Договор

Об оказании платных медицинских услуг БУЗ Орловской области «Поликлиника №2»

г. Орел	«»	201г.
Бюджетное учреждение здравоохранения Орловской области «Пол «Поликлиника №2» (адрес осуществления деятельности г. Орел, ул. Устава, свидетельства о постановке на учет юридического лица в налог району г. Орла 30.12.1992 г. ОГРН № 1025700833960, лицензии об Департаментом здравоохранения Орловской области 25.04.2018 г. пере к лицензии, (адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензир д. 1, тел.4862 (47-53-47), в лице главного вра действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполн	8 Марта, д.2 де говом органе выдо серия ЛО-57 № . чень работ (услугрующего органа 30 ча Сергеева П.В.	йствующее на основании ино ИФНС по Советскому ЛО-57-01-001282, выдана) - согласно приложениям 02021, г. Орел, пл. Ленина,
Фамилия имя отчество телефон, Именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили нас 1. Предмет договора. 1.1. «Пациент» поручает, а Исполнитель обязуется предоставить следую	•	нижеследующем:
Исполнитель по согласованию с «Пациентом» назначает время очереднобъем, сроки и характер исследования и лечения. 2. Цена договора. 2.1. Стоимость оказываемых по настоящему договору медицинских уссоставляет рублей копеек.		
3. Порядок и сроки оплаты. 3.1. Медицинская услуга оплачивается «Пациентом» в полном объеме со действующим законодательством. 3.2. Платные медицинские услуги оказываются пациенту после 100% пременения и сроки предоставле 4.1. Платная медицинская услуга оказывается «Исполнителем» по нас Орловской области «Поликлиника №2», расположенном по адресо оказывает услуги по настоящему Договору в дни и часы работы, кот доводятся до сведения потребителя на вывеске. 4.2. Платная медицинская услуга предоставляется с «»	огласно прейскура едоплаты. е ния. стоящему Догово су: г. Орел, ул.8 М горые устанавлив: _ г. по «»	рру в помещении БУЗ Марта, д.2. <i>«Исполнитель»</i> аются администрацией и
5.1. «Пациент» имеет право. 5.1.1. В доступной для него форме получить имеющуюся информаці сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагно:		

- с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного
- 5.1.2. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается «Пациентом» или его представителем, а также медицинским работником.
- 5.2. «Пациент» обязан:
- 5.2.1. Оплатить предоставленную исполнителем медицинскую услугу в сроки и в порядке, которые определены договором;
- 5.2.2. Надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора, своевременно информировать «Исполнителя» обстоятельствах, препятствующих «Исполнителю» оказать услугу, о перенесенных заболеваниях и о любых аллергических реакциях;
- 5.2.3. Надлежащим образом исполнять все назначения «Исполнителя», обеспечивающие качественное предоставление медицинской услуги;
- 5.2.4. Заблаговременно, не менее чем за сутки, информировать «Исполнителя» о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения медицинской услуги;
- 5.2.5. Строго соблюдать правила внутреннего распорядка.
- 5.3. «Исполнитель» имеет право:
- 5.3.1. На получение полной необходимой и достоверной информации о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях «Пациента», с целью установления правильного диагноза и назначения лечения;
- 5.3.2. Самостоятельно определить методику и технологию оказания медицинской услуги;

- 5.3.3. В случае нарушения условий договора «Пациентом», расторгнуть договор в судебном порядке, взыскав фактически понесенные расходы, связанные с исполнением договора;
- 5.4. «Исполнитель» обязуется:
- 5.4.1. Своевременно и качественно оказывать услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.
- 5.4.2. В своей деятельности по оказанию медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.
- 5.4.3. Обеспечить *«Пациента»* в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о лицензировании, о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.
- 5.4.4. Хранить в тайне информацию о факте обращения «Пациента» за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).
- 5.4.5. Обеспечить *«Пациенту»* непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию *«Пациента»* копии заключений, отражающих состояние здоровья «Пациента».

6. Ответственность сторон

- 6.1. Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством.
- 6.2. «Исполнитель» освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение «Пациента» условий настоящего Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

7. Порядок изменения и расторжения договора

- 7.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, разрешаются сторонами путем переговоров или предъявления претензии в письменном виде. В случае невозможности урегулирования спора в досудебном порядке, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.
- 7.2. Все изменения в договор вносятся по соглашению сторон и оформляются дополнительным соглашением, которое является неотъемлемой частью договора.

