Приложение №1

к «Положению об оказании

 платных медицинских услуг по МУЗ «ЦРБ»

№579 от 29.12.12

ДОГОВОР № \_\_\_\_       на оказание платных медицинских услуг

г. Серпухов                                                                                                 от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_г.

Муниципальное учреждение здравоохранения «Центральная районная больница», в лице главного врача Мынгалова А.Ю., действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый   в дальнейшем   «Пациент», с другой стороны, заключили   настоящий   договор   о   нижеследующем:

1.       Предмет договора

1.1. Настоящий договор определяет условия оказания платных медицинских услуг. «Пациент» поручает, а «Испол-нитель» обязуется оказать «Пациенту» платную медицинскую услугу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.       Стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты.

2.1.    Стоимость медицинской услуги согласно прейскуранту цен составляет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей. При возникновении необходимости выполнения дополнительных услуг, не предусмотренных договором, они выполняются с согласия «Пациента» с оплатой по утвержденному прейскуранту.

2.2.       Оплата медицинской услуги производятся наличными в кассу ЛПУ МУЗ «ЦРБ» до оказания медицинской помощи. «Пациенту» в соответствии с законодательством РФ выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ  установленного образца).

3.       Права и обязанности сторон

3.1.    «Исполнитель» обязан оказать «Пациенту» квалифицированную, качественную медицинскую помощь в уста-новленный договором срок и   предоставить «Пациенту» бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемой услуге.

3.3.     «Пациент»  обязан информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных   ему аллергических   реакциях,   противопоказаниях. Своевременно    оплатить    стоимость   услуги;    точно   выполнять   назначения   врача.

3.4.          «Пациент» имеет право:

-  на    предоставление    информации    о    медицинской    услуге;

-   знакомиться   с документами, подтверждающими специальную правоспособность учреждения    и    его    врачей;

-   на    возмещение    вреда   в    случае   ненадлежащего оказания медицинской услуги;

- отказаться от получения медицинской услуги и  получить обратно оплаченную им услугу сумму с возмещением   затрат,    связанных    с    подготовкой    оказания    услуги.

    4. Информация о предоставляемой медицинской услуге

4.1.     «Исполнитель» - медицинское учреждение имеет лицензию на осуществление медицинской деятельности    - государственный номер № 1025005599464, № ЛО-50-01-003294 от 14.03.2012 года, бессрочная, дающая право на осуществление медицинской деятельности, в соответствии с приложением и указанием места действия   лицензии и предоставляется «Пациенту» по его требованию;

        Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской в соответствии с  лицензией \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Наименование, адрес места нахождения и телефон  выдавшего  ее лицензирующего органа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

            и также находится на стенде ЛПУ МУЗ «ЦРБ» где предоставляется  платная медицинская услуга;

4.2. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг

4.2.1.       Продолжительность услуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

4.2.2.           Производит врач- специалист  (указать ФИ.О., должность, квалификационную категорию, номер, дата сертификата)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.3. Подписанием настоящего договора «Пациент» подтверждает:

4.3.1.           что уведомлен о том, что данная медицинская услуга не входит /(входит) в   программу    ОМС   и     финансируется / (не финансируется) из бюджета,

что уведомлен 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 (далее - соответственно программа, территориальная программа).

4.3.2.         что ознакомлен с информацией, касающейся особенностей предоставляемой ему медицинской услуги и условий ее предоставлении, порядком оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, информацией о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации),  информацией о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи

4.3.3.         что до заключения договора Исполнитель в уведомил «Пациента» о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (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 «Пациента», а также подтверждает предоставление своего информированного добровольного согласия на оказание платной медицинской услуги.

5. Ответственность сторон

5.1.   В случае ненадлежащего оказания медицинской услуги «Пациент» вправе по своему выбору потребовать:

-     безвозмездного устранения   недостатков    оказанной    услуги;

-     соответствующего    уменьшения    цены    оказанной   услуги.

5.2.      «Исполнитель» освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения «Пациентом» своих обязанностей или по другим основаниям, предусмотренным законодательством.

5.3.       В случае отказа «Пациента» после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом «Пациент» оплачивает «Исполнителю» фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

6.     Порядок расторжения договора

6.1.      Договор может быть расторгнут по соглашению сторон.

6.2.       «Пациент» вправе расторгнуть договор в одностороннем порядке, при условии оплаты «Исполнителю» фактически понесенных расходов связанных с исполнением обязательств по договору.

6.3.       Договор может быть расторгнут и по другим основаниям, предусмотренным законодательством.

7.     Прочие условия

7.1.      Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

7.2.      Споры и разногласия решаются путем переговоров, при не достижении согласия передаются на рассмотрение суда.

8.     Форс-мажор

8.1.          Стороны освобождаются от ответственности за невыполнение своих обязательств, если это явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы. Под обстоятельствами непреодолимой силы понимаются внешние и чрезвычайные события, которые не существовали во время подписания договора, возникшие помимо воли «Пациента» и «Исполнителя», наступлению и действию которых, стороны не могли воспрепятствовать с помощью мер и средств, применение которых в конкретной ситуации справедливо требовать и ожидать от сторон.

Сторона, подвергшаяся действию обстоятельств непреодолимой силы, обязана сообщить об этом в течение 2-х дней с момента их наступления.

9.     Реквизиты сторон

 «ИСПОЛНИТЕЛЬ»                                                                                     «ПАЦИЕНТ»

МУЗ «Центральная районная больница.»                             Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Юридический адрес

1422030, М.О. г Серпухов, ул.Форса 3                                    Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

тел 35-77-85                                                                                 Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Свидетельство о государственной регистрации                Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Юр.лица  (ОГРН)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выдано\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                      Гражданство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Р/счет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                   Адрес с индексом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кор/счет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

КБК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                              Паспорт серии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                                                                                          Выдан (кем) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                                                                                          Когда \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                                                                                          ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

    Главный врач МУЗ «ЦРБ»:

        \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_            \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_            \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

       (подпись)                           (расшифровка   подписи)                   (подпись)      (расшифровка   подписи)

 «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201 г.                                                            «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201   г.