

Договор № _____ на оказание платных медицинских услуг

г. Тихвин

« _____ » _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ленинградской области «Тихвинская Межрайонная больница им А.Ф. Калмыкова», ИНН 4715001507, КПП 471501001, ОГРН 102470185602, зарегистрировано 24.12.2013г. за государственным регистрационным номером 2134715015939 Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы России МБ по Ленинградской области (свидетельство серии 47 М: 003124822), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице **Главного врача Горшкова Александра Александровича** имеющее лицензию на медицинскую деятельность № **ЛО-47-01-002128** от **24.06.2019г.**, с одной стороны, и гражданин (ка) именуемый (ая) в

дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. На условиях настоящего Договора Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется организовать оказание медицинской услуги Заказчику и/или Пациенту _____ а Заказчик обязуется оплатить оказанную услугу на условиях настоящего договора. Медицинские услуги, оказываемые Исполнителем, отвечают требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

1.2. Перечень платных медицинских услуг, оказываемых по настоящему договору:

1.3. Перечень медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, содержится в действующем на момент заключения настоящего договора Прейскуранте.

1.4. Заказчик уведомлен о том, что несоблюдение им указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество оказываемой услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента

подпись расшифровка подписи

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации;

2.1.2. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах в порядке установленным действующим законодательством Российской Федерации;

2.1.3. Предупредить Заказчика, в случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных в Договоре и в случае предоставления дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента (при внезапных ситуациях) оказывать дополнительные услуги без взимания платы.

2.1.4. Обеспечивать применение разрешенных к применению в Российской Федерации лекарственных препаратов, медицинских изделий, дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных средств, расходных материалов, изделий медицинского назначения, медицинского оборудования;

2.1.5. Обеспечить Заказчика в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о перечне платных медицинских услуг и их стоимости, порядке их оплаты, месте, порядке и условиях оказания услуг, сведениями о медицинских работниках (их квалификации, уровне образования), режиме работы (графике работы) медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Оказывать платные медицинские услуги в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств.

2.2.2. Требовать от Заказчика предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему платных медицинских услуг;

2.2.3. Требовать от Заказчика бережного отношения к имуществу Исполнителя и соблюдения им Правил внутреннего распорядка;

2.2.4. В одностороннем порядке изменить предварительный определенный объем оказываемых медицинских услуг, в случае, если существует угроза жизни или здоровью Заказчика.

2.2.5. Отказать в оказании платных медицинских услуг, при выявлении противопоказаний у Заказчика.

2.2.6. Отказать Заказчику в оказании медицинской помощи, в случае, нарушения им условий п.2.3. настоящего Договора.

2.2.7. Отказать в оказании платных медицинских услуг Заказчику, находящемуся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

2.3. Заказчик обязуется:

2.3.1. Своевременно и в полном объеме оплачивать предоставленные Исполнителем медицинские услуги, в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.3.2. До оказания медицинской помощи информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, точно выполнять назначения врача по лечению, а также указания, предписанные на период после оказания услуг.

2.3.3. Выполнять Правила внутреннего распорядка, требования и предписания медицинского персонала, как необходимые условия предоставления ему качественной медицинской помощи.

2.3.4. Выполнять личные санитарно-гигиенические процедуры, направленные на поддержание своего здоровья и санитарно-эпидемиологического режима.

2.3.5. Бережно относиться к имуществу Исполнителя. В случае причинения ущерба Исполнителю вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действиями или бездействием Заказчика и/или лиц его сопровождающих, Заказчик обязуется в течение трех календарных дней возместить Исполнителю действительный нанесенный ущерб в полном объеме.

2.4. Заказчик имеет право:

2.4.1. На выбор врача - специалиста;

2.4.2. На профилактику, диагностику, лечение, в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

2.4.3. На получение консультаций врачей-специалистов;

2.4.4. На получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, на выбор лиц, которым в интересах Заказчика может быть передана информация о состоянии его здоровья;

2.4.5. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну;

2.4.6. На отказ от медицинского вмешательства;

2.4.7. На информированное добровольное согласие, на медицинское вмешательство.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ.

3.1. Стоимость медицинских услуг определяется на основании действующего Прейскуранта, утвержденного Исполнителем и формируется согласно Приложению №1 к настоящему договору.

3.2. Перед оказанием Исполнителем платной медицинской услуги, Заказчиком производится 100% оплата стоимости запланированного обследования и лечения путем внесения наличных денежных средств в кассу. После оплаты Заказчику выдается квитанция установленного образца, подтверждающая произведенную оплату оказанных медицинских услуг.

3.3. По требованию Заказчика сотрудниками бухгалтерии Исполнителя предоставляется справка установленного образца об оплате медицинских услуг для предъявления в налоговые органы Российской Федерации.

4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ.

4.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до исполнения обязательств, принятых сторонами по настоящему Договору.

4.2. Настоящий Договор может быть изменен, либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленному в виде Соглашения и подписанному медицинской организацией и Пациентом.

4.3. Настоящий договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке, в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по настоящему Договору;

4.4. В случае полного отказа пациента от получения медицинских услуг после заключения договора и оплаты услуг договор расторгается. При этом пациенту по его письменному заявлению в течении пяти рабочих дней возвращаются денежные средства в полном объеме. В случае частичного отказа от оказания услуг, пациенту подлежат возврату денежные средства пропорционально объема оказанных услуг.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Заказчиком условий настоящего Договора, в случаях осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Заказчика, а так же в случае, если Пациент не проинформировал Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

5.3. Все споры и разногласия, возникшие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров между Сторонами, а в случае не достижения согласия – в суде.

6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ.

6.1. Исполнитель обязуется охранять информацию о факте обращения Заказчика за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

6.2. С согласия Заказчика допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Пациента.

6.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Заказчика допускается в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ.

7.1. Стороны договариваются, что при подписании Договора Исполнитель вправе использовать факсимильное воспроизведение подписи с помощью средств механического копирования (факсимиле), являющегося аналогом собственноручной подписи и имеющего юридическую силу.

7.2. Настоящий договор составлен в 2 экземплярах, которые имеют одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

«Исполнитель»

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Ленинградской области «Тихвинская Межрайонная больница
им А.Ф. Калмыкова»

Адрес: 187553, Ленинградская область, г.Тихвин, ул.Карла
Маркса, д.68

ИНН 4715001507 КПП 471501001,

ОГРН 1024701851602

Расчетный счет 40601810900001000022

Банк: Отделение Ленинградское г. Санкт-Петербург

КБК 000000000000000000130

ОКТМО 41645101

Телефон: (81367) 99901 доб.2190

Главный врач ГБУЗ ЛО «Тихвинская МБ»

_____/Горшков А.А.

«Заказчик»:

(Ф.И.О)

(адрес места жительства или адрес места пребывания)

(контактный телефон)

_____/

№п/п	Наименование	Кол-во	Цена	Сумма
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Исполнитель

Заказчик

_____ /Горшков А.А.

_____ / _____