС не облагаются в соответствии с пп.2 п.2 ст.149 НК РФ.
- 2.2. Сумма договора является твердой на весь период его исполнения и составляет: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) копеек.
- 2.3. Оплата за фактически выполненные Услуги проводится не позднее 29 числа месяца, следующего за месяцем оказания Услуг на основании выставленного реестра, счета-фактуры и акта оказанных услуг.
- 2.4. Реестр, указанный в подпункте 2.3. настоящего договора содержит следующую информацию:
- ФИО;
  - дату рождения;
  - дату оказания Услуги;
  - наименование Услуг в соответствии с Тарифным соглашением;
  - стоимость Услуги;
  - количество полученных Услуг;
  - итоговую сумму по всему реестру оказанных Услуг;
  - код заболевания по МКБ-10.

**3. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ УСЛУГИ**

- 3.1. Исполнитель в соответствии с лицензией оказывает первичную, в том числе доврачебную, врачебную и специализированную, медико-санитарную помощь; специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь; проводит медицинские осмотры, медицинские освидетельствования и медицинские экспертизы.
- 3.2. Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи предоставляется Потребителю перед оказанием Услуги медицинским работником, ее оказывающим.
- 3.3. Сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении Услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации размещены на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу <https://okd-center.ru>.
- 3.4. Исполнитель оказывает Услуги по настоящему Договору в помещениях Исполнителя по адресам:
- 644024, город Омск, улица Ильинская, дом 9;
  - 644015, город Омск, улица Суворова, дом 112.

**4. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ**

- 4.1. Исполнитель оказывает Услуги в соответствии с утвержденным главным врачом режимом работы Исполнителя.
- 4.2. Предоставление Услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Потребителя на прием через контакт-центр Исполнителя по телефону: (3812) 39-04-50.
- 4.3. Дата, время, номер кабинета оказания Услуги указываются в маршрутном листе, выданном Потребителю в день оказания Услуги.
- 4.4. Основанием для оказания Услуг Исполнителем является наличие от каждого Потребителя:
- направления от МО-заказчика в МО-исполнителя, либо гарантийного письма с указанием видов Услуг, соответствующих Тарифному соглашению и даты госпитализации. Срок действия гарантийного письма соответствует периоду госпитализации;
  - документа, удостоверяющего личность.
- 4.5. Информация об оказанных Услугах предоставляется МО-Исполнителем на бумажном носителе уполномоченному представителю МО-Заказчика при наличии письменного согласия Потребителя. Информация об оказанных Услугах предоставляется МО-Заказчику в электронном виде при наличии письменного согласия Потребителя.
- 4.6. В случае возникновения форс-мажорных обстоятельств (неисправность (поломка) оборудования, нетрудоспособность медицинского работника, оказывающего Услугу и т.п.) срок оказания Услуг может быть перенесен Исполнителем по согласованию с Заказчиком и (или) Потребителем посредством телефонной связи, по номеру, указанному в разделе 12 настоящего договора.

**4. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

- 5.1. Исполнитель обязан:

5.1.1. Предоставить квалифицированную, качественную Услугу Потребителю, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

5.1.2. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

5.1.3. По окончании оказания Услуги выдать Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения Услуги, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении Услуги лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы. Указанные медицинские документы также подтверждают факт предоставления МО-Исполнителем Потребителю Услуги и ее получение Потребителем.

5.1.4. Вести учет видов, сроков, объемов, стоимости оказанных Потребителю по направлению МО-Заказчика Услуг, а также денежных средств, поступающих от МО-Заказчика.

5.2. Заказчик обязан:

5.2.1. Ознакомить Потребителей с условиями оказания Услуг и режимом работы Исполнителя, Правилами поведения пациентов в БУЗОО «КДЦ».

5.2.2. Предоставить всю документацию на Потребителей в соответствии с пунктом 4.4. настоящего договора, в том числе выдать Потребителям направления, установленного МО-Заказчиком образца, не подлежащие передаче другим лицам, на оказание Услуг в соответствии с Тарифным соглашением.

