

Договор на оказание платных медицинских услуг № _____

« _____ » _____ 20 ____ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Подольская городская клиническая больница № 3», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Черногоровой Марины Викторовны, действующего на основании Устава (Лицензия на осуществление медицинской деятельности ЛО-50-01006246 бессрочная, от 29.01.2015 г., выдана Министерством Здравоохранения МО, бульвар Строителей, д. 1, г. Красногорск, МО, +7 498 602-03-01), с одной стороны, и гражданин (ка), именуемый в дальнейшем «Пациент», фамилия _____ имя _____ отчество _____ адрес _____, телефон _____,

с другой стороны, заключили настоящий договор об оказании платных медицинских услуг:

1. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором

Медицинская услуга: Услуга комиссии (название) _____

Терапевт	Офтальмолог
Хирург	Гинеколог
Невропатолог	ЛОР
Флюорография	ЭКГ
Анализ крови клинический	Анализ крови биохимический (сахар)
Забор крови	

2. Стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок оплаты

2.1. Стоимость медицинской услуги согласно прейскуранту составляет всего _____ рублей. При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ, не предусмотренных договором, они выполняются с письменного согласия «Пациента» с оплатой по утвержденному прейскуранту с оформлением дополнительного соглашения к договору.

2.2. Срок оказания медицинской услуги – 30 рабочих дней с момента оплаты услуги. Порядок оплаты – через кассу «Исполнителя» до оказания услуги. «Пациенту» после оплаты выдается кассовый чек. Условия предоставления платных медицинских услуг устанавливаются в соответствии с законодательством РФ и приказом по учреждению.

3. Права и обязанности сторон

3.1. «Исполнитель обязан»:

- предоставить «Пациенту» достоверную, доступную информацию о предоставляемой услуге;
- оказать «Пациенту» квалифицированную, качественную медицинскую помощь в установленные договором сроки.

3.2. «Исполнитель» имеет право в случае возникновения неотложных состояний, угрожающих жизни «Пациента», самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для устранения угрозы жизни, в том числе и не предусмотренных договором.

3.3. «Пациент» обязан:

- информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;
- своевременно оплатить стоимость услуги;
- точно выполнять назначения врача.

3.4. «Пациент» имеет право:

- на предоставление ему достоверной, доступной информации о медицинской услуге;
- на возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания услуги;
- отказаться от получения медицинской услуги и получить обратно оплаченную сумму с возмещением «Исполнителю» затрат, связанных с подготовкой оказания услуги.

4. Ответственность сторон

4.1. В случае ненадлежащего оказания услуги «Пациент» вправе по своему выбору:

- перенести время оказания услуги, при условии согласования нового времени с «Исполнителем»;
- потребовать исполнения услуги другим специалистом;
- расторгнуть договор и потребовать возмещения убытков в установленном порядке.

4.2. «Исполнитель» освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору, если это произошло вследствие нарушения пациентом своих обязанностей, или действия непреодолимой силы, или по другим основаниям, предусмотренным законодательством.

4.2. «Пациент» возмещает медицинскому учреждению понесенные убытки, если оно не смогло оказать услугу или было вынуждено прекратить ее оказание по вине или желанию «Пациента».

4.3. Стороны несут ответственность за выполнение настоящего договора в соответствии с действующим законодательством РФ.

5. Порядок расторжения договора

5.1. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

6. Прочие условия

6.1. Договор заключается в 2 экземплярах, имеющих равную юридическую силу.

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

6.3. Споры и разногласия решаются путем переговоров, независимой экспертизы и в судебном порядке.

7. Реквизиты сторон

ГБУЗ МО «Подольская городская клиническая больница № 3» E-mail: podolskgn3@yandex.ru, ОКПО 05161274, ОГРН 1035007209555 (МИФНС №5 по Московской области), ИНН/КПП 5036013556/503601001 Адрес: 142105, г. Подольск, ул. Литейная, д. 40 тел. 8(4967)69-91-70	«Пациент» данные паспорта: № _____, серия _____, выдан _____ « _____ » _____ года, Фамилия _____ имя _____ отчество _____
---	---

8. Подписи сторон

«Исполнитель»

«Пациент»

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство и обработку персональных данных**

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)
« _____ » _____ г. рождения,

проживающий по адресу: _____
даю информированное добровольное согласие на
1. медицинское вмешательство, предложенное мне, медицинское вмешательство (диспансеризацию, профилактический медицинский осмотр)

(наименование вида медицинского вмешательства)

необходимое для оказания медицинской помощи в связи с имеющимся заболеванием (состоянием), осуществляемое в **ГБУЗ МО «Подольская городская клиническая больница № 3»**
Медицинским работником _____ (должность, Ф.И.О. лечащего медицинского работника, участвующего в оказании медицинской помощи) 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 определенного вида медицинского вмешательства или потребовать его 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».

2. обработку персональных данных в рамках Федерального закона Российской Федерации от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»

_____ (подпись) (Ф.И.О. гражданина)

_____ (подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

« _____ » _____ г.
(дата оформления)