

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг

г.Уфа

" ____ " _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Городская клиническая больница № 13 города Уфа (далее - ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа), зарегистрировано в качестве юридического лица в соответствии с Единым государственным реестром серия 02 № 007164812 от 13.01.2015 г., выданным Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 39 по Республике Башкортостан, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего(ей) на основании доверенности от " ____ " _____ 20__ г. № ____, с одной стороны, и гражданин(ка),

именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны» заключили настоящий договор (далее- Договор) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель, имеющий лицензию на медицинскую деятельность от 11.07.2018 г. № ФС-02-01-002523 выданную Территориальным органом Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Республике Башкортостан, расположенному по адресу: 450076, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Аксакова, д. 62 (Тел.: 8 (347) 250-30-22), оказывает платную медицинскую услугу Потребителю (далее-Услуга), согласно перечню Услуг, а Потребитель обязан оплатить выбранную им Услугу на условиях Договора.

1.2. Перечень оказываемых Услуг:

Код услуги	Наименование услуги	Количество	Цена по прейскуранту, руб.	Сумма к оплате, руб.
Итого стоимость Услуг согласно прейскуранта составляет:				

1.3. Исполнитель оказывает Услугу в соответствии с утвержденными порядками оказания медицинской помощи Министерством здравоохранения Российской Федерации, Потребителю в отделении: _____ по адресу: _____, ответственное лицо от Исполнителя- _____.

1.4. Представление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информационного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном, законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, которое подписывается до даты заключения Договора и является Приложением № 1 к настоящему Договору.

1.5. 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 2012г. № 1006); ознакомил его с действующим в ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке.

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

1.7. Потребитель оплачивает оказанную Услугу в порядке и в сроки, которые установлены договором с Исполнителем.

1.8. Сроки предоставления медицинских Услуг: с " ____ " _____ 20__ г. по " ____ " _____ 20__ г.

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

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Потребитель имеет право: требовать предоставления Услуги надлежащего качества, сведений о наличии лицензии и сертификата, расчет стоимости оказанной Услуги; требовать информацию о методах оказания медпомощи, связанных с ним рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медпомощи; выбрать лечащего врача;

отказаться от исполнения Договора, в любое время при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному Договору; на безвозмездное устранение недостатков оказанной Услуги; на возмещение понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной Услуги своими силами или третьими лицами.

на все права, предусмотренные Федеральным законом № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Законом «О защите прав потребителей в Российской Федерации».

2.2. Потребитель обязан: информировать Исполнителя до оказания Услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, о наличии у него особо опасных инфекциях, противопоказаниях к оказанию Услуги; выполнять все рекомендации лечащего врача по методикам лечения; оплатить стоимость Услуги путем внесения 100% предоплаты

(с согласия Потребителя) по безналичному расчету на счет Исполнителя или наличному расчету через кассу Исполнителя;

в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных» Потребитель дает согласие на обработку своих персональных данных.

2.3. Исполнитель имеет право: в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем

исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной Договором; отказать Потребителю в оказании Услуги в случае: невыполнения Потребителем рекомендаций о правилах проведения Услуг и/или выявленных противопоказаний по состоянию здоровья; отказаться от исполнения обязательств по Договору лишь при условии полного возмещения заказчику убытков.

2.4. Исполнитель обязан: оказать Потребителю квалифицированную, качественную Услугу, предусмотренную Договором; предоставить Потребителю доступную и достоверную информацию о предоставляемой услуге; уведомить потребителя о том, что несоблюдение рекомендаций о правилах проведения Услуг, 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

