

**ДОГОВОР № 6**  
**на оказание медицинской помощи**

г. Воронеж

«03» февраля 2017 г.

**Бюджетное учреждение здравоохранения Воронежской области «Воронежская городская клиническая поликлиника №1»**, именуемое в дальнейшем «Поликлиника», в лице главного врача Белозеровой Елены Владимировны, действующего на основании Устава, и **Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Воронежский государственный аграрный университет»**, именуемое в дальнейшем «Учебное заведение», в лице ректора Бухтоярова Николая Ивановича, действующего на основании Устава, с другой стороны, при совместном упоминании именуемые «сторонами», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. Предметом настоящего Договора является *оказание Поликлиникой медицинской помощи студентам очной формы обучения Учебного заведения* – далее по тексту именуемые «студенты».

1.2. Оказание медицинской помощи студентам от 18 лет и старше осуществляется на территории Поликлиники, расположенной по адресу: г. Воронеж, ул. Чайковского, д.8, г. Воронеж, ул. Тимирязева, д.23.

1.3. Оказание медицинский помощи студентам до 18 лет осуществляется на территории Поликлиники по адресам: г. Воронеж, ул. 20 лет ВЛКСМ, д. 59 (детская поликлиника корпус №1) и г. Воронеж, ул. Ломоносова, д. 114/э (детская поликлиника корпус №2).

**2. Обязанности сторон**

**2.1. Учебное заведение обязуется:**

2.1.1. Предоставить в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента подписания настоящего Договора в Поликлинику списки студентов.

Ежегодно предоставлять в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента начала учебного года в Поликлинику списки студентов.

2.1.2. Обеспечить наличие у студентов при поступлении в Учебное заведение медицинских справок ф.086-у и полисов обязательного (добровольного) медицинского страхования.

2.1.3. Информировать студентов о возможности выбрать Поликлинику в качестве медицинской организации для получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи согласно Приказа Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 №406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

2.1.4. Назначить сотрудника, ответственного за работу по медицинскому обслуживанию студентов, включая контроль за прохождением флюорографического обследования, и предоставить Поликлинике его контактные данные в течение 10 рабочих дней с момента подписания настоящего договора.

В случае смены ответственного сотрудника Учебное заведение обязуется сообщать соответствующие контактные данные Поликлинике в течение 3 (трех) рабочих дней с даты назначения по данному вопросу ответственного сотрудника.

**2.1.5. Обеспечить:**

- организацию и проведение ежегодного флюорографического обследования сотрудников Учебного заведения и студентов.

- требуемый санитарно-противоэпидемический режим в помещениях Учебного заведения.

**2.2. Поликлиника обязуется:**

2.2.1. Обеспечить Учебное заведение доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о местонахождении, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

2.2.2. Оказывать студентам, прикрепленным к Поликлинике, своевременную квалифицированную медицинскую помощь в условиях поликлиники и на дому, в том числе первичную медико-санитарную помощь, проводить профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию.

Сотрудничать при оказании услуг по настоящему Договору с иными медицинскими организациями и специалистами.

2.2.3. Осуществлять диспансерное наблюдение студентов, активное их лечение и оздоровление.

2.2.4. Направлять в установленном порядке на госпитализацию больных, нуждающихся в стационарном лечении.

2.2.5. Проводить экспертизу временной нетрудоспособности в соответствии с действующим законодательством.

2.2.6. Оказывать медицинскую помощь по реабилитации после перенесенных заболеваний в отделении восстановительного лечения.

2.2.7. Оказывать психологическую помощь в кризисных ситуациях в кабинете медико-социальной помощи и кризисных состояний.

2.2.8. Систематически проводить санитарно-просветительную работу.

2.2.9. Проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия в очагах эпидемических заболеваний и учебных корпусах.

### **3. Цена договора и порядок расчетов**

3.1. Медицинская помощь студентам – гражданам РФ в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на территории Воронежской области (ПГГ) предоставляется бесплатно.

3.2. Платно (согласно тарифам на платные медицинские услуги Поликлиники, утвержденным в установленном порядке) оказываются медицинские услуги:

- лицам, не имеющим полиса обязательного или добровольного медицинского страхования;

- при наличии полиса добровольного медицинского страхования – вне рамок программы страхования;

- лицам, застрахованным в системе обязательного медицинского страхования, прикрепленным к иным медицинским организациям (за исключением экстренной и неотложной медицинской помощи);

- лицам, застрахованным в системе обязательного медицинского страхования, прикрепленным к БУЗ ВО «ВГКП №1», в объемах, выходящих за рамки Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе:

  - медицинские осмотры в связи с занятиями физической культурой и спортом (кроме несовершеннолетних), включая справки для посещения плавательного бассейна;

  - профилактические медицинские осмотры при поступлении в учебные заведения и определении профессиональной пригодности (кроме несовершеннолетних), включая справки формы 086/у;

  - предварительные и периодические профилактические медицинские осмотры в рамках приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 12 апреля 2011 г. №302н "Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда", включая оформление медицинских книжек, справок для работы в строительных отрядах, справок для допуска к учебной практике;

  - медицинские осмотры для допуска к работе с использованием сведений, составляющих государственную тайну, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 августа 2011 г. N 989н "Об утверждении перечня медицинских противопоказаний для работы с использованием сведений, составляющих государственную тайну, порядка получения и формы справки об отсутствии медицинских противопоказаний для работы с использованием сведений, составляющих государственную тайну";

  - медицинские осмотры для получения справки для выезда за рубеж формы 082/у;

  - медицинские осмотры для получения справки формы 003-В/у об отсутствии противопоказаний к управлению транспортными средствами.

