

ОБРАЗЕЦ

ДОГОВОР № ___
на оказание платных медицинских услуг

г.Сочи «___» _____ 20__ г.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 3 города Сочи» министерства здравоохранения Краснодарского края (ГБУЗ «Городская поликлиника № 3 г.Сочи» МЗ КК), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Демьяновой Ирины Викторовны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин(ка) _____ или его законный представитель _____, именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется оказать следующие платные медицинские услуги: _____

1.2. Перечень и стоимость услуг, предоставляемую Заказчику, указаны в прейскуранте Исполнителя, действующем на дату составления настоящего договора/

1.3. При исполнении настоящего договора стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации и Краснодарского края.

2. Условия и порядок оказания услуг

2.1. Услуги Заказчику оказываются в соответствии с режимом работы Исполнителя, который доводится до сведения Заказчика при заключении договора.

2.2. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг, не предусмотренных пунктом 1.1. настоящего договора, они оформляются дополнительным соглашением к настоящему договору и оплачиваются Заказчиком согласно прейскуранту.

2.3. В случае необходимости привлечения третьих лиц для оказания медицинских услуг Заказчику Исполнитель обязан привлекать третьих лиц, обладающих необходимыми разрешениями на оказание соответствующих медицинских услуг, а также обладающих необходимыми знаниями и квалификацией.

При привлечении третьих лиц для оказания медицинских услуг Заказчику Исполнитель обязан довести до сведения Заказчика всю необходимую информацию о третьем лице, а также информацию о времени и месте оказания Заказчику данных медицинских услуг.

3. Порядок расчета

3.1. Стоимость оказываемых Заказчику услуг согласно прейскуранту составляет _____ руб.

3.2. Оплата Заказчиком производится наличным платежом в кассу или по безналичному расчету на счет Исполнителя до предоставления медицинской услуги (предоплата).

3.3. При оплате наличным платежом в кассу Исполнитель обязан выдать Заказчику кассовый чек, подтверждающие прием наличных денег

4. Права и обязанности сторон

4.1. Исполнитель обязан:

4.1.1. своевременно и качественно оказать Заказчику медицинские услуги в установленный договором срок;

4.1.2. предоставить Заказчику доступную для его понимания достоверную информацию о предоставляемых услугах до подписания договора;

4.1.3. при оказании медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические

препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке;

4.1.4. обеспечить Заказчика в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о разрешении (лицензии) на медицинскую деятельность, о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг, их стоимости, условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов;

4.1.5. обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию медицинских услуг силами собственных специалистов или сотрудников медицинских учреждений, имеющих с Исполнителем договорные отношения;

4.1.6. вести установленную законодательством медицинскую документацию, а также учет видов, объемов и стоимости оказываемых Заказчику услуг;

4.1.7. обеспечить Заказчику непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию Заказчика или его представителя копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья Заказчика;

4.1.8. хранить в тайне информацию, содержащуюся в медицинской документации Заказчика, и предоставлять ее без согласия Заказчика в установленных законом случаях, а также лицам, указанным Заказчиком в пункте 5.8 настоящего договора.

4.2. Исполнитель имеет право:

4.2.1. требовать от Заказчика предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему медицинских услуг;

4.2.2. привлекать для оказания Заказчику медицинских услуг третьих лиц;

4.2.3. в случае возникновения потенциальной угрозы жизни и здоровью Заказчика, а также в иных неотложных ситуациях, действуя в условиях крайней необходимости, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной договором;

4.2.4. в случае невозможности оказания услуги отказаться от исполнения обязательств по договору при условии возврата Заказчику стоимости оплаченной услуги.

4.2.5. требовать от Заказчика полной оплаты оказанных услуг.

4.3. Заказчик обязан:

4.3.1. своевременно оплатить стоимость услуги;

4.3.2. сообщить Исполнителю сведения, необходимые для качественного исполнения услуги (реакция на медикаменты, перенесенные заболевания и пр.);

4.3.3. соблюдать в полном объеме правила и условия получения медицинской услуги, установленные Заказчиком, неукоснительно соблюдать рекомендации врачей;

4.3.4. своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Заказчиком условий договора, а также о необходимости изменения назначенного Заказчику времени получения медицинской услуги.

