

## Уведомление потребителя

В соответствии с п. 24 Правил предоставления медицинскими организациями медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных услуг» медицинская организация ГАУЗ «ДГП №2» г. Казани, уведомляет потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, 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.

С уведомлением потребитель ознакомлен ДО ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА на оказание платных медицинских услуг.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2026 года

ФИО

подпись

## ДОГОВОР на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_

г. Казань

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2026 года

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Детская городская поликлиника №2» г. Казани (далее ГАУЗ «ДГП №2»), 420097, г. Казань, ул. Лейтенанта Шмидта, д.30, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Мазитова М.Р., действующего на основании Устава, лицензии на осуществление медицинской деятельности от 29.10.2019 № Л041-01181-16/00326676, выданной Министерством здравоохранения Республики Татарстан по адресу: 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д.40/11 тел.: (843) 222-70-98 (перечень работ (услуг) прилагается), Свидетельство о государственной регистрации юридического лица от 10.07.2016 №1031621000102, выданного Межрайонной инспекции Федеральной налоговой службы №18 Республики Татарстан одной стороны и

потребитель

(фамилия, имя, отчество ребенка)

именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель»,

заказчик

(фамилия, имя, отчество законного представителя)

именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик» (законный представитель) с другой стороны, далее по тексту договора, именуемые совместно «Стороны», заключен настоящий договор о нижеследующем

### 1. Предмет договора

1.1. Исполнитель на основании обращения и с добровольного согласия Потребителя (заказчика) обязуется оказать Потребителю (заказчику) платные медицинские услуги (в соответствии со ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.12.2025) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации") в объеме, согласованном Потребителем (заказчиком), который отражается в перечне платных медицинских услуг (Приложение №1 к настоящему договору), отвечающие требованиям к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации в соответствии в перечне видов медицинской деятельности, разрешенных лицензией Исполнителя, являющемся неотъемлемой частью настоящего договора, а Потребитель(заказчик) обязуется оплатить оказываемые Исполнителем услуги, стоимость которых определяется Прейскурантом Исполнителя, действующим на момент оказания услуг.

1.2. Потребитель (заказчик) подтверждает, что на момент подписания настоящего договора Исполнитель уведомил его в доступной форме о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Подписав настоящий договор, Потребитель (заказчик) добровольно согласился на оказание ему указанных в п. 2.1.1. Договора медицинских услуг на платной основе.

1.3. При заключении договора Потребителю (заказчику) предоставлена в доступной форме информация о платных медицинских услугах.

1.4. Виды медицинских услуг, предоставляемых Исполнителем, их стоимость, отражены в Прейскуранте цен на медицинские услуги. Потребитель (заказчик) подписывая настоящий договор, подтверждает, что ознакомлен с перечнем предоставляемых Исполнителем услуг, их стоимостью и условиями предоставления. Конкретный вид и объем медицинских услуг, оказываемому Потребителю, отдельные этапы лечения, диагностических видов исследования, отражены в перечне платных медицинских услуг (Приложение № 1 к настоящему договору).

1.5. Исполнитель оказывает услуги по месту осуществления деятельности по адресу: 420097, г. Казань, ул. Лейтенанта Шмидта, д.30, в соответствии с установленными правилами. Правила предоставления платных медицинских услуг и информация о лицах, оказывающих услуги, размещены в общедоступном формате на информационных стендах Исполнителя, а также на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (<https://zdrav.tatar.ru/detpol2kaz/about>). Подписывая настоящий договор, Потребитель тем самым подтверждает, что он с ними ознакомлен и согласен.

### 2. Права и обязанности Сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать Потребителю (заказчику) платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых платных медицинских услуг (Приложение №1, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора).

2.1.2. Выдать заключение с указанием результатов проведенных исследований и лечебных мероприятий.

2.1.3. Оказывать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим договором

2.1.4. Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему договору.

2.1.5. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, а также денежных средств, поступивших от Потребителя. Вести необходимую медицинскую документацию и выдавать Потребителю по письменному заявлению медицинские документы (их копии, заверенные в установленном действующим законодательством порядке) и выписки из них. Предоставление копий осуществляется в срок, не превышающий тридцати календарных дней со дня регистрации Исполнителем заявления Потребителя об их выдаче.