3.3. Медицинская помощь в экстренной и неотложной форме оказывается бесплатно всем пациентам.

#### **4. Ответственность сторон**

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.2. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора при возникновении форс-мажорных обстоятельств, таких как стихийные бедствия, массовые беспорядки, запретительные действия властей и иные непреодолимые препятствия.

4.3. Все споры, возникающие по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров, в случае не достижения – в установленном законодательством порядке.

#### **5. Срок действия договора**

5.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует по 31 декабря 2017 г. Если за 1 (один) месяц до окончания срока действия Договора ни одна из сторон письменно не уведомила другую о желании расторгнуть настоящий Договор, то он пролонгируется на новый срок с теми же условиями.

5.2. Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию сторон в письменной форме.

5.3. Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке по инициативе одной из сторон.

5.4. Сторона-инициатор досрочного расторжения Договора должна известить об этом другую сторону в письменной форме не позднее, чем за 5 (пять) рабочих дней до предполагаемого дня расторжения Договора.

#### **6. Заключительные условия**

6.1. Все изменения и дополнения к настоящему Договору действительны лишь в том случае, если они оформлены в письменной форме и подписаны обеими сторонами.

6.2. Любое уведомление, которое одна сторона направляет другой стороне в соответствии с Договором, направляется одним из следующих способов (за исключением сообщений (документов), для которых законом предусмотрен специальный способ направления):

6.2.1. с нарочным (курьерской доставкой). Факт получения документа должен подтверждаться распиской стороны в его получении;

6.2.2. заказным письмом с уведомлением о вручении;

6.2.3. электронной почтой;

6.2.4. факсом;

6.2.5. телеграммой.

Уведомление вступает в силу в день получения его лицом, которому оно адресовано, если иное не установлено законом, настоящим Договором или самим уведомлением.

6.3. Все уведомления должны направляться исключительно по адресу, который указан в разделе Договора «Адреса, реквизиты и подписи сторон».

6.4. В случае изменения наименования, юридического адреса или обслуживающего банка стороны обязаны в 10-дневный срок уведомить об этом друг друга.

6.5. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим Договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

6.6. Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

#### **7. Юридические адреса, банковские реквизиты и подписи сторон**

##### **Поликлиника:**

БУЗ ВО «Воронежская городская  
клиническая поликлиника № 1»  
Юридический адрес: 394036, г.  
Воронеж, проспект Революции, д.10  
Получатель ДФ ВО  
(БУЗ ВО «ВГКП №1», л/с 017055329)  
р/с 40601810820073000001

##### **Учебное заведение:**

Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего  
образования « Воронежский государственный  
аграрный университет»  
ИНН 3666031208/КПП0366601001  
УФК по Воронежской области  
(Отдел № 38 УФК по Воронежской области  
ФГБОУ ВО Воронежский ГАУ

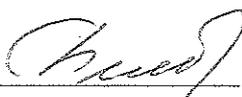
Отделение по Воронежской области  
Главного управления Центрального  
банка Российской Федерации по  
Центральному федеральному округу -  
Отделение Воронеж) БИК 042007001  
ИНН 3666031286 КПП 366601001  
Тел. +7 (473) 255-07-05  
ОКПО 35851705 ОКТМО 20701000  
ОКВЭД 86.21

Дата постановки на учет в налоговом  
оргane: 05.03.1993 г.

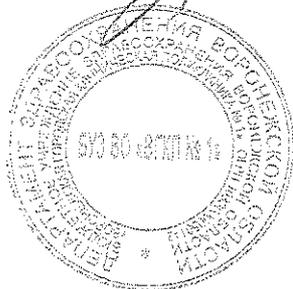
Эл. почта: gpl@med.vrn.ru

л/счет-20316У08160) ОТДЕЛЕНИЕ ВОРОНЕЖ  
г. ВОРОНЕЖ  
р/с 40501810920072000002  
БИК банка 042007001 ОКТМО 20701000

Главный врач

  
Е.В. Белозерова

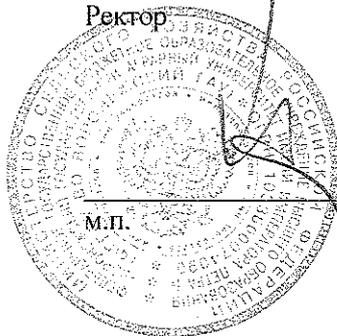
м.п.



Ректор

  
Н.И. Бухтояров

м.п.



**ПРИЛОЖЕНИЕ № 1**

к договору на оказание медицинских услуг

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_.

