

**Договор на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_ / \_\_\_**

г. Казань

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Республиканская клиническая офтальмологическая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан» (далее – ГАУЗ «РКОБ МЗ РТ») (420012, РТ, г. Казань, ул. Бутлерова, 14), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице администратора микрохирургического отделения платных услуг \_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_, действующего на основании Доверенности № \_\_ от \_\_\_\_\_, лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») серии ЛО-01 №ЛО-16-01-006119 от 10.07.2017г, выданной Министерством здравоохранения Республики Татарстан (адрес: 420111, г. Казань, ул. Островского, д.11/6 тел. +7(843)2317998), (перечень работ и услуг, которые вправе осуществлять учреждение, в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность прилагается в Приложении № 2), Свидетельства о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц от "05" апреля 2011 г., выданное Межрайонной ИФНС России №18 по Республике Татарстан, ОГРН 1021602834241, с одной стороны и

(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ года рождения, \_\_\_\_\_ серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_,  
именуемая(ый) в дальнейшем «Заказчик», являющаяся(ийся) \_\_\_\_\_,  
(родитель/опекун/усыновитель)

действующий на основании свидетельства о рождении/об  
усыновлении(удочерении)/иного документа (нужное подчеркнуть) в интересах  
недееспособной(ого) \_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ года рождения, \_\_\_\_\_ серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, совместно именуемые  
«Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем

## **1. Предмет Договора**

1.1. По настоящему Договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Заказчика в интересах Потребителя, обязуется оказать Потребителю на возмездной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации в соответствии с перечнем видов медицинской деятельности, разрешенных лицензией Исполнителя, в соответствии с прейскурантом платных медицинских услуг

(далее - Прейскурант), а Заказчик обязуется своевременно оплатить оказанные медицинские услуги в порядке и размере, установленными настоящим договором.

1.2. Заказчик подтверждает, что на момент подписания настоящего договора Исполнитель уведомил его в доступной форме о возможности получения Потребителем соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Татарстан (в листе ожидания ГАУЗ «РКОБ МЗ РТ» \_\_\_\_\_ человек). Подписав настоящий договор, Заказчик добровольно в интересах Потребителя согласился на оказание Потребителю указанных в п. 2.1.1 Договора медицинских услуг на платной основе.

1.3. При заключении договора Заказчику предоставлена в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- а) порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
- б) информация о конкретном медицинском работнике, оказывающем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- в) информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- г) другие сведения, относящиеся к предмету договора.

1.4. Срок оказания медицинских услуг с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

В случае изменения срока оказания медицинских услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора.

1.5. До заключения договора Заказчик уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (в том числе медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

---

(подпись Заказчика)

## **2. Права и обязанности Сторон**

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых платных медицинских услуг (Приложение N 1, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора).

2.1.2. Выдать Заказчику заключение с указанием результатов проведенных исследований и лечебных мероприятий.

2.1.3. Оказывать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим договором.

2.1.4. Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему договору.

2.1.5. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством РФ порядке.

2.1.6. Вести учет видов, объемов, стоимости, оказанных Потребителю медицинских услуг, а также денежных средств, полученных от Потребителя Заказчика.

2.1.7. Немедленно известить Заказчика о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению объема оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

2.1.8. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика. Без согласия Заказчика Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.9. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

2.1.10. Обеспечить Заказчика в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о месте оказания медицинских услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

2.1.11. Обеспечить Заказчику непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья Потребителя, и выдать по письменному требованию Заказчика или его представителя копии медицинских документов, отражающих здоровье Потребителя.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. При выявлении у Потребителя противопоказаний к проведению лечебных и диагностических мероприятий отказать в их проведении.

2.2.2. Требовать от Заказчика соблюдения Потребителем:

- графика прохождения процедур;
- режима при приеме лекарственных препаратов;
- назначений, рекомендаций специалистов;
- лечебно-охранительного режима;
- правил внутреннего распорядка лечебного учреждения;
- правил техники безопасности и пожарной безопасности.

2.2.3. Отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем правил внутреннего распорядка лечебного учреждения, рекомендаций и назначений специалистов и нарушении режима работы учреждения.

2.2.4. Использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Потребителя, достаточных для его идентификации.

2.3. Заказчик обязуется:

2.3.1. Оплатить оказанные медицинские услуги согласно Прейскуранту в размере и сроки, установленные в настоящем договоре.

