

## Договор на оказание платных немедицинских услуг № \_\_\_\_\_

г. Челябинск

Государственное автономное учреждение здравоохранения "Областная клиническая больница № 3" (лицензия на осуществление медицинской деятельности Л041-01024-74/00574956 от 13.10.2020г.(срок действия-бессрочно), выданная Министерством здравоохранения Челябинской области 454091, г. Челябинск, ул. Кирова, 165, телефон: +7 (351) 240-22-22 доб.143, 101), ОГРН 1027402332770, выдан Инспекцией Федеральной налоговой службой по Калининскому району г. Челябинска 14.02.2012г., именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице главного врача Вербитского Михаила Григорьевича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем "Заказчик", с другой стороны, вместе именуемые "Стороны" заключили настоящий договор о нижеследующем:

## 1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется по заданию Заказчика оказать платные немедицинские услуги (далее – Услуги) в соответствии со Спецификацией (Приложение №1 к договору, являющаяся его неотъемлемой частью) и ценой, определяемой действующим прейскурантом, а Заказчик обязуется оплатить их в порядке, установленном настоящим Договором.

1.2. Под Услугами в рамках настоящего Договора понимаются немедицинские бытовые и сервисные услуги, предоставляемые дополнительно при оказании медицинской помощи, не являющиеся обязательными при создании условий для оказания медицинской помощи и оказываемые на возмездной основе.

1.3. Срок предоставления немедицинских услуг: с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ гг.

1.4. Место оказания услуг: по месту нахождения Заказчика.

1.5. Предоставление услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Заказчика (законного представителя Заказчика), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, в случае, если такое согласие требуется в соответствии с действующим законодательством.

1.6. Подписав настоящий Договор, Заказчик подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему немедицинских услуг на платной основе.

## 2. Права и обязанности сторон

## 2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Качественно оказывать Заказчику немедицинские услуги, являющиеся предметом настоящего договора.

2.1.2. Оказывать услуги с надлежащим качеством, которое соответствует ТУ, ГОСТ, либо требованиям, обычно предъявляемым к услугам соответствующего вида.

2.1.3. Безвозмездно исправить по требованию Заказчика все выявленные недостатки в течение 5 дней.

2.1.4. Подписывать договор с использованием факсимиле.

## 2.2. Заказчик обязан:

2.2.1. Оплатить услуги по контракту.

2.2.2. По окончании работ подписать Акт об оказании услуг.

## 3. Стоимость услуг и порядок расчетов

3.1. Стоимость Услуги устанавливается действующим прейскурантом платных немедицинских услуг и составляет \_\_\_\_\_ руб. в т.ч. НДС

3.2. Расчеты за немедицинские услуги производятся Заказчиком в порядке 100% предварительной оплаты до получения услуг путем внесения наличных денежных средств через кассу Исполнителя или через платежный терминал, либо путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

## 4. Ответственность сторон. Форс-мажор.

4.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору в соответствии с нормами действующего законодательства Российской Федерации. Все споры и разногласия, возникшие в связи с исполнением настоящего Договора, Стороны обязуются решать путем переговоров. В случае недостижения согласия все споры разрешаются в Арбитражном суде Челябинской области.

4.2. Стороны освобождаются от ответственности за полное или частичное неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, если такое неисполнение явилось следствием действия обстоятельств непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях.

4.3. Сторона, неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств которой было связано с действием обстоятельств, указанных в пп.4.2. настоящего договора, обязана незамедлительно известить в письменном виде другую сторону об их действии. Действие таких обстоятельств должно быть подтверждено соответствующими компетентными органами.

## 5. Изменение и прекращение действия настоящего договора

5.1. Все изменения условий настоящего договора допустимы лишь при условии достижения взаимного согласия между его сторонами, оформленного в письменном виде и подписанного уполномоченными представителями сторон и являющегося неотъемлемой частью настоящего договора.

5.2. Настоящий договор может быть расторгнут в одностороннем порядке, в случае, если имеет место существенное нарушение условий настоящего договора одной из сторон. Существенным в рамках настоящего договора признается со стороны Заказчика - неисполнение обязательств, связанных с оплатой оказанных немедицинских услуг, нарушение режима пребывания, со стороны Исполнителя - неисполнение обязательств, связанных с оказанием немедицинских услуг.