4.4. Заказчик имеет право:

4.4.1. получать от Исполнителя полную, доступную для понимания, своевременную информацию о получаемой медицинской услуге;

4.4.2. отказаться от получения услуги на любом этапе и получить оплаченную сумму с возмещением Исполнителю фактически понесенных затрат.

5. Информация о предоставляемой услуге

5.1. Исполнитель имеет лицензию на медицинскую деятельность ЛО-23-01-014629 от 07.07.2020г., выданную Министерством здравоохранения Краснодарского края: г.Краснодар, ул. Коммунаров, 276.

Тел. 8(861) 992-52-91.

5.2. Заказчик уведомлен о том, что данный вид медицинской услуги не входит (входит) в Территориальную программу государственных гарантий и не финансируется (финансируется) из средств бюджета или обязательного медицинского страхования, Я (ФИО пациента) _____

информирован(а) об альтернативной возможности получения медицинской помощи за счет бюджетных средств, а также о правилах оказания данных видов помощи в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в ГБУЗ «Городская поликлиника № 3 г.Сочи» МЗ КК. Я отказываюсь от предоставления медицинской помощи за счет государственных средств и подтверждаю свое желание на получение платных медицинских услуг в ГБУЗ «Городская поликлиника № 3 г.Сочи» МЗ КК с момента начала предоставления медицинской услуги до момента ее окончания. Подпись _____

5.3. Перед оказанием медицинской услуги врач обследует Заказчика и устанавливает отсутствие противопоказаний.

5.4. Началом предоставления медицинской услуги считается первичный осмотр и обследование

5.5. Продолжительность услуги: _____ дней (часов).

5.6. Лечение производит врач (врачи) в соответствии с утвержденным перечнем лиц, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг.

5.8. Заказчик дает разрешение на предоставление информации о состоянии своего здоровья, результатах обследования и лечения следующим лицам (Ф.И.О.): _____

5.9. Заказчик дает согласие на получение информации о своем здоровье лично (отказывается от получения информации). При отказе - эти сведения сообщить: (Ф.И.О.): _____

5.10. Заказчику по его требованию выдается листок нетрудоспособности в случаях, предусмотренных действующими нормативными актами.

5.11. Заказчик информирован:

5.11.1. О возможных (но не обязательных) осложнениях медицинской услуги, которые могут причинить вред здоровью: _____

В случае возникновения осложнений "Исполнитель" предпринимает действия, направленные на устранение их последствий без дополнительной оплаты.

5.11.2. О несовершенстве медицинской науки и практики и невозможности в связи с этим гарантировать ожидаемые результаты лечения.

5.12. В случае оказания услуги, связанной с медицинским вмешательством, Исполнитель обязан до начала оказания услуги получить информированное добровольное согласие Заказчика.

6. Ответственность сторон

6.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Исполнителем условий договора Заказчик вправе по своему выбору потребовать:

6.1.1. Назначения нового срока оказания услуги;

6.1.2. Уменьшения стоимости предоставленной услуги;

6.1.3. Исполнения услуги другим специалистом;

6.1.4. Расторжения договора и возмещения убытков, в том числе понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги, если это необходимо, в других медицинских учреждениях.

6.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

7. Срок действия договора, порядок его расторжения

7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до исполнения обязательств сторонами.

7.2. Условия договора могут быть изменены по соглашению сторон путем оформления в письменной форме дополнений, являющихся неотъемлемой частью договора.

7.3. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

8. Прочие условия

8.1. Споры и разногласия, возникающие в процессе исполнения данного договора, разрешаются путем переговоров, а в случае не достижения согласия – в судебном порядке.

8.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой стороны.

Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:

Заказчик:

Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения «Городская поликлиника №
3 города Сочи» министерства

здравоохранения Краснодарского края
354024, г. Сочи, ул. Мацестинская, 9
ИНН 2319007950, КПП 231901001

ОГРН 1022302833706

(Минфин КК (ГБУЗ «ГП №3 г.Сочи» МЗ КК),
лицевой счет 828.52.757.0)

Банк получателя: Южное ГУ Банка
России//УФК по Краснодарскому краю
г.Краснодар

БИК ТОФК 010349101

Единый казначейский счет:
40102810945370000010

Казначейский счет 03224643030000001800

Главный врач _____ И.В. Демьянова
м.п.

Ф.И.О. _____

Документ, удостоверяющий личность
(серия, номер, кем и когда
выдан) _____

Адрес _____

Тел. _____

Подпись _____ / _____ /