ДОГОВОР N _____ на оказание платных медицинских услуг

г. Бор “____ ”_____ 20_._ г.

Гражданин(ка)_____,именуемый в дальнейшем «Заказчик», с одной стороны, и Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области «Борская центральная районная больница» (свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц о юридическом лице, зарегистрированном до 1 июля 2002 года серия 52 N 001304276 выдано инспекцией МНС России по Борскому району Нижегородской области, лицензия на осуществлении медицинской деятельности N ЛО-52-01-006352 от 22.01.2019 года, выданная Министерством здравоохранения Нижегородской области) в лице главного врача Смирнова Александра Владимировича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель» с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1.ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель берет на себя обязательство оказать «Заказчику» по его желанию следующие платные медицинские услуги,

Код	Наименование услуги	Кол-во	Цена, руб.	Сумма, руб.	Кабинет	Врач
	Итого:					

а Заказчик обязуется оплатить их в порядке и размере, установленных настоящим Договором.

Перечень услуг может быть оформлен в виде приложения к договору (может быть составлена калькуляция), являющийся неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.2. Медицинские услуги, перечисленные в п.1.1 настоящего договора, оказываются гражданину, именуемому в дальнейшем «Пациент»: _____

(ФИО, адрес места жительства, телефон)

1.3. Заказчик (Пациент) подтверждает, что на момент подписания настоящего договора ГБУЗ НО «Борская ЦРБ» уведомила его о том, что:- медицинские услуги, указанные в п.1.1, входят в Программу государственных гарантий бесплатного оказания населению Нижегородской области медицинской помощи и Заказчик (Пациент) вправе получить ее бесплатно в установленном действующим законодательством порядке - медицинские услуги, указанные в п.1.1, не входят в Программу государственных гарантий бесплатного оказания населению Нижегородской области медицинской помощи(несоответствующее зачеркнуть).

Подписав настоящий договор Заказчик добровольно согласился на оказание ему указанных услуг на платной основе.

1.4. Срок оказания медицинских услуг _____.

В случае изменения срока оказания медицинских услуг, стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора.

2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Заказчик обязуется

2.1.1. Оплатить оказанную Исполнителем услугу в порядке и в сроки, указанные в договоре.
2.1.2. Пред оставить врачу данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне ГБУЗ НО «Борская ЦРБ» (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.
2.1.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему договору.
2.1.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги. Соблюдать график прохождения процедур, правила внутреннего распорядка больницы, режима приема лекарственных средств, режима питания, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

2.2. Исполнитель обязуется
2.2.1. Оказать Заказчику(Пациенту)платные медицинские услуги надлежащего качества, установленные настоящим Договором.
2.2.2. Выдать Заказчику кассовый чек или иной документ, подтверждающий прием наличных денег.
2.2.3. Предупреждать Заказчика о случаях необходимости предоставления на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором.
2.2.4. После исполнения договора выдавать Заказчику медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.
2.2.5. Оказать без взимания платы предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Заказчика (Пациента) при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний.
2.2.6. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством порядке.
2.2.7. Вести учет вида, объемов, стоимости оказанных медицинских услуг, а также денежных средств, поступивших от Заказчика.
2.2.8. Немедленно извещать Заказчика (Пациента) о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг.
2.2.9. Предоставлять Заказчику(Пациенту)по его требованию и в доступной для него форме информацию:
- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;
- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

3.СТОИМОСТЬ ОБСЛУЖИВАНИЯ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ
3.1. Стоимость медицинских услуг, указанных в п. 1.1 настоящего договора, устанавливается действующим прейскурантом и составляет _____ прописью:(_____) рублей.

3.2. Оплата услуг осуществляется Заказчиком в порядке 100-процентной предоплаты путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.
3.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Заказчика. Данные изменения оформляются путем заключения дополнительного соглашения к настоящему договору или отдельным договором.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН
4.1. Стороны несут ответственность по данному договору в соответствии с действующим законодательством РФ.
4.2. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если таковое неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы.
4.3. ГБУЗ НО «Борская ЦРБ» не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Пациентом неполной информации о своем здоровье в соответствии с п. 2.1.2, либо вызванных медицинскими показаниями (противопоказания к их проведению), а также в случаях, предусмотренных п.2.1.4.5.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА
5.1. Настоящий Договор считается заключенным с момента подписания сторонами и действует до исполнения сторонами своих обязательств.
5.2. Настоящий договор может быть расторгнут по основаниям, предусмотренным гражданским законодательством.
5.3. В случае нарушения одной из сторон обязательств по договору другая сторона вправе расторгнуть договор в одностороннем порядке, уведомив об этом другую сторону при длящихся процедурах не менее чем за 3 дня, за исключением случаев, когда услуга носит разовый характер.
5.4. Заказчик вправе отказаться от исполнения настоящего Договора при условии оплаты фактически оказанных медицинский услуг.
5.5. В случае досрочного расторжения Договора Стороны должны исполнить свои обязательства, возникшие до даты расторжения.

6. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ
6.1. Все споры и разногласия по настоящему Договору решаются путем переговоров представителей сторон.
6.2. В случае если споры и разногласия не будут решены путем переговоров, они подлежат разрешению в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ
7.1. По вопросам не предусмотренных настоящим Договором, стороны руководствуются законодательством РФ.
7.2. Договор составляется в двух экземплярах (либо трех экземплярах, если Заказчик действует в пользу третьих лиц (Пациента)), имеющих одинаковую юридическую силу, и хранятся у сторон.

8. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель

ГБУЗ НО «Борская ЦРБ»
ИНН/КПП 5246006795/524601001
ОГРН 1025201527658
Юридический и фактический адрес:
606440 Нижегородская область, г. Бор, ул. Бабушкина, д.8
тел. (83159) 2-72-67, факс (83159) 2-75-13
Банковские реквизиты: р/с министерства финансов Нижегородской области
N 40601810422023000001 Волго-Вятское ГУ Банка России
г. Н. Новгород, л/с 24001120090,
БИК 042202001

Заказчик

_____
(ФИО)
Паспорт серия_____N _____

Выдан _____
дата выдачи __________

Адрес регистрации: _____
_____

Адрес фактического места жительства:
_____
Тел._____

Подписи сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ

_____

_____20__ г.

ЗАКАЗЧИК

_____

_____20__ г.

До заключения договора уведомлен 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 моего здоровья.

_____ _____
(подпись) (дата)

При заключении договора мне предоставлена в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая в том числе следующие сведения:

а) порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;

б) информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его квалификации сертификации);

в) информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

_____ _____

(подпись) (дата)