



<b>Всего:</b>					

1.2. Заказчик оплачивает услуги на условиях 100% предоплаты путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя.

1.3. В случае увеличения в процессе оказания медицинских услуг их объема или стоимости Заказчик обязуется доплатить необходимую сумму в течение 2 дней с даты получения соответствующего счета.

1.4 Срок оказания медицинских услуг: с «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г. по «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

## 2.

### Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1 .Оказать Заказчику медицинские услуги, соответствующие санитарно-гигиеническим требованиям условия.

2.1.2. Привлекать к оказанию услуг квалифицированных врачей и иной медицинский и обслуживающий персонал. Выбор лечащего врача осуществляется Исполнителем.

2.1.3. Провести Заказчику необходимый объем обследований и консультаций для установления диагноза, обеспечить качественное ведение медицинской документации.

2.1.4. Предоставить Заказчику в доступной форме достоверную информацию о состоянии его здоровья, результатах обследования, диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского, в т.ч. хирургического вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения, дать необходимые медицинские рекомендации после завершения лечения.

2.2. Заказчик обязуется:

2.2.1. Подробно информировать врача об имеющихся заболеваниях, ранее перенесенных травмах, операциях, отравлениях, наследственных заболеваниях, непереносимости лекарств и др. аллергических реакциях.

2.2.2. Пройти предписанный врачами комплекс диагностических, лабораторных и инструментальных обследований.

2.2.3. Производить оплату медицинских услуг по ценам Исполнителя, с которыми Заказчик ознакомился перед заключением настоящего договора.

2.3. Заказчик соглашается с тем, что:

2.3.1. При предварительном осмотре может возникнуть необходимость проведения дополнительных (специализированных) методов обследования, которые осуществляются Исполнителем путем дополнительной оплаты.

## 3.

### Ответственность сторон

3.1. Стороны несут ответственность за надлежащее исполнение своих обязательств по договору в соответствии с законодательством РФ.

3.2. Исполнитель несет ответственность в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязанностей при наличии своей вины.

3.3. Исполнитель не несет ответственности за качество оказываемых услуг, если Заказчик не выполняет предписаний лечащего врача или прерывает лечение без письменного уведомления Исполнителя, а также при существенном нарушении других условий настоящего договора.

3.4. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения Договора в результате событий чрезвычайного характера, которые стороны не смогли предвидеть или предотвратить разумными мерами (форс-мажор).

3.5. К таким событиям чрезвычайного характера относятся: наводнение, пожар, землетрясение, взрыв, шторм, оседание почвы, эпидемия и иные явления природы, а также война, военные действия, запретительные акты или действия правительств или государственных органов, гражданские волнения, восстания, вторжения и любые другие обстоятельства вне разумного контроля Сторон.

3.6. При наступлении указанных обстоятельств Сторона обязана без промедления известить о них в письменном виде другую Сторону и согласовать свои дальнейшие действия по выполнению настоящего Договора.

#### 4. Конфиденциальность

4.1. Стороны берут взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего Договора, а также обязуются принимать все необходимые меры, чтобы избежать даже частичного нарушения конфиденциальности.

4.2. С согласия Заказчика допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим лицам, указанным Заказчиком.

4.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Заказчика допускается в случаях, установленных ст.13 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

#### 5. Разрешение споров

5.1. Споры, возникшие между сторонами в рамках настоящего договора или в связи с ним, урегулируются сторонами путем переговоров. В случае не достижения согласия сторонами спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

#### 6. Прочие условия

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания сторонами и действует до полного выполнения сторонами всех обязательств.

6.2. Стороны договорились признавать факсимиле как надлежащую подпись в договоре.

6.3. Все изменения и дополнения к настоящему договору должны быть совершены в письменной форме по взаимному соглашению сторон.

6.4. Взаимоотношения сторон, не предусмотренные настоящим договором, регулируются действующим законодательством РФ.

6.5. Настоящий договор составлен в \_\_\_\_\_-х экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

#### 7. Адреса и реквизиты сторон:

##### Исполнитель:

ГБУЗ «ГБ» г. Ясного  
462781, г. Ясный, ул. Парковая, 21  
ИНН 5618000771 КПП 561801001  
Тел.: 8(35368)2-04-56  
р/с 40601810700003000001  
БИК 045354001  
Отделение Оренбург г. Оренбург  
Министерство финансов Оренбургской  
Области (л/с 039111470)  
КБК 000 0 00 00000 00 0000 130

 И.Х. Кильметьев

##### Заказчик:

\_\_\_\_\_  
ФИО

\_\_\_\_\_  
Дата рождения «\_\_» \_\_\_\_\_ г.  
Документ, удостоверяющий личность  
Серия, номер  
Дата выдачи  
Кем выдан  
Место жительства

##### Потребитель:

Фамилия \_\_\_\_\_  
Имя \_\_\_\_\_  
Отчество \_\_\_\_\_  
Паспорт (номер) \_\_\_\_\_  
Дата выдачи \_\_\_\_\_  
Кем выдан \_\_\_\_\_  
Адрес места жительства \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие Заказчика  
на предоставление медицинских услуг на платной основе**

ГБУЗ «ГБ» г. Ясного

На основании ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», от 21.11.2011г. № 323-ФЗ и в соответствии с требованиями « Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012г. № 1006, я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

дата рождения \_\_\_\_\_, законный представитель, действующий (ая) в отношении \_\_\_\_\_

*(ребенка до 15-летнего возраста или недееспособного лица, которое по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство)*

в рамках Договора № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г., желаю получить платные медицинские услуги в государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Городская больница» города Ясного (далее - Больница ), по адресу: г. Ясный, ул. Парковая, 21, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я ознакомился (ась) с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Оренбургской области, об условиях и сроках получения бесплатной медицинской помощи информирован(а). Мне разъяснен порядок оказания бесплатной медицинской помощи. Я ознакомлен с тем, что смогу получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях на других условиях. Получив от сотрудников Больницы полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в данной Больнице, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и одновременно несколько видов медицинских услуг.

3. Мне разъяснено и я осознал (а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат, и что при проведении операции и после нее, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.

4. Я согласен (а) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Больница не несет ответственности за их возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен (на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей Больницы. Несоблюдение указаний (рекомендаций) 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.

6. Я проинформирован (а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги именно в данной Больнице.

7. Я проинформирован (а), что платные медицинские услуги не гарантируют внеочередного получения услуги.

8. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Заказчик: \_\_\_\_\_, паспорт серия \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,

Выдан: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_ г.

Подпись: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /