

ДОГОВОР № О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Волгоград

«__» _____ 20__ г.

государственное учреждение здравоохранения «Больница №24», именуемое в дальнейшем - Исполнитель, в лице главного врача _____, действующей на основании Устава, с одной стороны, и

(Ф.И.О. заказчика-физического лица, наименование юридического лица)

именуемый в дальнейшем – Заказчик и Потребитель _____

(Ф.И.О. потребителя-физического лица)

именуемый в дальнейшем Пациент другой стороны, а вместе именуемые Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги в соответствии с лицензией №ЛО-34-01-003431 от 21 июня 2017 выданной комитетом здравоохранения Волгоградской области, действует бессрочно. Виды медицинской помощи, оказываемые в соответствии с лицензией: при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; неотложной медицинской помощи; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); гастроэнтерологии; инфекционным болезням; кардиологии; лечебной физкультуре и спортивной медицине (в части лечебной физкультуры); неврологии; онкологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; урологии; физиотерапии; хирургии; эндокринологии;

Медицинские осмотры профилактические. При оказании паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях по: терапии.

1.2. На основании медицинского заключения о необходимости обследования и (или) лечения, а также желания Заказчика и Пациента Исполнитель предоставляет, а Заказчик оплачивает следующие медицинские услуги:

(наименование услуг в соответствии с утвержденным прейскурантом стоимости)

1.3 Срок оказания медицинских услуг: _____

2. Обязанности Исполнителя

2.1. Уведомляет Заказчика и Пациента, что данная медицинская услуга:

а) входит в программу обязательного медицинского страхования и может оказываться ему бесплатно, однако при _____

(желании, либо какой другой причине- нужно указать обязательно)

может быть оказана на платной основе;

б) не предусмотрена программой обязательного медицинского страхования и может быть предоставлена на платной основе, при этом с Пациентом подписывается информированное согласие на предоставление платных медицинских услуг (приложение №1 к данному договору);

в) финансируется либо не финансируется из бюджета.

2.2. Несёт ответственность в установленном законом порядке за обоснованность, качество, объем и порядок предоставления медицинской услуги.

2.3. Предоставляет медицинские услуги в порядке и в сроки, определенные заключенным договором.

• 2.4. Выдает Заказчику кассовый чек, подтверждающий оплату медицинских услуг, произведенную в кассу Исполнителя.

2.5. Сохраняет врачебную тайну о факте и причине обращения Пациента.

2.6. Предоставляет медицинскую помощь за свой счет в случае возникновения осложнения в момент оказания платной медицинской помощи.

2.7. Создает условия для организации и проведения платных медицинских услуг.

3. Обязанности Заказчика и Пациента:

3.1. Произвести оплату за предоставленную(ые) медицинскую(ие) услугу(и).

3.2. Соблюдать предписанный лечебно-охранительный режим, правила внутреннего распорядка лечебного учреждения.

3.3. Своевременно в устной или письменной форме уведомить Исполнителя о наличии уважительной причины (болезни) для переноса сроков выполнения услуг с последующим предоставлением подтверждающих документов.

4. Права Заказчика и Пациента

4.1. Заказчик и Пациент имеют право:

- на выбор лечащего врача;

- на предоставление информации о медицинской услуге.

При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам исполнения услуг:

- назначить новый срок оказания медицинской услуги;

- потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;

- потребовать исполнения услуги другим специалистом;

- расторгнуть договор и потребовать возмещения убытков.

При несоблюдении Исполнителем обязательств по качеству исполнения услуг потребовать устранения недостатков в соответствии с Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей».

4.2. Исполнитель имеет право отказать:

- в предоставлении платной услуги при наличии медицинских противопоказаний со стороны здоровья Пациента;

- в предоставлении платной медицинской услуги при состояниях наркотического или алкогольного опьянения у Пациента;

- в предоставлении платной медицинской услуги при отсутствии медицинских показаний и риске нанесения вреда здоровью Пациента;

- в возврате денежных средств при непредставлении или предоставлении некачественной платной медицинской услуги, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы или иных обстоятельств, предусмотренных законом;

- в возврате денежных средств в связи с необоснованностью жалобы (по решению комиссии по разрешению конфликтов и споров, возникших при предоставлении платных медицинских услуг).

5. Оплата услуг

5.1. Стоимость предоставляемых медицинских услуг устанавливается на основании прейскуранта стоимости платных медицинских услуг (тарифов), утвержденных руководителем государственного учреждения здравоохранения, и составляет

5.2. Оплата производится на условиях 100% предоплаты путем безналичных расчетов через учреждения банков для юридических лиц. Для физических лиц – путем оплаты стоимости медицинских услуг наличными деньгами через контрольно- кассовый аппарат. Документом, подтверждающим расчет служит кассовый чек.

В случае возникновения необходимости в дополнительных объемах услуг окончательный расчет производится по фактически предоставленным объемам услуг на основании дополнительного письменного соглашения к настоящему договору.

5.3. Стоимость услуги может быть изменена в соответствии с утвержденным прейскурантом (тарифами). Изменение стоимости услуги оформляется дополнительным соглашением к настоящему договору.

6. Ответственность сторон

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Исполнитель и Заказчик несут ответственность, предусмотренную настоящим договором и действующим законодательством РФ.

6.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения Заказчиком или Пациентом своих обязанностей в соответствии с разделом 3 или по другим основаниям, предусмотренным законодательством.

6.3. Заказчик обязан полностью возместить медицинскому учреждению понесенные убытки, если оно не смогло оказать услугу или было вынуждено прекратить ее оказание по вине Пациента.

6.4. Претензии и споры, возникающие между Заказчиком и Исполнителем, разрешаются по соглашению сторон с возможным привлечением независимых экспертов или в судебном порядке в соответствии с законодательством РФ.

7. Срок действия договора и другие условия

7.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

7.2. Настоящий договор считается полностью исполненным только после подписания Сторонами Акта о предоставлении платных медицинских услуг (приложение №3 к данному договору).

7.3. Изменения и дополнения в настоящий договор могут быть внесены в письменной форме по соглашению Сторон.

7.4. Договор составлен в _____ экземплярах, по одному для каждой из Сторон имеющих равную юридическую силу.

7.5. По соглашению сторон допускается использование факсимильного воспроизведения подписи.

8. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:	Заказчик:
ГУЗ «Больница №24»	
(наименование мед. учреждения)	(Ф.И.О., или наименование)
400082, г. Волгоград, ул. им. Голубева, 1	
ИНН 3448906040, КПП 344801001	
УФК по Волгоградской области	
(ГУЗ «Больница №24», л/с 20296Ц23650)	(паспортные данные)
Отделение Волгоград г. Волгоград	
р/с 40601810000003000001	(адрес места жительства)
БИК 041806001	
(банковские реквизиты или счет в казначействе)	
	(Ф.И.О., подпись, расшифровка подписи)
Главный врач ГУЗ «Больница №24	Потребитель (Пациент):
_____/_____/_____/	(Ф.И.О.)
(Ф.И.О. руководителя, подпись, расшифровка подписи)	(паспортные данные)
М.П.	(адрес места жительства)
	(Ф.И.О., подпись, расшифровка подписи)