5.2.3. Своевременно оплатить стоимость Услуг, оказанных Потребителям, в соответствии с условиями раздела 2 настоящего договора.

5.2.4. Проинформировать Потребителя о необходимости:

- выполнять требования, от которых зависит качественное предоставление Услуги;
- выполнять все медицинские указания, рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения, своевременно информировать медицинского работника об изменениях в состоянии здоровья (самочувствии);
- информировать медицинского работника до оказания Услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания Услуг.

## 6. ПРАВА СТОРОН

6.1. Исполнитель вправе:

6.1.1. Отказать в предоставлении Услуг Потребителям при:

- отсутствии сопроводительных документов, предусмотренных пунктом 4.4. настоящего договора;
- выявлении Исполнителем ненадлежащей подготовки к оказанию Услуг или ее отсутствия;
- нахождении Потребителя в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения, а также в случае если в его действиях содержится угроза здоровью или жизни персонала МО-Исполнителя.

6.1.2. В случае возникновения неотложных состояний у Потребителя, осуществлять действия в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе принимать решение о медицинском вмешательстве в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.

6.2. Заказчик вправе:

6.2.1. Контролировать МО-Исполнителя в рамках объемов и стоимости оказанных Услуг путем проведения медико-экономической экспертизы.

6.2.2. В любое время расторгнуть договор, оплатив МО-Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением настоящего договора.

## 7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

7.1. Стороны несут ответственность за виновное неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. В случае оказания некачественных Услуг, подтвержденных результатами экспертизы, МО-Исполнитель обязуется оказать Потребителю повторные Услуги безвозмездно.

7.3. МО-Исполнитель несет ответственность в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

7.4. МО-Заказчик несет ответственность за просрочку оплаты Услуг в виде неустойки в размере 1/300 ставки рефинансирования Центрального Банка Российской Федерации, действующей на день оплаты, которая начисляется за каждый календарный день просрочки исполнения обязательств, начиная со дня, следующего после дня истечения установленного срока исполнения обязательства по договору. Просрочка платежа более 30 (тридцати) дней является основанием приостановления МО-Исполнителем оказания Услуг Потребителям МО-Заказчика до полного погашения задолженности.

7.5. Оплата неустойки не освобождает МО-Заказчика от оплаты задолженности.

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

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

## 8. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА, ОСВОБОЖДАЮЩИЕ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

8.1. При возникновении обстоятельства непреодолимой силы (пожара, стихийных бедствий, военных действий, чрезвычайного положения, террористических актов, аварий коммуникаций и сетей, поломки медицинского оборудования, отсутствия на фармацевтическом рынке необходимых препаратов и расходных материалов), возникших после заключения договора и препятствующих исполнению договора, действие договора приостанавливается до прекращения данных обстоятельств.

8.2. Обязанность доказывания возникновения таких обстоятельств лежит на Стороне договора, выполнению обязательства которой препятствует возникновение данных обстоятельств.

## 9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

9.1. Договор вступает в действие с момента его подписания и действует по «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

## 10. ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

9.1. Условия договора могут быть изменены и (или) дополнены путем составления дополнительного соглашения, подписанного Сторонами.

9.2. Любая из Сторон вправе досрочно расторгнуть договор в одностороннем порядке в случае существенного нарушения условий договора другой стороной.

9.3. Сторона, заинтересованная в расторжении настоящего договора, обязана известить другую Сторону о его расторжении письменно не менее чем за 30 календарных дней до предполагаемой даты его расторжения.

9.4. В случае досрочного расторжения настоящего договора Стороны должны исполнить свои обязательства, возникшие до даты его расторжения.

9.5. В случае досрочного расторжения настоящего договора Стороны производят взаиморасчет в течение десяти дней с момента прекращения его действия. Окончательный расчет производится на основании акта сверки в течение одного месяца со дня окончания срока действия договора.