2.1.6. Немедленно известить Потребителя (заказчика) о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению объема оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

2.1.7. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя (заказчика). Без согласия Потребителя (заказчика) Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.8. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. При выявлении у Потребителя (заказчика) противопоказаний к проведению лечебных и диагностических мероприятий отказать в их проведении.

2.2.2. Требовать от Потребителя (заказчика) соблюдения графика прохождения процедур, режима при приеме лекарственных препаратов, назначений, рекомендаций специалистов, лечебно-охранительного режима, правил внутреннего распорядка лечебного учреждения, правил техники безопасности и пожарной безопасности.

2.2.3. Отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем (заказчиком) правил внутреннего распорядка лечебного учреждения, рекомендаций и назначений специалистов и нарушении режима работы учреждения.

2.2.4. Использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Потребителя (заказчика), достаточных для его идентификации

2.3. Потребитель (заказчик) обязуется:

2.3.1. Оплатить оказанные медицинские услуги согласно Прейскуранту в размере и сроки установленные в настоящем договоре.

2.3.2. Предоставить врачу до начала оказания медицинских услуг данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных в других лечебных учреждениях (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

2.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему договору.

2.3.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги, соблюдать Правила внутреннего распорядка учреждения, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

2.3.5. Согласовывать со специалистами оказывающими платные медицинские услуги употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей и пр.

2.4. Потребитель (заказчик) имеет право:

2.4.1. Получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями порядков оказания медицинской помощи, стандартов и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству медицинской помощи.

2.4.2. В доступной для него форме получить информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

2.4.3. Получать у Исполнителя для ознакомления любые данные, касающиеся протекания лечения, данные промежуточных обследований, результаты анализов, протоколы консилиумов и т.д.

### **3. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов**

3.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю (заказчику) согласно п. 2.1.1. настоящего договора, определяется в соответствии с действующим в учреждении Прейскурантом и составляет

Сумма прописью и цифрами

Стоимость медицинских услуг по настоящему договору остается неизменной в течение срока действия настоящего договора.

В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг согласно п. 2.1.8. настоящего договора их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного договора.

3.2. Расчеты между сторонами осуществляются в российских рублях наличными через кассу Исполнителя или перечислением денежных средств на расчетный счет Исполнителя в порядке 100% предоплаты до оказания платных медицинских услуг Потребителю (заказчику) в соответствии с законодательством РФ выдается документ, подтверждающий оплату мед. услуг (кассовый чек или иной бланк строгой отчетности)

3.3. Оплата медицинских услуг осуществляется \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество законного представителя)

3.4. При прекращении оказания медицинских услуг по инициативе Потребителя (заказчика). Потребитель (заказчик) обязуется оплатить Исполнителю фактически понесенные расходы.

### **4. Ответственность Сторон**

4.1. В случае предоставления Потребителю (заказчику) медицинской услуги ненадлежащего качества либо в ненадлежащий срок. Исполнитель несет ответственность в соответствии с Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей».

4.2. Потребитель (заказчик) имеет право требовать в установленном порядке от Исполнителя возмещения ущерба, нанесенного Потребителю (заказчику) по вине Исполнителя. Во всех остальных случаях, не предусмотренных настоящим договором, ответственность Сторон наступает в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.3. При неисполнении Потребителем (заказчиком) своих обязательств по настоящему договору Исполнитель не несет ответственности за качество предоставленных услуг.

4.4. В связи с тем, что медицинская услуга по своему содержанию предполагает вмешательство в биологические процессы, не подконтрольные в 100 % случаев воле человека, Исполнитель при надлежащем выполнении условий договора и правильном использовании достижений современной медицинской науки по объективным причинам не может гарантировать Потребителю (Заказчику) достижения положительного результата оказания услуг, о чем последний предупреждается путем внесения в договор данного пункта.

### **5. Конфиденциальность**

5.1 Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

### **6. Срок действия договора и условия прекращения договора.**

6.1. Настоящий договор считается заключенным с момента подписания Сторонами и прекращает действие с момента получения Пациентом услуги (подтверждением получения услуги является заключение по результатам консультативного приема, диагностического обследования, выписки из истории болезни или окончания срока стоматологического лечения).