## 6. Заключительные положения

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств. Договор составлен в двух экземплярах для каждой из сторон, имеющих одинаковую юридическую силу. По всем вопросам, не предусмотренным настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

## 7. Подписи сторон

Исполнитель:  
 ГАУЗ «Областная клиническая больница № 3»  
 454021, г. Челябинск, пр. Победы, д. 287  
 ОГРН 1027402332770, ВЫДАН Инспекцией Федеральной налоговой службой по Калининскому району г. Челябинска 14.02.2012 г.  
 ИНН 7447041747 КПП 744701001  
 р/с 40601810500003000001 в Отделении г. Челябинска БИК 047501001  
 Министерство финансов Челябинской области  
 (ГАУЗ «ОКБ № 3» д/с 30201607018ПЛ)

Заказчик:  
 ФИО \_\_\_\_\_  
 Паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_  
 Адрес \_\_\_\_\_  
 Телефон \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 М.Г. Вербитский

\_\_\_\_\_  
 подпись заказчика



**СОГЛАСИЕ ЗАКАЗЧИКА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, \_\_\_\_\_, проживающий(-ая) по адресу:  
 Паспорт серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_,  
 год рождения \_\_\_\_\_.

<b>Этот раздел бланка заполняется только на несовершеннолетних, либо недееспособных лиц</b>	
Я, _____ Ф.И.О полностью	
Проживающий (-ая) по адресу: _____	
паспорт серия _____ номер _____	выдан _____
(дата и название выдавшего органа)	
_____ года рождения, являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель и т.д.) ребенка или лица, признанного недееспособным	
Ф.И.О недееспособного полностью	

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие на обработку ГАУЗ «ОКБ № 3» (далее — Оператор) моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы). Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими (лица, законным представителем которого я являюсь) персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе самостоятельно обрабатывать либо передавать на обработку уполномоченным на то должностным лицам, заключившим соглашение о неразглашении персональных данных, мои (лица, законным представителем которого я являюсь) персональные данные посредством внесения их в информационные системы министерства здравоохранения Челябинской области, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, срок хранения моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты). Передача моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных иным лицам или иное их разглашение, кроме случаев, прямо предусмотренных настоящим согласием, может осуществляться только с моего письменного разрешения.

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

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

\_\_\_\_\_  
 подпись Заказчика (законного представителя)      расшифровка подписи

Дата Договора

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ НЕМЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Я, нижеподписавшийся(-аяся), \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ г.р.

(Ф.И.О. Заказчика или законного представителя, дата рождения, адрес)

настоящим подтверждаю, что руководствуясь законодательством об охране здоровья граждан, в соответствии с моей волей добровольно в соответствии с ФЗ от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", даю свое согласие на оказание платных услуг.

\_\_\_\_\_  
 подпись Заказчика (законного представителя)      расшифровка подписи

**АКТ**

сдачи-время работы(оказания услуг)

г. Челябинск

Государственное автономное учреждение здравоохранения "Областная клиническая больница № 3" (лицензия на осуществление медицинской деятельности Л041-01024-74/00574956 от 13.10.2020г., выданная Министерством здравоохранения Челябинской области 454091, г. Челябинск, ул. Кирова, 165, телефон: +7 (351) 240-22-22 доб.143, 101), ОГРН 1027402332770, выдан Инспекцией Федеральной налоговой службой по Калининскому району г. Челябинска 14.02.2012г., именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице главного врача Вербитского Михаила Григорьевича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем "Заказчик", с другой стороны, вместе именуемые «Стороны» заключили настоящий акт о том, что Исполнителем были выполнены работы (оказаны следующие услуги) по договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.  
 Работы (услуги) выполнены полностью и в срок. Заказчик по объему, качеству и срокам оказания услуг претензий не имеет.

**Исполнитель**  
 Главный врач  
 \_\_\_\_\_ /М.Г. Вербитский/

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