|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ДОГОВОР №** | | | | | | | | | | |
| **на оказание платных медицинских услуг** | | | | | | | | | | |
| г. Оренбург «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 г | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Государственное автономное учреждение здравоохранения «Оренбургская районная больница», (ОГРН 1035605504681, внесение записи 31.01.2003 г. Инспекцией Министерства РФ по налогам и сборам Ленинского района г. Оренбурга), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице заместителя главного врача по амбулаторно-поликлинической работе Головко Юлии Александровны, действующего на основании Приказа №0763-15 от 03.09.2015г, лицензии на медицинскую деятельность №ЛО-56-01-002498 от 15.05.2019 г., с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем: | | | | | | | | | | |
| **1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ** | | | | | | | | | | |
| 1.1. Исполнитель обязуется оказать платные медицинские услуги Пациенту, а Пациент обязуется принять и оплатить услуги на условиях настоящего Договора. | | | | | | | | | | |
| 1.2. Перечень платных услуг предоставляемых в соответствии с договором: | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| № ПП | Наименование услуг | | | | Количество услуг | | Цена одной услуги, руб. | | Стоимость медицинской услуги, руб. | |
|  |  | | | |  | |  | |  | |
|  |  | | | |  | |  | |  | |
|  |  | | | |  | |  | |  | |
|  |  | | | |  | |  | |  | |
|  |  | | | |  | |  | |  | |
|  |  | | | |  | |  | |  | |
|  |  | | | |  | |  | |  | |
|  |  | | | |  | |  | |  | |
|  |  | | | |  | |  | |  | |
|  |  | | | |  | |  | |  | |
| Всего |  | | | | | | | |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.3. Общая сумма договора составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Сумма прописью: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | | | | | | | | | | |
| 1.4. Пациент оплачивает услуги на условиях 100% предоплаты путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя. | | | | | | | | | | |
| 1.5. В случае увеличения в процессе оказания медицинских услуг их объема или стоимости Пациент обязуется доплатить необходимую сумму в течение 2 дней с даты получения соответствующего счета. | | | | | | | | | | |
| 1.6. Срок оказания медицинских услуг 5 рабочих дней. | | | | | | | | | | |
| **2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН** | | | | | | | | | | |
| 2.1. Исполнитель обязуется: | | | | | | | | | | |
| 2.1.1. Оказать Пациенту медицинские услуги, соответствующие санитарно-гигиеническим требованиям условия. | | | | | | | | | | |
| 2.1.2. Привлекать к оказанию услуг квалифицированных врачей и иной медицинский и обслуживающий персонал. Выбор лечащего врача осуществляется Исполнителем. | | | | | | | | | | |
| 2.1.3. Провести Пациенту необходимый объем обследований и консультаций для установления диагноза, обеспечить качественное ведение медицинской документации. | | | | | | | | | | |
| 2.1.4. Предоставить Пациенту в доступной форме достоверную информацию о состоянии его здоровья, результатах обследования, диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского, в т.ч. хирургического вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения, дать необходимые медицинские рекомендации после завершения лечения. | | | | | | | | | | |
| 2.2. Пациент обязуется: | | | | | | | | | | |
| 2.2.1. Подробно информировать врача об имеющихся заболеваниях, ранее перенесенных травмах, операциях, отравлениях, наследственных заболеваниях, непереносимости лекарств и др. аллергических реакциях. | | | | | | | | | | |
| 2.2.2. Пройти предписанный врачами комплекс диагностических, лабораторных и инструментальных обследований. | | | | | | | | | | |
| 2.2.3. Производить оплату медицинских услуг по ценам Исполнителя, с которыми Пациент ознакомился перед заключением настоящего договора. | | | | | | | | | | |
| 2.3. Пациент соглашается с тем, что: | | | | | | | | | | |
| 2.3.1. При предварительном осмотре может возникнуть необходимость проведения дополнительных (специализированных) методов обследования, которые осуществляются Исполнителем путем дополнительной оплаты. | | | | | | | | | | |
| **3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН** | | | | | | | | | | |
| 3.1. Стороны несут ответственность за надлежащее исполнение своих обязательств по договору в соответствии с законодательством РФ. | | | | | | | | | | |
| 3.2. Исполнитель несет ответственность в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязанностей при наличии своей вины. | | | | | | | | | | |
| 3.3. Исполнитель не несет ответственности за качество оказываемых услуг, если Пациент не выполняет предписаний лечащего врача или прерывает лечение без письменного уведомления Исполнителя, а также при существенном нарушении других условий настоящего договора. | | | | | | | | | | |
| 3.4. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения Договора в результате событий чрезвычайного характера, которые стороны не могли предвидеть или предотвратить разумными мерами (форс-мажор). | | | | | | | | | | |
| 3.5. К таким событиям чрезвычайного характера относятся: наводнение, пожар, землетрясение, взрыв, шторм, оседание почвы, эпидемия и иные явления природы, а также война, военные действия, запретительные акты или действия правительств или государственных органов, гражданские волнения, восстания, вторжения и любые другие обстоятельства вне разумного контроля Сторон. | | | | | | | | | | |
| 3.6. При наступлении указанных обстоятельств Сторона обязана без промедления известить о них в письменном виде другую Сторону и согласовать свои дальнейшие действия по выполнению настоящего Договора. | | | | | | | | | | |
| **4. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ** | | | | | | | | | | |
| 4.1. Стороны берут взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего Договора, а также обязуются принимать все необходимые меры, чтобы избежать даже частичного нарушения конфиденциальности. | | | | | | | | | | |
| 4.2. С согласия Заказчика допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим лицам, указанным Заказчиком. | | | | | | | | | | |
| 4.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Заказчика допускается в случаях, установленных ст. 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». | | | | | | | | | | |
| **5. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ** | | | | | | | | | | |
| 5.1. Споры, возникшие между сторонами в рамках настоящего договора или в связи с ним, урегулируются сторонами путем переговоров. В случае не достижения согласия сторонами, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. | | | | | | | | | | |
| **6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ** | | | | | | | | | | |
| 6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания сторонами и действует до полного выполнения сторонами всех обязательств. | | | | | | | | | | |
| 6.2. Все изменения и дополнения к настоящему договору должны быть совершены в письменной форме по взаимному соглашению сторон. | | | | | | | | | | |
| 6.3. Взаимоотношения сторон, не предусмотренные настоящим договором, регулируются действующим законодательством РФ. | | | | | | | | | | |
| 6.4. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон. | | | | | | | | | | |
| 6.5. Стороны пришли к соглашению, что при подписании Договора и дополнительных соглашений к нему допускается факсимильное воспроизведение подписи Исполнителя | | | | | | | | | | |
| **7. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН:** | | | | | | | | | | |
| ГАУЗ «Оренбургская РБ» 460041, г. Оренбург, Нежинское шоссе, 4 Тел.: (3532) 33–21–16  ОГРН 1035605504681 (Межрайонная инспекция Федеральной налоговой  службы № 10 по Оренбургской области) Министерство финансов Оренбургской области (ГАУЗ «Оренбургская РБ» л/с 039.11.098.0) ИНН 5638008289, КПП 561001001 Р/с 40601810700003000001 в ГРКЦ ГУ Банка России по Оренбургской области БИК 045354001 | | | |  | Пациент: ФИО:  Дата рождения:  Документ, удостоверяющий личность:  Место жительства:  Тел.: | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ю.А. Головко | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО) | | | | | |

Подпись