## 11. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

11.1. Подписанием настоящего договора МО-Заказчик подтверждает, что до заключения договора:

- проинформирован МО-Исполнителем о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также о порядке, об объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, однако принял решение о самостоятельном обращении за получением Услуг;

- получил в доступной форме информацию об Услугах, а именно: порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении Услуг, а также информацию о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

- уведомлен, что Пациенты, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях;

- уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) МО-Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего Услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой Услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

11.2. Все документы, касающиеся настоящего договора, подписываются уполномоченными представителями Сторон. Документы, переданные посредством факсимильной связи, имеют юридическую силу при условии последующего направления оригиналов в течение 5 календарных дней почтовой связью.

11.3. Стороны обязуются в течение 3 (трех) дней уведомить друг друга об изменении своего юридического адреса, почтовых и банковских реквизитов.

11.4. Все споры, вытекающие из настоящего договора, решаются путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации по месту нахождения Исполнителя.

11.5. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

11.6. Приложение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора:

Приложение № 1. Образец направления.

## 12. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

### МО-Исполнитель

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области  
«Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»)

Адрес: 644024, г. Омск, ул. Ильинская, 9  
ИНН/КПП 5504001891/550401001  
ОГРН 1025500982847

Получатель средств: УФК по Омской области  
(БУЗОО «КДЦ» л/с 006220148)

Банк получателя: Отделение Омск Банка России//  
УФК по Омской области г. Омск  
БИК 015209001

Казначейский счет (в поле р/счета): 0322464352000005201

Единый казначейский счет (в поле кор/счета):  
40102810245370000044

КБК 00600000000000000130

сайт <https://okd-center.ru>

телефоны: приемная 31-17-00; бухгалтерия 30-37-70;

планово-экономический отдел 30-34-10

(Свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 55 номер 001439548, выдано Инспекцией

Министерства Российской Федерации по налогам и сборам № 2  
по Центральному административному округу г. Омска  
19.11.2002)

Лицензия на осуществление медицинской деятельности

№ ЛО-55-01-002389 от 27.08.2018 г.,

срок действия - бессрочно,

выдана Министерством здравоохранения Омской области

(г. Омск, ул. Красный Путь, д. 6, т. 7-3812-233525)

Должность Исполнителя

\_\_\_\_\_  
ФИО  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ год  
М.П.

### МО-Заказчик

Наименование организации:

Адрес:

Иные адреса, на которые Исполнитель может направить  
ответ на письменное обращение: \_\_\_\_\_

ИНН

КПП

ОГРН

р/с

к/с

Наименование банка

л/с

БИК

Телефон:

Должность МО-Заказчика

\_\_\_\_\_  
ФИО  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ год  
М.П.

**ДОГОВОР**  
на предоставление медицинских услуг  
по добровольному медицинскому страхованию № \_\_\_\_\_

г. Омск

« \_\_\_\_\_ » 20 \_\_\_\_ года

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице должность, ФИО \_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_ с одной стороны,

и \_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем «Заказчик», осуществляющее страховую деятельность на основании Лицензии на осуществление страхования \_\_\_\_\_ (Приложение № 1) в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_ с другой стороны, именуемые в дальнейшем совместно и каждый в отдельности «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

- 1.1. Исполнитель оказывает медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам профилактики, диагностики и лечения, разрешенным на территории РФ (далее - Услуги), лицам, застрахованным Заказчиком (далее - Застрахованные), направленным Заказчиком, а Заказчик оплачивает затраты, связанные с оказанием Услуг в порядке, предусмотренном настоящим договором.
- 1.2. Виды Услуг, их стоимость определяются Информацией о величине платы за оказание услуг (работ) (далее - Прейскурант), действующему у Исполнителя (Приложение № 2).
- 1.3. Стороны определяют представителей, уполномоченных для разрешения вопросов, возникающих в процессе исполнения договора:
- от Исполнителя: \_\_\_\_\_ по вопросам оказания Услуг - заместитель главного врача по организационно-методической работе ФИО телефон: \_\_\_\_\_ по вопросам изменения, расторжения договора, а также финансовым вопросам - начальник планово-экономического отдела ФИО телефон: \_\_\_\_\_
  - от Заказчика: Должность ФИО телефон: \_\_\_\_\_

