

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ №

г. Тверь

« » _____ 201__ года

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тверской области «Тверской областной клинический онкологический диспансер» (ГБУЗ ТОКОД), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Комаровой Оксаны Андреевны, действующего на основании Устава (Лицензия на осуществление медицинской деятельности ГБУЗ ТОКОД выдана 25.07.2013 г. № ЛО-69-01-001091 Министерством здравоохранения Тверской области (адрес министерства: 170100 г. Тверь, ул. Советская, 23 Телефон: (4822) 32-04-82)), с одной стороны и граждан (ка/ин), в дальнейшем «Потребитель» с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор на оказание платных медицинских услуг (далее – Договор) о нижеследующем:

1. Определения

1.1. Если иное не установлено в настоящем Договоре, определения, используемые в настоящем Договоре, будут иметь значения, как указано ниже:

- «**платные медицинские услуги**» – медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;
- «**потребитель**» – физическое лицо, являющееся участником настоящего Договора, заказывающее и получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с условиями Договора. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- «**исполнитель**» – медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги;
- «**медицинская организация**» – юридическое лицо, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;
- «**медицинский работник**» – физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности;
- «**лицензия**» – специальное разрешение на право осуществления Исполнителем медицинских услуг по своему профилю деятельности.

2. Предмет Договора

2.1. По настоящему Договору Исполнитель оказывает Потребителю медицинские услуги по своему профилю деятельности в соответствии с лицензией, согласно Прейскуранту на платные медицинские услуги (далее – Прейскурант), утвержденным в установленном порядке, а Потребитель обязуется оплатить оказанные услуги.

2.1.1. Получателем медицинской услуги в соответствии с настоящим Договором является Потребитель.

2.2. Медицинские услуги предоставляются в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, утвержденными в установленном порядке федеральными органами исполнительной власти.

2.2.2. Медицинские услуги предоставляются в следующих объемах:

- в полном объеме стандарта медицинской помощи;
- по просьбе Потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.2.3. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, перечень которых будет являться Приложением № 1 к настоящему Договору.

2.3. Перечень медицинских услуг, оказываемых Потребителю в соответствии с настоящим Договором, определяется в Приложении № 2, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.4. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от « 04 » октября 2012 г. № 1006);
- ознакомил его с действующим в ГБУЗ ТОКОД Прейскурантом на платные медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;
- ознакомил его с Положением об оказании платных медицинских услуг ГБУЗ ТОКОД;
- уведомил его о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

2.5. Подписав настоящий Договор, Потребитель подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

2.6. Срок предоставления медицинских услуг осуществляется « » _____ 201__ года.

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

3. Обязанности Сторон и участников Договора

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых платных медицинских услуг, согласно п. 2.2. настоящего Договора.

3.1.2. Оказать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором, после внесения Потребителем денежных средств, в порядке, определенном разделом 4 настоящего Договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату.

3.1.3. Предоставить Потребителю достоверную, доступную информацию о предоставляемых услугах.

3.1.4. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.

3.1.5. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством Российской Федерации порядке (амбулаторную карту и т.д.).

3.1.6. Немедленно извещать Потребителя о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.2. Потребитель обязуется:

3.2.1. Оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги, перечень которых указан в Приложении № 2, до начала их оказания, согласно Прейскуранту, и в порядке, определенном разделом 4 настоящего Договора.

3.2.2. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору.

3.3. Потребитель обязуется:

3.3.1. Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

3.3.2. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору.

3.3.3. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги по настоящему Договору.

3.3.4. При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику) о любых изменениях самочувствия.

3.3.5. Отказаться на весь период предоставления медицинских услуг по настоящему Договору, от употребления наркотиков и лекарств, их содержащих, психотропных препаратов, алкогольсодержащих напитков.

3.3.6. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Исполнителем (медицинским работником) употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав и т. д.

3.3.7. Соблюдать график приема медицинских работников, предоставляющих медицинские услуги по настоящему Договору.

3.3.8. Соблюдать внутренний режим нахождения в ГБУЗ ТОКОД, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

3.3.9. Потребитель уведомлен о том, что данный вид помощи он может получить в ином лечебно-профилактическом учреждении по программе обязательного медицинского страхования.

4. Цена и порядок оплаты услуг

4.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю согласно п. 2.2. настоящего Договора, определяется в соответствии с Прейскурантом, действующему на момент заключения настоящего Договора, и остается неизменной в течение всего срока действия Договора и составляет _____ (_____) рублей.

4.2. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя.

Без согласия Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

4.3. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Потребителем путем внесения денежных средств в кассу ГБУЗ ТОКОД в размере 100 % от суммы договора не позднее 3 (трёх) рабочих дней со дня подписания настоящего Договора.

5. Ответственность Сторон

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством РФ.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной и (или) недостоверной информации о своем здоровье.

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

6. Порядок изменения и расторжения Договора

6.1. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Потребителя после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг или в случае выявления онкологической патологии (за исключением иностранных граждан). Отказ Потребителя от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении настоящего Договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

7. Заключительные положения

7.1. Настоящий Договор заключается в 2-х экземплярах, один из которых находится у Потребителя, второй у Потребителя.

7.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

7.3. Споры и разногласия решаются путем переговоров между Сторонами.

8. Юридические адреса и банковские реквизиты Сторон

Исполнитель:

Потребитель (Заказчик)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Тверской области
«Тверской областной клинический онкологический
диспансер»

ИНН 6903005748 КПП 695001001
ОГРН 1026900568023 ОКПО 01926188
170008, г. Тверь, ул. 15 лет Октября, д. 57/37
Тел/факс: (4822) 58-13-10
E-mail: Onkodispanser-tver@yandex.ru
Банковские реквизиты:
Министерство финансов Тверской области
(ГБУЗ ТОКОД л/с 20034042210)
р/с 40601810700003000001
в Отделении Тверь г. Тверь
БИК 042809001
E-mail: onkodispanser-tver@yandex.ru

Главный врач _____ О.А. Комарова
М.П.

Заказчик _____

**Информированное согласие
об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг**

Я, _____, в рамках договора на оказание платных медицинских услуг от «___» _____ 2019 года, желаю получить платные медицинские услуги в ГБУЗ ТОКОД (далее по тексту – Учреждение), при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг и даю своё согласие на их получение, и осознаю, что мне могут оказать, аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе.

Я согласна с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Учреждение не несет ответственности за их возникновение.

Мне разъяснено, что я могу получить, один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен (на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей Учреждения.

Я подтверждаю, что при подписании настоящего информированного согласия меня уведомили о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников Учреждения, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на моем состоянии здоровья.

Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом, и я даю свое согласие на их оплату.

Не возражаю против записи медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием – исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Я подтверждаю, что даю свое согласие на обработку Учреждением моих персональных данных, ставших ему известных, при подписании настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения от медицинских работников понятны и меня удовлетворяют. Настоящее информированное согласие подписано мною после проведения предварительной беседы и является приложением к Договору на оказание платных медицинских услуг.

Потребитель
подпись

ОББРАЗАВЕЦ

Перечень оказываемых медицинских услуг

1.1. В соответствии с настоящим Договором Исполнитель обязуется оказать Потребителю следующие платные медицинские услуги:

№ п/п	Дата оказания медицинских услуг	Медицинские услуги	Кол-во	Стоимость медицинских услуг (руб.)	Общая стоимость медицинских услуг (руб.)
1.					
ИТОГО: _____ руб.					

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Тверской области
«Тверской областной клинический онкологический
диспансер»

Заказчик

Главный врач _____ О.А. Комарова
М.П.

_____ (подпись)

ОБРАЗЕЦ