

## Договор на оказание платных медицинских услуг (лабораторные исследования)

г. Благовещенск

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Государственное бюджетное учреждение Амурской области «Детская городская клиническая больница» в лице Главного врача Молчановой Ирины Николаевны, действующего на основании Устава и Лицензии № 28-01-000035 от 12 мая 2005г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка) РФ

(Ф.И.О. полностью)

проживающего по адресу:

(полный адрес)

Паспорт серии \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_, выдан « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(наименование выдавшего органа)

именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

### 1. Предмет договора

1.1 Исполнитель берет на себя обязательство оказать Пациенту по его желанию следующие платные медицинские услуги – проведение лабораторных исследований образцов биологических материалов (в соответствии с наименованием услуг, утвержденным Постановлением Мэра города Благовещенска): \_\_\_\_\_

(далее – Услуги), отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Пациент обязуется оплатить их в порядке и размере, установленных настоящим Договором.

### 2. Права и обязанности сторон

2.1. Пациент обязуется:

2.1.1. оплатить медицинские услуги в размере и порядке, указанным в п.3 настоящего Договора;

2.1.2. предоставлять Исполнителю необходимые материалы для исследований по направлению с указанием вида исследования; своевременно и в полном объеме выполнять указания Исполнителя по представлению образцов материалов на исследование и устранять замечания Исполнителя связанные с вышеуказанным;

2.1.3. выполнять все требования медицинского персонала Исполнителя;

2.1.4. соблюдать внутренний режим нахождения в стационаре.

2.2. Пациент имеет право:

2.2.1. требовать от Исполнителя предоставления сведений о наличии лицензии и сертификата, расчета стоимости оказываемых услуг;

2.2.2. получать от Исполнителя для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме любые сведения о состоянии промежуточных обследований, результаты анализов, протоколы консилиумов и т.д.;

2.2.3. отказаться с указанием причины от получения Услуги (до момента начала ее окончания) и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания Услуги.

2.3. Исполнитель обязуется:

2.3.1. оказывать медицинские услуги своими силами, средствами, с использованием качественных реактивов и материалов, в соответствии с предусмотренными медицинскими технологиями и в срок, соответствующий видам исследований;

2.3.2. использовать в процессе исследований только лицензированные, запатентованные способы, соответствующие установленным соответствующими нормами и стандартами обычно предъявляемые к такого рода услугам;

2.3.3. соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья Пациента (врачебную тайну);

2.3.4. довести до Пациента информацию о правилах оказания, возможности и порядке получения медицинских услуг на бесплатной основе в муниципальном учреждении здравоохранения.

2.4. Исполнитель имеет право:

2.4.1. требовать от Пациента соблюдения внутреннего режима учреждения исполнителя;

2.4.2. использовать результаты, описание хода лечения прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Пациента, достаточных для его идентификации;

2.4.3. в одностороннем порядке прекратить или приостановить выполнение своих обязательств по настоящему Договору при неисполнении Пациентом своих обязательств;

2.5. Срок начала исполнения услуг \_\_\_\_\_.

### 3. Цена и порядок оплаты услуг

3.1. Стоимость медицинских услуг устанавливается действующим прейскурантом утвержденным Постановлением Мэра города Благовещенска и составляет \_\_\_\_\_)

(указать сумму цифрами и прописью)

3.2. Оплата Услуг осуществляется Пациентом в порядке 100-процентной предоплаты до получения Услуги путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Пациента с учетом уточненного диагноза, сложности операции и иных затрат на лечение, данные изменения к Договору должны быть произведены в простой письменной форме и подписаны обеими сторонами Договора.

#### 4. Ответственность сторон

4.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязанностей по договору исполнитель несет ответственность в размере реального ущерба, причиненного пациенту таким неисполнением.

4.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора.

#### 5. Прочие условия

5.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, стороны будут по возможности решать путем ведения переговоров на уровне заведующего поликлиникой (заведующего отделением), заместителя главного врача по лечебной работе, заместителя главного врача по амбулаторно-поликлинической работе, на уровне главного врача, в случае неурегулирования на клиничко-экспертной комиссии.

5.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и завершается получением Пациентом Услуги (подтверждением получения Пациентом Услуги является заключение по результатам диагностического обследования или выписка из истории болезни).

#### 6. Адреса и реквизиты сторон

##### Исполнитель

Государственное бюджетное учреждение  
здравоохранения Амурской области «Детская  
городская клиническая больница», 675007,  
г.Благовещенск, ул.Больничная,45, тел: 51-75-06,  
УФК по Амурской области (Финансовое управление  
г.Благовещенска) ГБУЗ АО «Детская городская  
клиническая больница»  
ИНН 2801010011, КПП 280101001  
л/с 03009019010  
р/сч 40703810500001000062 в ГРКЦ ГУ Банка  
России пол Амурской области

##### Пациент

---

---

---

---

---

---

Исполнитель

Пациент

М.П.

Информацию о правилах оказания, возможности и порядке получения медицинских услуг на бесплатной основе в муниципальном учреждении здравоохранения получил: \_\_\_\_\_

Пациент