2.3.2. Предоставить врачу до начала оказания медицинских услуг данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных в других лечебных учреждениях (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о

состоянии здоровья Потребителя, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

2.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему договору.

2.3.4. Обеспечить выполнение Потребителем всех медицинских предписаний, назначений, рекомендаций специалистов, оказывающих медицинские услуги, соблюдение Правил внутреннего распорядка учреждения, лечебно-охранительного режима, правил техники безопасности и пожарной безопасности.

2.3.5. Согласовывать со специалистами, оказывающими платные медицинские услуги, употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей и пр.

2.3.6. Подписать акт об оказанных услугах после получения услуги, указанной в п. 2.1.1 настоящего Договора.

2.4. Заказчик имеет право:

2.4.1. Получать информацию об Исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах.

2.4.2. В доступной для него форме получить информацию о состоянии здоровья Потребителя, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

2.4.3. Получать у Исполнителя для ознакомления любые данные, касающиеся протекания лечения Потребителя, данные промежуточных обследований, результаты анализов, протоколы консилиумов и т.д.

### **3. Стоимость медицинских услуг, сроки и порядок оплаты**

3.1 Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю согласно п. 2.1.1 настоящего договора, определяется в соответствии с действующим в учреждении Прейскурантом и (или) калькуляцией платных медицинских услуг и составляет

---

Стоимость медицинских услуг по настоящему договору остается неизменной в течение срока действия настоящего договора. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг согласно п. 2.1.8 настоящего договора их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного договора.

3.2. Расчеты между сторонами осуществляются:

в день оказания платных медицинских услуг в соответствии с Перечнем оказываемых Потребителю платных медицинских услуг (Приложение №1) наличными денежными средствами через кассу Исполнителя или перечислением денежных средств на расчетный счет Исполнителя, указанный в настоящем Договоре.

3.3. Оплата медицинских услуг осуществляется Заказчиком.

3.4. При прекращении оказания медицинских услуг по инициативе Заказчика, Заказчик обязуется оплатить Исполнителю фактически понесенные расходы.

### **4. Ответственность Сторон**

4.1. В случае предоставления Потребителю медицинской услуги ненадлежащего качества Исполнитель несет ответственность в соответствии с Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей".

4.2. Заказчик имеет право требовать в установленном порядке от Исполнителя возмещения ущерба, нанесенного Потребителю по вине Исполнителя. Во всех остальных случаях, не предусмотренных настоящим договором, ответственность Сторон наступает в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.3. При неисполнении Потребителем своих обязательств, предусмотренных пунктами 2.3.2.- 2.3.5. настоящего договора, Исполнитель не несет ответственности за качество предоставленных услуг.

### **5. Конфиденциальность**

5.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

### **6. Срок действия договора и условия прекращения договора**

6.1. Настоящий договор считается заключенным с момента подписания Сторонами и действует до исполнения Сторонами своих обязательств.

6.2. Договор может быть прекращен до истечения срока выполнения Сторонами своих обязательств:

6.2.1. по письменному соглашению Сторон при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы;

6.2.2. в одностороннем порядке по инициативе Заказчика путем подачи заявления на имя руководителя учреждения, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы.

6.3. В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается.

### **7. Прочие условия**

7.1. Стороны приложат усилия для решения возникших по настоящему договору споров и разногласий путем переговоров.

7.2. При не урегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон.

7.4. Настоящий договор составлен в \_\_\_\_\_ (двух, трёх) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

### **8. Адреса, реквизиты и подписи Сторон**

ИСПОЛНИТЕЛЬ  
ГАУЗ "Республиканская клиническая  
офтальмологическая больница МЗ РТ"  
420012, РТ, г. Казань, ул. Бутлерова, 14  
ОГРН 1021602834241, КПП 165501001  
БИК 049205805, ИНН 1655028471,  
р/с 40601810700023000003  
л/с ЛАВ00704021-Офтальм  
АКБ "АкБарс" г. Казань  
к/с 30101810000000000805

ЗАКАЗЧИК  
\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_  
Дата рождения: \_\_\_\_\_  
Паспорт: серия \_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
выдан: \_\_\_\_\_  
Адрес: \_\_\_\_\_  
Тел. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/ФИО/

Администратор микрохирургического отделения платных услуг

\_\_\_\_\_/ФИО/

м.п.