**2. СТОИМОСТЬ УСЛУГИ, СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ**

- 2.1. Стоимость Услуг, оказываемых Застрахованным, определяются Прейскурантом (Приложение № 2), являющимся неотъемлемой частью настоящего договора. Цена Услуг НДС не облагается в соответствии с пп.2 п.2 ст.149 НК РФ.
- 2.2. Оплата за фактически оказанные Услуги производится путем безналичного перечисления в течение 7 (Семи) рабочих дней с момента выставления реестра, сформированного в соответствии с гарантийными письмами, счета-фактуры и акта оказанных услуг.
- 2.3. Реестр, указанный в подпункте 2.2. настоящего договора содержит следующую информацию:
- Ф.И.О.;
  - дата рождения;
  - дата обращения;
  - номер полиса ДМС;
  - наименование Услуги в соответствии с Прейскурантом;
  - стоимость Услуги;
  - количество полученных Услуг;
  - итоговая сумма по всему реестру оказанных Услуг;
  - код заболевания по МКБ-10.

**3. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ УСЛУГИ**

- 3.1. Исполнитель в соответствии с лицензией оказывает первичную, в том числе доврачебную, врачебную и специализированную, медико-санитарную помощь; специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь; проводит медицинские осмотры, медицинские освидетельствования и медицинские экспертизы.
- 3.2. Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи предоставляется Застрахованному перед оказанием Услуги медицинским работником, ее оказывающим.
- 3.3. Сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении Услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации размещены на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу <https://okd-center.ru>.
- 3.4. Исполнитель оказывает Услуги по настоящему Договору в помещениях Исполнителя по адресам:
- 644024, город Омск, улица Ильинская, дом 9;
  - 644015, город Омск, улица Суворова, дом 112.

**4. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ**

- 4.1. Исполнитель оказывает Услуги в соответствии с утвержденным главным врачом режимом работы Исполнителя.
- 4.2. Предоставление Услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Застрахованного на прием через контакт-центр Исполнителя по телефону: (3812) 39-04-50.
- 4.3. Дата, время, номер кабинета оказания Услуги указываются в маршрутном листе, выданном Застрахованному в день оказания услуги.
- 4.4. Основанием для оказания Услуг Исполнителем является наличие от каждого Застрахованного:
- направление в учреждение Исполнителя гарантийного письма с указанием видов Услуг в строгом соответствии с Прейскурантом (Приложение № 3). В гарантийном письме указывается предварительный диагноз по МКБ-10;
  - действующего полиса ДМС, оформленного в соответствии с образцом (Приложение № 4);
  - документа, удостоверяющий личность.
- 4.5. Информация об оказанных Услугах Застрахованному предоставляется Исполнителем на бумажном носителе и (или) в электронном виде.
- 4.6. В случае оказания Застрахованному Услуги, получение результата которой обусловлено долгосрочным технологическим процессом (лабораторные, патоморфологические исследования и др.) и на момент завершения исследования полис Застрахованного прекращает срок своего действия, днем оказания услуги считается день регистрации Застрахованного.
- 4.7. В случае возникновения форс-мажорных обстоятельств (неисправность (поломка) оборудования, нетрудоспособность медицинского работника, оказывающего Услугу и т.п.) срок оказания Услуг может быть перенесен Исполнителем по согласованию с Заказчиком и (или) Застрахованным посредством телефонной связи, по номеру, указанному в разделе 12 настоящего договора

**5. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

- 5.1. Исполнитель обязан:
- 5.1.1. Предоставить квалифицированную, качественную Услугу Потребителю, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи,



утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

5.1.2. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

5.1.3. По окончании оказания Услуги выдать Застрахованному медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения Услуги, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении Услуги лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы. Указанные медицинские документы также подтверждают факт предоставления Исполнителем Застрахованному Услуги и ее получение Застрахованным.

5.1.4. Вести учет видов, сроков, объемов, стоимости оказанных Застрахованному по направлению Заказчика Услуг, а также денежных средств, поступающих от Заказчика.