Главному врачу БУЗ ВО «Воронежская  
городская клиническая поликлиника № 1»  
Е.В. Белозеровой  
Адрес: 394036, г. Воронеж, проспект Революции, д.10  
тел./факс: 255-07-05

от \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

Наименование учебного заведения:

e-mail: \_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_

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

(заполняется собственноручно)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

о выборе медицинской организации

Я\*, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (дата рождения), \_\_\_\_\_ пол («ж» - женский, «м» - мужской), подтверждаю выбор бюджетного учреждения здравоохранения Воронежской области «Воронежская городская клиническая поликлиника №1» для получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Причина прикрепления (нужное подчеркнуть): выбор 1 раз в год/смена места жительства или места пребывания.

Полис ОМС: № \_\_\_\_\_, срок действия \_\_\_\_\_, наименование страховой медицинской организации: \_\_\_\_\_.

Гражданство: \_\_\_\_\_.

Место рождения: \_\_\_\_\_.

Адрес регистрации/временной регистрации: \_\_\_\_\_.

Дата регистрации/временной регистрации: \_\_\_\_\_ г.

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

Документ, удостоверяющий личность заявителя: паспорт/иной документ, в т.ч. временное удостоверение личности: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_ г., кем выдан \_\_\_\_\_.

Вид на жительство (при наличии): \_\_\_\_\_.

**Представитель заявителя (законный представитель/представитель по нотариальной доверенности):**

ФИО представителя \_\_\_\_\_.

Отношение к заявителю: \_\_\_\_\_.

Данные нотариальной доверенности (в случае подачи заявления представителем по нотариальной доверенности):

Дата выдачи доверенности « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г., серия \_\_\_\_\_.

Документ, удостоверяющий личность представителя заявителя: паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_ г., кем выдан \_\_\_\_\_.

Адрес регистрации/временной регистрации: \_\_\_\_\_.

Дата регистрации/временной регистрации: \_\_\_\_\_ г.

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

Контактный телефон представителя \_\_\_\_\_.

**Наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи настоящего заявления (при наличии):**

Подписанием настоящего заявления заявитель подтверждает, что при осуществлении выбора медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, ознакомлен с перечнем врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) или фельдшеров, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому

**Личная подпись заявителя**

\_\_\_\_\_

Подпись уполномоченного лица медицинской организации  
\* Примечание: Согласно Приказу Минздравразвития РФ от 26 апреля 2012 г. N 406н выбор или замена медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, осуществляется гражданами, достигшими совершеннолетия либо во достижения им совершеннолетия - его родителями или другими законными представителями.

**ПРИЛОЖЕНИЕ № 1**

**к договору на оказание медицинских услуг**

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_.

Главному врачу БУЗ ВО «Воронежская  
городская клиническая поликлиника № 1»  
Е.В. Белозеровой  
Адрес: 394036, г. Воронеж, проспект Революции, д.10  
тел./факс: 255-07-05  
от \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

Наименование учебного заведения: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_

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

(заполняется собственноручно)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о выборе медицинской организации**

Я\*, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (дата рождения), \_\_\_\_\_ пол («ж» - женский, «м» - мужской), подтверждаю выбор бюджетного учреждения здравоохранения Воронежской области «Воронежская городская клиническая поликлиника №1» для получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Причина прикрепления (нужное подчеркнуть): выбор 1 раз в год/смена места жительства или места пребывания.

Полис ОМС: № \_\_\_\_\_, срок действия \_\_\_\_\_, наименование страховой медицинской организации: \_\_\_\_\_.

Гражданство: \_\_\_\_\_.

Место рождения: \_\_\_\_\_.

Адрес регистрации/временной регистрации: \_\_\_\_\_.

Дата регистрации/временной регистрации: \_\_\_\_\_ г.

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

Документ, удостоверяющий личность заявителя: паспорт/иной документ, в т.ч. временное удостоверение личности: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_ г., кем выдан \_\_\_\_\_.

Вид на жительство (при наличии): \_\_\_\_\_.

**Представитель заявителя (законный представитель/представитель по нотариальной доверенности):**

ФИО представителя \_\_\_\_\_.

Отношение к заявителю: \_\_\_\_\_.

Данные нотариальной доверенности (в случае подачи заявления представителем по нотариальной доверенности):

Дата выдачи доверенности « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г., серия \_\_\_\_\_.

Документ, удостоверяющий личность представителя заявителя: паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_ г., кем выдан \_\_\_\_\_.

Адрес регистрации/временной регистрации: \_\_\_\_\_.

Дата регистрации/временной регистрации: \_\_\_\_\_ г.

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

Контактный телефон представителя \_\_\_\_\_.

**Наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи настоящего заявления (при наличии):**

Подписанием настоящего заявления заявитель подтверждает, что при осуществлении выбора медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, ознакомлен с перечнем врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) или фельдшеров, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому.

**Личная подпись заявителя**

Подпись уполномоченного лица медицинской организации

\* *Примечание: Согласно Приказу Минсоцразвития РФ от 26 апреля 2012 г. N 406н выбор или замена медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, осуществляется гражданами, достигшим совершеннолетия либо со достижения им совершеннолетия - его родителями или другими законными представителями.*