**Приложение № 1**

к Договору на оказание платных  
медицинских услуг

№ \_\_\_\_ \ \_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Перечень  
оказываемых Потребителю(заказчику) платных медицинских услуг**

(заполняется в соответствии с действующим Прейскурантом ГАУЗ "РКОБ МЗ РТ")

**Подписи сторон**

ИСПОЛНИТЕЛЬ

Администратор микрохирургического отделения  
платных услуг

\_\_\_\_\_/ФИО/

ЗАКАЗЧИК

\_\_\_\_\_/ФИО/

**Приложение № 2**

к Договору на оказание платных  
медицинских услуг

№ \_\_\_\_ \ \_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Перечень**

**работ и услуг, которые вправе осуществлять учреждение, в соответствии  
с лицензией на медицинскую деятельность**

**Адрес места осуществления деятельности: 420012, РТ, г.Казань, ул. Бутлерова, 14**

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, лабораторной диагностике, медицинской статистике, неотложной медицинской помощи, операционному делу, организации сестринского дела, паразитологии, сестринскому делу, эпидемиологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, клинической лабораторной диагностике, неотложной медицинской помощи, организации здравоохранения и общественному здоровью, офтальмологии, ультразвуковой диагностике, управлению сестринской деятельностью.

При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: анестезиологии и реаниматологии, дезинфектологии, диетологии, клинической

лабораторной диагностике, клинической фармакологии, лабораторной диагностике, медицинской статистике, неврологии, операционному делу, организации здравоохранения и общественному здоровью, организации сестринского дела, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), офтальмологии, паразитологии, сестринскому делу, терапии, ультразвуковой диагностике, управлению сестринской деятельностью, эндокринологии, эпидемиологии; при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, диетологии, изъятию и хранению органов и (или) тканей человека для трансплантации, клинической лабораторной диагностике, медицинской статистике, неврологии, операционному делу, организации здравоохранения и общественному здоровью, организации сестринского дела, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), офтальмологии, паразитологии, сестринскому делу, терапии, транспортировке органов и (или) тканей человека для трансплантации, ультразвуковой диагностике, управлению сестринской деятельностью, физиотерапии, эндокринологии; при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по: офтальмологии.

При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности.

**Адрес места осуществления деятельности: 420012, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Бутлерова, д.40/11**

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: дезинфектологии, медицинской статистике, медицинскому массажу, неотложной медицинской помощи, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, эпидемиологии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: неотложной медицинской помощи, организации здравоохранения и общественному здоровью, терапии, управлению сестринской деятельностью; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: клинической фармакологии, мануальной терапии, медицинской статистике, неврологии, неотложной медицинской помощи, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), офтальмологии, рентгенологии, ультразвуковой диагностике, управлению сестринской деятельностью, эндокринологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: дезинфектологии, клинической фармакологии, медицинской статистике, организации здравоохранения и общественному здоровью, офтальмологии, ультразвуковой диагностике, управлению сестринской деятельностью, функциональной диагностике, эпидемиологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при

проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности.

### Подписи сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ

Администратор микрохирургического отделения  
платных услуг

ЗАКАЗЧИК

\_\_\_\_\_/ФИО/

\_\_\_\_\_/ФИО/

### АКТ

#### об оказанных услугах

г. Казань

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Республиканская клиническая офтальмологическая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице администратора микрохирургического отделения платных услуг \_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_, действующего на основании Доверенности №\_\_ от \_\_\_\_\_ с одной стороны и

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ года рождения, \_\_\_\_\_ серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_,

именуемая(ый) в дальнейшем «Заказчик», являющаяся(ийся) \_\_\_\_\_,

(родитель/опекун/усыновитель)

действующий на основании свидетельства о рождении/об усыновлении(удочерении)/иного документа (нужное подчеркнуть) в интересах недееспособной(ого) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ года рождения, \_\_\_\_\_ серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», настоящим актом удостоверяют следующее:

1. Исполнителем оказаны, а Заказчиком приняты в полном объеме платные медицинские услуги, предусмотренные договором № \_\_\_\_ \ \_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. и перечисленные в Приложении №1 к нему.
2. Стоимость оказанных услуг составляет \_\_\_ рублей \_\_\_ коп.
3. Медицинские услуги Исполнителем оказаны качественно, в срок и полностью соответствуют условиям договора.
4. Заказчик не имеет претензий к Исполнителю относительно объема и качества оказанных им услуг.

ИСПОЛНИТЕЛЬ

Администратор микрохирургического отделения  
платных услуг

ЗАКАЗЧИК

\_\_\_\_\_/ФИО/

\_\_\_\_\_/ФИО