5.1.5. Письменно извещать Заказчика об изменении Прейскуранта цен на медицинские услуги не менее чем за 15 дней до предполагаемой даты их введения.

5.2. Заказчик обязан:

5.2.1. Ознакомить Застрахованных с условиями оказания Услуг и режимом работы Исполнителя, Правилами поведения пациентов в БУЗОО «КДЦ».

5.2.2. Предоставить всю документацию на Застрахованного в соответствии с пунктом 4.4. настоящего договора.

5.2.3. Своевременно оплатить стоимость Услуг, оказанных Застрахованным, в соответствии с условиями раздела 2 настоящего договора.

5.2.4. Проинформировать Застрахованных о необходимости:

- выполнять требования, от которых зависит качественное предоставление Услуг;

- выполнять все медицинские указания, рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения, своевременно информировать медицинского работника об изменениях в состоянии здоровья (самочувствии);

- информировать медицинского работника до оказания Услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания Услуг.

5.2.5. При возникновении случаев, требующих предоставления медицинской документации Застрахованного, предоставлять Исполнителю письменное согласие Застрахованного.

## 6. ПРАВА СТОРОН

6.1. Исполнитель вправе:

6.1.1. Отказать в предоставлении Услуг Застрахованному при:

- отсутствии сопроводительных документов, предусмотренных пунктом 4.4. настоящего договора;

- выявлении Исполнителем ненадлежащей подготовки к оказанию Услуг или ее отсутствия;

- нахождении Застрахованного в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения, а также в случае если в его действиях содержится угроза здоровью или жизни персонала Исполнителя.

6.1.2. Изменять Прейскурант на медицинские услуги.

6.2. Заказчик вправе:

6.2.1. Контролировать Исполнителя в рамках объема, сроков, качества и условий оказанных Услуг путем проведения медико-экономической экспертизы.

6.2.2. В любое время расторгнуть договор, оплатив Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением настоящего договора.

## 7. КОНТРОЛЬ

7.1. Медико-экономическая экспертиза производится Заказчиком, по согласованию с Исполнителем. Экспертиза производится в течение 30 (Тридцати) календарных дней со дня получения соответствующей документации по оказанным Услугам.

7.2. Результаты экспертизы оформляются в виде акта, заверенного представителями обеих Сторон.

7.3. В случае несогласия Исполнителя с заключением экспертизы, Стороны вправе создать Согласительную комиссию на паритетных началах с привлечением независимого эксперта.

7.4. Расходы по оплате работы эксперта несет Сторона, не в пользу, которой вынесено решение Согласительной комиссии.

7.5. Решение Согласительной комиссии может быть обжаловано в суде в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

## 8. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

8.1. Стороны несут ответственность за виновное неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

8.2. В случае оказания некачественных Услуг, подтвержденных результатами экспертизы, проведенной в соответствии с действующим законодательством, Исполнитель обязуется оказать Застрахованному повторные Услуги безвозмездно.

8.3. В случае причинения вреда Застрахованному в результате оказания Услуг, Исполнитель несет ответственность в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

8.4. Заказчик несет ответственность за просрочку оплаты Услуг в виде неустойки в размере 1/300 ставки рефинансирования Центрального Банка Российской Федерации, действующей на день оплаты, которая начисляется за каждый календарный день просрочки исполнения обязательств, начиная со дня, следующего после дня истечения установленного срока исполнения обязательства по договору. Просрочка платежа более 30 (тридцати) дней является основанием приостановления Исполнителем оказания Услуг, Застрахованным Заказчика до полного погашения задолженности.

8.5. Оплата неустойки не освобождает Заказчика от оплаты задолженности.

## 9. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА, ОСВОБОЖДАЮЩИЕ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

9.1. При возникновении обстоятельств непреодолимой силы (пожара, стихийных бедствий, военных действий, чрезвычайного положения, террористических актов, аварий коммуникаций и сетей, поломки медицинского оборудования, отсутствия на фармацевтическом рынке необходимых препаратов и расходных материалов), возникших после заключения договора и препятствующих исполнению договора, действие договора приостанавливается до прекращения данных обстоятельств.

