

ДОГОВОР № _____
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Сочи

«__» _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Центр охраны материнства и детства города Сочи» министерства здравоохранения Краснодарского края, основной государственный номер (ОГРН): 1102366007094 дата государственной регистрации от 06.10.2010 года свидетельство о внесении изменений от 13.11.2018 в МИФНС № 7 по Краснодарскому краю, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице и.о. главного врача Андрея Васильевича Аргунова, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин(-ка) или его законный представитель _____

(Ф. И.О. гражданина или законного представителя)

именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется оказать платные медицинские услуги в объеме, установленном Приложением № 1 к настоящему договору:

1.1.1. Заказчику (Потребителю) _____

1.1.2. несовершеннолетнему пациенту (Потребителю) _____

«__» _____ г.р., данные паспорта, свидетельства о рождении _____

законным представителем, которого является Заказчик.

1.2. Перечень и стоимость услуг, предоставляемых Заказчику (Потребителю), указаны в прейскуранте Исполнителя, действующем на дату составления настоящего договора.

1.3. При исполнении настоящего договора стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации и Краснодарского края, регулирующим предоставление гражданам платных медицинских услуг.

2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1. Услуги Заказчику (Потребителю) оказываются в соответствии с режимом работы Исполнителя, который доводится до сведения Заказчика при заключении договора, по адресу: _____

2.2. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг, не предусмотренных пунктом 1.1. настоящего договора, они оформляются дополнительным соглашением к настоящему договору и оплачиваются Заказчиком согласно прейскуранту.

3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость оказываемых Заказчику (Потребителю) услуг согласно прейскуранту, составляет _____ руб.

3.2. Оплата Заказчиком производится наличным платежом в кассу или по безналичному расчету на счет Исполнителя до предоставления медицинской услуги (предоплата).

3.3. При оплате наличным платежом в кассу Исполнитель обязан выдать Заказчику документы, подтверждающие прием наличных денег.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Исполнитель обязан:

4.1.1. своевременно и качественно оказать Заказчику (Потребителю) медицинские услуги в установленный договором срок;

4.1.2. предоставить Заказчику (Потребителю) доступную для его понимания достоверную информацию о предоставляемых услугах до подписания договора;

4.1.3. при оказании медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке;

4.1.4. вести установленную законодательством медицинскую документацию, а также учет видов, объемов и стоимости, оказываемых Заказчику (Потребителю) услуг;

4.1.5. обеспечить Заказчику непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию Заказчика копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья Заказчика (Потребителя);

4.1.6. хранить в тайне информацию, содержащуюся в медицинской документации Заказчика (Потребителя), и предоставлять ее без согласия Заказчика в установленных законом случаях, а также лицам, указанным Заказчиком в пункте 5.8. настоящего договора.

4.2. Исполнитель имеет право:

4.2.1. требовать от Заказчика предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему медицинских услуг;

4.2.2. привлекать для оказания Заказчику (Потребителю) медицинских услуг третьих лиц;

4.2.3. в случае возникновения потенциальной угрозы жизни и здоровью Заказчика (Потребителя), а также в иных неотложных ситуациях, действуя в условиях крайней необходимости, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной договором;

4.2.4. в случае невозможности оказания услуги отказаться от исполнения обязательств по договору при условии возврата Заказчику стоимости оплаченной услуги.

4.2.5. требовать от Заказчика полной оплаты оказанных услуг.

4.3. Заказчик обязан:

4.3.1. своевременно оплатить стоимость услуги;

4.3.2. сообщить Исполнителю сведения, необходимые для качественного исполнения услуги (реакция на медикаменты, перенесенные заболевания и пр.);

4.3.3. соблюдать в полном объеме правила и условия получения медицинской услуги, установленные Заказчиком, неукоснительно соблюдать рекомендации врачей;

4.3.4. своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Заказчиком условий договора, а также о необходимости изменения назначенного Заказчику (Потребителю) времени получения медицинской услуги.

4.4. Заказчик имеет право:

4.4.1. получать от Исполнителя полную, доступную для понимания, своевременную информацию о получаемой медицинской услуге;

4.4.2. отказаться от получения услуги на любом этапе и получить оплаченную сумму, с возмещением Исполнителем фактически понесенных затрат.

5. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ УСЛУГЕ

5.1. Исполнитель имеет лицензию на медицинскую деятельность _____ от _____, выданную министерством здравоохранения Краснодарского края, расположенному по адресу: г. Краснодар ул. Коммунаров, д. 276, тел. (861) 992-53-68.

5.2. Заказчик уведомлен о том, что данный вид медицинской услуги не входит (входит) в Территориальную программу государственных гарантий и не финансируется (финансируется) из средств бюджета или обязательного медицинского страхования.

Я, _____ (Ф.И.О. Заказчика) информирован(а) об альтернативной возможности получения медицинской помощи за счет бюджетных средств, а также о правилах оказания данных видов помощи в рамках программы государственных

гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в ГБУЗ «ЦОМид г.Сочи» МЗ КК.