8. Заключительное положение

- 8.1 Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до полного его исполнения.
- 8.2. Настоящий договор заключен в письменном виде, в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

9. Реквизиты сторон Исполнитель: Пациент: Бюджетное учреждение здравоохранения ФИО_ Орловской области «Поликлиника №2» паспорт серия № Г. Орел, ул.8 Марта, д.2 выдан____ Получатель: УФК по Орловской области БУЗ Орловской области "Поликлиника №2" адрес по месту регистрации л/сч. 20546У80230 Банковские реквизиты: p/c 40601810645251000029 адрес фактического проживания Отделение Орел БИК 045402001 ИНН 5753011890 контактный номер телефона: КПП 575301001 КБК 00000000000000000130 Тел.: (4862) 45-34-15 Сергеев П.В. (подпись, Ф.И.О.) (подпись, Ф.И.О.) «___» _____ 20__ год « » 20 год

Бюджетное учреждение здравоохранения Орловской области «Поликлиника №2» (БУЗ Орловской области «Поликлиника №2» (адрес осуществления деятельности г. Орел, ул. 8 марта, д.2 действующий на основании Устава, свидетельства о постановке на учет юридического лица в налоговом органе выдано ИФНС по Советскому району г. Орла 30.12.1992 г. ОГРН № 1025700833960, лицензии серия ЛО-57 № ЛО-57-01-001282. выдана Департаментом здравоохранения Орловской области 25.04.2018 г. перечень работ (услуг) :при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу, анестезиологии и реаниматологии, бактериологии, вакцинации (проведению профилактических прививок), лабораторной диагностике, лечебному делу, медицинской статистике, медицинскому массажу, операционному делу, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, физиотерапии, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), организации здравоохранения и общественному здоровью, терапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: клинической лабораторной диагностике, организации здравоохранения и общественному здоровью, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), аллергологии и иммунологии, анестезиологии и реаниматологии, бактериологии, гастроэнтерологии, гематологии, дерматовенерологии, инфекционным болезням, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, колопроктологии, лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, неврологии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, профпатологии, психотерапии, пульмонологии, ревматологии, рентгенологии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии, эндоскопии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: неврологии, хирургии. При оказании паллиативной медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; терапии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым), медицинским осмотрам профилактическим; при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приемные родители, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством, медииинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе профессиональной пригодности, экспертизе временной нетрудоспособности., (адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа 302021, г. Орел, пл. Ленина,д.1,тел.4862(47-53-47), в лице главного врача Сергеева П.В.

действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», уведомляет Пациента (потребителя/заказчика)_______

Фамилия имя отчество телефон, адрес проживания о том, что, в связи с отсутствием в БУЗ Орловской области «Поликлиника №2» врача-психиатра и врача-нарколога, освидетельствование у данных специалистов проводится в БУЗ Орловской области «Орловский психоневрологический диспансер» (адрес осуществления деятельности: г. Орел, пер. Соляной 28), и БУЗ Орловской области «Орловский наркологический диспансер» (адрес осуществления деятельности: г. Орел, ул. Карачевская 42 «а»). Условия, порядок и стоимость освидетельствования устанавливаются во внутренних нормативных документах этих учреждений. Несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинской 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 потребителя.

Исполнитель:
Бюджетное учреждение здравоохранения
Орловской области «Поликлиника №2»
г. Орел, ул.8-е марта, д.2
Сергеев П.В.

	Пациент (паспортные данные):	
ФИО		
паспорт	серия №	
адрес по месту регистрации		

(подпись, Ф.И.О.)	(подпись, ФИО)
«»20 г.	«»20 г.
Информированное добровольное согласие пациента (потреби получение платных медици Я	
(ФИО полностью)	,
являясь законным представителем пациента (подчеркнуть в случае	
настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получен области «Поликлиника №2» (Исполнитель) в рамках письмен	
№ (далее-Договор). При этом Исполнитель в дост	
-ознакомил с Правилами предоставления медицинскими орга Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012г. №1006);	
-ознакомил с действующим в медицинской организации Прейск утвержденным в установленном порядке;	курантом цен (тарифов) на медицинские услуги,
-уведомил о возможности получения соответствующих видов и обрамках программы государственных гарантий бесплатного герриториальной программы государственных гарантий бесплатно-уведомил в письменной форме до заключения Договора о то Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего пназначенного режима лечения, могут снизить качество предостав собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказа	оказания гражданам медицинской помощи и ого оказания гражданам медицинской помощи; ом, что несоблюдение указаний (рекомендаций) платную медицинскую услугу), в том числе вляемой платной медицинской услуги, повлечь за
Настоящее соглашение мною прочитано и подписано после прово информацией по порядку предоставления платных медицинских оказании платных медицинских услуг. Своей подписью подтвер необходимых персональных данных, в объеме и способами, уп персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обяза	их услуг и является приложением к договору об рждаю дачу согласия Исполнителю на обработку указанными в Федеральном законе №152-ФЗ «О
Пациент /	/Специалист
(расшифровка подписи)	указать ФИО)
Дата «»20г.	