9.2. Обязанность доказывания возникновения таких обстоятельств лежит на Стороне договора, выполнению обязательств которой препятствует возникновение данных обстоятельств.

## 10. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

10.1. Договор вступает в действие с момента его подписания и действует по «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

## 11. ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

11.1. Условия договора могут быть изменены и (или) дополнены путем составления дополнительного соглашения, подписанного Сторонами.

11.2. Любая из Сторон вправе досрочно расторгнуть договор в одностороннем порядке в случае существенного нарушения условий договора другой стороной.

11.3. Сторона, заинтересованная в расторжении настоящего договора, обязана известить другую Сторону о его расторжении письменно не менее чем за 30 календарных дней до предполагаемой даты его расторжения.

11.4. В случае досрочного расторжения настоящего договора Стороны должны исполнить свои обязательства, возникшие до даты его расторжения.

## 12. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

12.1. Подписанием настоящего договора Заказчик подтверждает, что до заключения договора:

- проинформирован Исполнителем о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также о порядке, об объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, однако принял решение о самостоятельном обращении за получением Услуг;

- получил в доступной форме информацию об Услугах, а именно: порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении Услуг, а также информацию о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательства, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

- уведомлен, что Пациенты, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях;

- уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего Услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой Услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения и срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Застрахованного.

12.2. Все документы, касающиеся настоящего договора, подписываются уполномоченными представителями Сторон. Документы, переданные посредством факсимильной связи, имеют юридическую силу при условии последующего направления оригиналов в течение 5 календарных дней почтовой связью.

12.3. Стороны обязуются в течение 3 (трех) дней уведомить друг друга об изменении своего юридического адреса, почтовых и банковских реквизитов.

12.4. Все споры, вытекающие из настоящего договора, решаются путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации по месту нахождения Исполнителя.

12.5. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

12.6. Приложение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора:

Приложение № 1. Копия лицензии Заказчика

Приложение № 2. Информация о величине платы за оказание услуг (работ) (Прейскурант).

Приложение № 3. Образец гарантийного письма.

Приложение № 4. Образец страхового медицинского полиса.

## 13. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

### Исполнитель

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области

«Клинический диагностический центр» (БУЗОО «КДЦ»)

Адрес: 644024, г. Омск, ул. Ильинская, 9

ИНН/КПП 5504001891/550401001

ОГРН 1025500982847

Получатель средств: УФК по Омской области

(БУЗОО «КДЦ» д/с 006220148)

Банк получателя: Отделение Омск Банка России//

УФК по Омской области г. Омск

БИК 015209001

Казначейский счет (в поле р/счета): 03224643520000005201

Единый казначейский счет (в поле кор/счета):

40102810245370000044

КБК 00600000000000000130

сайт <https://okd-center.ru>.

телефоны: приемная 31-17-00; бухгалтерия 30-37-70;

планово-экономический отдел 30-34-10

(Свидетельство о государственной регистрации юридического

лица серия 55 номер 001439548, выдано Инспекцией

Министерства Российской Федерации по налогам и сборам № 2

по Центральному административному округу г. Омска

19.11.2002)

Лицензия на осуществление медицинской деятельности

№ ЛО-55-01-002389 от 27.08.2018 г.,

срок действия - бессрочно,

выдана Министерством здравоохранения Омской области

(г. Омск, ул. Красный Путь, д. 6, т. 7-3812-233525)

Должность Исполнителя

\_\_\_\_\_  
ФИО  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ год  
М.П.

### Заказчик

Наименование организации:

Адрес:

Иные адреса, на которые Исполнитель может направить  
ответ на письменное обращение: \_\_\_\_\_

ИНН

КПП

ОГРН

р/с

к/с

Наименование банка

д/с

БИК

Телефон:

Должность Заказчика

\_\_\_\_\_  
ФИО  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ год  
М.П.