Я отказываюсь от предоставления медицинской помощи за счет государственных средств и подтверждаю свое желание на получение платных медицинских услуг ГБУЗ «ЦОМид г.Сочи» МЗ КК, с момента начала предоставления медицинской услуги до момента ее окончания.

Подпись _____

5.3. Перед оказанием медицинской услуги врач обследует Заказчика (Потребителя) и устанавливает отсутствие противопоказаний.

5.4. Началом предоставления медицинской услуги считается:

5.4.1. при стационарном лечении - день госпитализации;

5.4.2. при амбулаторном лечении - первичный осмотр и обследование.

5.5. Лечение производит врач (врачи): _____ (Ф.И.О., врачебная квалификационная категория)

5.6. Заказчик дает согласие на сообщение в стол информации Исполнителя о пребывании в стационаре (отказывается от сообщения информации).

5.7. Заказчик дает разрешение на предоставление информации о состоянии своего здоровья, результатах обследования и лечения следующим лицам: _____ (Ф.И.О. полностью, адрес регистрации, фактического проживания, номер телефона)

5.8. Заказчик дает согласие на получение информации о своем здоровье лично (отказывается от получения информации). При отказе - эти сведения сообщить: _____ (Ф.И.О. полностью, адрес регистрации, фактического проживания, номер телефона)

5.9. Заказчику по его требованию выдается листок нетрудоспособности в случаях, предусмотренных действующими нормативными актами.

5.10. Заказчик информирован:

5.10.1. о возможных (но не обязательных) осложнениях медицинской услуги, которые могут причинить вред здоровью: _____

В случае возникновения осложнений Исполнитель предпринимает действия, направленные на устранение их последствий без дополнительной оплаты.

5.10.2. О несовершенстве медицинской науки и практики, и невозможности в связи с этим гарантировать ожидаемые результаты лечения.

5.11. Необходимым предварительным условием оказания медицинской помощи является добровольное информированное согласие пациента на предоставление медицинских услуг. Подписанием Договора Заказчик (Потребитель) подтверждает согласие на получение медицинской помощи за установленную плату. Заказчик (Потребитель) подтверждает также свое информированное добровольное согласие на оказание медицинской помощи и согласие на обработку персональных данных, в частности, предоставляет Исполнителю право совершать действия (операции) с персональными данными, включающими сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, к которым относится информация, относящаяся к физическому лицу (субъекту персональных данных), в том числе - фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, национальность, адрес, семейное, социальное, имущественное положение, образование, профессия, состояние здоровья, интимной жизни, другую необходимую информацию.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Исполнителем условий договора Заказчик вправе по своему выбору потребовать:

6.1.1. назначения нового срок оказания услуги;

6.1.2. уменьшения стоимости предоставленной услуги;

6.1.3. исполнения услуги другим специалистом;

6.1.4. расторжения договора и возмещения убытков, в том числе понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги, если это необходимо, в других медицинских учреждениях.

6.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

6.3. В случае неоплаты Заказчиком фактически предоставленных медицинских услуг, Исполнитель обращается в суд г. Краснодара, о взыскании денежных с Заказчика, а также возмещение убытков связанные с подачей исковых требований.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ЕГО РАСТОРЖЕНИЯ

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

7.2. Условия договора могут быть изменены по соглашению сторон путем оформления в письменной форме дополнений, являющихся неотъемлемой частью договора.

7.3. Договор, может быть, расторгнут по соглашению сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

8.1. Споры и разногласия, возникающие в процессе исполнения данного договора, разрешаются путем переговоров, а в случае не достижения согласия - в судебном порядке города Краснодара.

8.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой стороны.

РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:
ГБУЗ «ЦОМид г.Сочи» МЗ КК
Юр. адрес: 354057, г.Сочи, ул.Дагомысская, 46
ИНН 2320185890
КПП 232001001
ОГРН: 1102366007094
БИК: 040349001
Минфин КК (ГБУЗ «ЦОМид г.Сочи» МЗ КК
Рс/40601810900003000001
л/с 828.52.670.0
Южное ГУ Банка России

Заказчик: _____
(Ф.И.О.)
Паспорт: _____
(серия, номер, кем и когда выдан)
Адрес: _____
Тел. _____
_____ / _____ /

_____ / А.В.Аргунов /
М.п.

В соответствии п. 1.1. Договора об оказании медицинских услуг Заказчику (Пациенту) от _____ 20__ г. № _____, заключенного Заказчиком и Исполнителем, Стороны договорились о нижеследующем:

Исполнитель обязуется оказать Заказчику (Пациенту), а Заказчик оплатить следующие услуги:

Код услуги	Наименование услуги	Количество	Лечащий врач	Стоимость за одну единицу (руб.)	Общая стоимость (руб.)	Дата оказания услуги в полном объеме

Исполнитель:

Заказчик:

_____/А.В.Аргунов/

_____/_____/