3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 3.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.
- 3.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством РФ.
- 3.3. Исполнитель не несет ответственность за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье.
- 3.4. Претензии по исполнению Услуг от Потребителя принимаются в течение сроков, предусмотренных законодательством РФ.
- 3.5. Исполнитель в лице заместителя главного врача по медицинской части (тел.: 240-13-13) рассматривает претензию и предлагает Потребителю на выбор: назначить новый срок оказания Услуги; уменьшить стоимость предоставленной Услуги; исполнить Услугу другим специалистом; расторгнуть Договор с возмещением убытков в установленном порядке; безвозмездно устранить недостатки оказанной Услуги; расторгнуть Договор и потребовать выплаты неустойки в размере, определяемом законодательством РФ, а по соглашению сторон, указанная неустойка может быть выплачена за счет уменьшения стоимости предоставляемой услуги.
- 3.6. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по Договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения Потребителем своих обязанностей или по другим основаниям, предусмотренным законодательством РФ.
- 3.7. Потребитель обязан полностью возместить Исполнителю понесенные убытки, если Исполнитель не смог оказать Услугу или был вынужден прекратить ее оказание по вине Потребителя.
- 3.8. В случаях, не предусмотренных условиями настоящего договора, стороны руководствуются действующим законодательством РФ, Федеральным законом от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации, Федеральным законом от 07.02.1992года № 2300-1 «О защите прав потребителей», постановлением Правительства РФ от 04.10.2012г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».
- 3.9. Стороны освобождаются от ответственности за исполнение обязательств в случае форс-мажорных обстоятельств.

4. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

- 4.1. При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ, не предусмотренных Договором, они выполняются с письменного согласия Потребителя с оплатой по утвержденному прейскуранту с оформлением дополнительного соглашения к Договору.
- 4.2. Договор может быть расторгнут по Соглашению Сторон, по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.
- 4.3. Стороны признают, что со стороны Исполнителя Договор подписывается факсимильной подписью _____ имеет равную юридическую силу подлинной подписи _____.
- 4.4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются 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".
- 4.5. Настоящий Договор составлен в двух одинаковых экземплярах, по одному для каждой Стороны и вступает в силу с момента его подписания и действует до полного выполнения сторонами своих обязательств.
- 4.6. Условия настоящего Договора могут быть изменены, либо Договор может быть расторгнут по взаимному согласию сторон с _____

5. БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН, АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель ГБУЗ РБ ГKB № 13 г. Уфа

Потребитель _____

450112, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Нежинская, д.28

Адрес: _____

т/ф (347) 264-45-13, 240-13-13

Телефон: _____

ИНН 0273019949, КПП 027301001, ОГРН 1020202397434

л/с 20112041990, р/с 40601810400003000001 Отделение - НБ Республика

Башкортостан, БИК 048073001, ОКТМО 80701000001

Подпись _____ / _____

_____ / _____ / _____
Договор со стороны Исполнителя подписывается факсимильной подписью _____

АКТ сдачи – приема выполненных медицинских Услуг

Услуги по Договору от " ____ " _____ 20 г. № _____ оказаны/получены в полном объеме и надлежащего качества.

Претензий по исполнению договора Стороны друг к другу не имеют. Расчет потребителем произведен полностью. Настоящий акт составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.

_____ / _____ / _____
Акт со стороны Исполнителя подписывается факсимильной подписью _____

Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг
Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств

На основании п. 7 статьи 30 и статьи 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ,

Я, нижеподписавший(ая)ся _____

(Ф.И.О. гражданина)

« ____ » _____ года рождения,

зарегистрирован по адресу _____,

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

желаю получить платные медицинские услуги в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республики Башкортостан Городская клиническая больница № 13 города Уфа.

Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о предлагаемых диагностических мероприятиях и лечении моего заболевания, проинформирован(а) о возможностях и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в рамках программы получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание платных медицинских услуг и готов(а) оплатить их.

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

Я уведомлен и осознаю, что несоблюдение указаний врача, оказывающего 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.

Я осознаю и понимаю, что для получения положительных результатов лечения я должен(а) исполнять все назначения, рекомендации и советы врача.

Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны платные медицинские услуги, которые я хочу получить в ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа.

Я проинформирован(на) о том, что по поводу имеющегося у меня заболевания я могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях и подтверждаю свое согласие на лечение и получение платных медицинских услуг в ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа. В данном случае я использую право расширенной свободы выбора при получении медицинской помощи при моем заболевании и выбираю альтернативный вариант лечения на платной основе.

Я ознакомлен (а) с действующим прейскурантом и согласен (а) в соответствии с ним оплатить стоимость, выбранной медицинской услуги путем внесения 100 % предоплаты.

Настоящее информированное добровольное согласие мною прочитано, я полностью понимаю все его пункты, и даю согласие на их применение.

подпись пациента

ФИО

" ____ " _____ 20__ г.