6.2. Договор может быть прекращен до истечения срока выполнения Сторонами своих обязательств:

6.2.1. по письменному соглашению Сторон при этом Потребитель (заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы;

6.2.2. в одностороннем порядке по инициативе Потребителя (заказчика) путем подачи заявления на имя руководителя учреждения, при этом Потребитель (заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы;

6.2.3. В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует потребителя (заказчика) о расторжении договора по инициативе потребителя, при этом потребитель (заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

## 7. Прочие условия

7.1. Стороны обязуются решать все возникшие по настоящему договору споры и разногласия путем переговоров.

7.2. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

7.3. Заказчик дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

## 8. Адреса, реквизиты и подписи Сторон

### «Исполнитель»

ГАУЗ «Детская городская поликлиника №2»  
420097, г. Казань, ул. Лейтенанта Шмидта, д.30  
тел.: 236 78 96

Министерство финансов Республики Татарстан  
(ГАУЗ «ДГП№2», ЛАВ 45704027-ДетГПол2)

ИНН 1655026989 / КПП 165501001

р/с 03224643920000001146

к/с 40102810445370000079

ОКЦ №6 ВВГУ Банка России/УФК по Республике  
Татарстан, г. Казань  
БИК 019205400

Главный врач ГАУЗ «ДГП №2» г. Казани

Мазитов Марат Рафаэлевич

подпись

### «Потребитель»

фамилия, имя, отчество

число, месяц и год рождения

документ (указать паспорт или свидетельство о рождении)

свидетельство о рождении или паспортные данные (серия, номер, кем и когда выдан)

адрес места жительства (регистрации)

### «Заказчик» (законный представитель потребителя)

(фамилия, имя, отчество законного представителя)

число, месяц и год рождения

документ (указать паспорт)

паспортные данные (серия, номер, кем и когда выдан)

адрес места жительства (регистрации)

подпись

ФИО

Приложение №1 к Договору на оказание платных  
медицинских услуг от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2026 № \_\_\_\_\_

## ПЕРЕЧЕНЬ

### оказываемых Потребителю (заказчику) платных медицинских услуг

Артикул	Наименование услуги	Количество	Цена	Стоимость

(заполняется в соответствии с действующим Прейскурантом, утвержденным в ГАУЗ «ДГП№2» и в случае оказания стационарной помощи отражается в Планах лечения и (или) обследования, составляемом индивидуально для Потребителя (заказчика))

### «Исполнитель»

Главный врач ГАУЗ «ДГП №2» г. Казани

Мазитов Марат Рафаэлевич

подпись

### Потребитель (заказчик)

подпись

ФИО

## Информированное согласие об объеме и условиях оказываемых медицинских услуг

Я, \_\_\_\_\_  
фамилия, имя, отчество законного представителя

в рамках договора об оказании платных медицинских услуг от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2026 № \_\_\_\_\_ желаю получить платные медицинские услуги в ГАУЗ «ДГП№2», при этом мне разъяснено и мной осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников ГАУЗ «ДГП №2», полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных услуг, в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов(а) их оплатить.

2. Я ознакомлен (а) с видами перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность ГАУЗ «ДГП №2», в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности от 29.10.2019 № Л041-01181-16/00326676, выданной Министерством здравоохранения Республики Татарстан по адресу: 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д.40/11 тел.: (843) 222-70-98. Я проинформирован (а) о том, что данный перечень может быть мне предоставлен по моему требованию.

3. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько услуг в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности

4. Я согласен (а) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенных на территории Российской Федерации, ГАУЗ «ДГП №2», не несет ответственности за их возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен (а) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ГАУЗ «ДГП №2».

6. Мной добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды медицинских услуг, и согласен(а) их оплатить в соответствии с перечнем услуг (приложение №1 к договору от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2026 № \_\_\_\_\_).

7. Я ознакомлен (а) с действующим Прейскурантом и согласен(а) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.

8. Виды выбранных мной платных медицинских услуг согласованы с врачом и я даю свое согласие на их оплату в кассу (наличными)"

Сумма прописью и цифрами

9. Я проинформирован (а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в ГАУЗ «ДГП№2» платно.

10. Настоящее информированное согласие мной прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю свое согласие на их применение.

«Потребитель (заказчик)»: \_\_\_\_\_ сот. тел. \_\_\_\_\_

подпись

ФИО