

## ДОГОВОР № на предоставление платных медицинских услуг

334068 г. ВОРОНЕЖ ПЕРЕУЛОК БОТАНИЧЕСКИЙ д.47

БУЗ ВО ВГПЗ, именуемое в дальнейшем "Исполнитель", зарегистрированный в ИФНС по Коминтерновскому району, Воронеж от 01.07.1994 г., ОГРН 1023601581980, лицензия N ЛО-36-01-002664 выдана Департаментом здравоохранения Воронежской области от "29" июня 2016 г., в лице главного врача ПОПОВА Ю.В., действующего на основании Устава действующего на основании Устава и Положения "Об отделении по оказанию платных медицинских услуг населению", с одной стороны, и гражданин

\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем "Потребитель"  
(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем "Законный  
(Ф.И.О.)

представитель потребителя", действующий (ая) в интересах

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

, заключили настоящий договор о предоставлении платных медицинских услуг.

### 1. ПРЕДМЕТ ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВОГО ДОГОВОРА

1.1. Предметом настоящего договора является соглашение между Пациентом и Исполнителем в том, что Исполнитель предоставляет, а Пациент доверяет исполнение платной консультативной, лечебной, инструментально-диагностической помощи (Приложение 2).

1.2. Медицинские услуги должны быть предоставлены в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ, в том числе предъявляемые к качеству медицинских услуг.

### 2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Пациент обязан:

2.1.1. Ознакомиться с условиями договора и Правилами предоставления платных медицинских услуг.

2.1.2. Произвести оплату за получаемые медицинские услуги в соответствии с действующим прейскурантом цен. 2.1.3. Явиться на прием для оказания услуг в согласованные с Исполнителем сроки.

2.1.4. Предоставить Исполнителю полную и достоверную информацию по заболеванию.

2.1.5. Получить весь объем медицинских услуг у Исполнителя.

2.1.6. Выполнять все врачебные рекомендации Исполнителя ..

2.1.7. Обратиться к Исполнителю при наступлении ухудшения после проведения лечения. 2.2. Исполнитель обязан:

2.2.1. Информировать пациента о том, что он имеет право на бесплатные медицинские услуги в рамках Программы государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощи.

2.2.2. Предоставить пациенту бесплатную доступную и достоверную информацию о перечне платных услуг, с указанием их цен по прейскуранту цен, номер лицензии и дату ее выдачи, а также ознакомить с Правилами предоставления и получения платных медицинских услуг в ЛПУ.

2.2.3. Информировать пациента о состоянии его здоровья, а также о возможных осложнениях в процессе оказания медицинских услуг.

2.2.4. Согласовать дату и время явки Пациента для получения необходимых услуг. 2.2.5. Выполнять принятые договорные обязательства в полном объеме и качественно.

2.2.6. При оказании медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинских технологий, лекарственных средств, иммунобиологические препараты, дезинфекционные средства, разрешенные к применению российским законодательством.

2.2.7. Хранить информацию, содержащуюся в медицинских документах Пациента, втайне (врачебная тайна) и не предоставлять ее третьим лицам без согласия Пациента, за исключением случаев, установленных законодательством Российской Федерации.

2.2.8. Вести учет видов, объемов и стоимости оказываемых Пациенту м-рицин(ких) услуг.

2.3. Пациент имеет право:

2.3.1. Получать разъяснения по возникшим вопросам в ходе оказания услуг и дополнительные сведения необходимые для выполнения своих обязательств по договору.

2.3.2. Предъявлять непосредственно к Исполнителю требования, вытекающие из настоящего договора, в частности в отношении качества и своевременности предоставления услуг.

2.3.3. Получать от Исполнителя информацию о требованиях законодательства, касающегося выполнения медицинских услуг, в том числе об основаниях, для замечаний и выводов, сделанных Исполнителем.

2.3.4. Требовать возврата оригиналов документов, предоставленных им Исполнителю для оказания услуг, в любое удобное для него рабочее время.

2.3.5. В одностороннем порядке отказаться от исполнения обязательств по настоящему договору, оплатив Исполнителю фактически понесенные им расходы.

2.4. Исполнитель имеет право:

2.4.1. Требовать от Пациента соблюдения правил оказания медицинских услуг.

2.4.2. Принимать от Пациента оригиналы документов относящиеся к предмету настоящего договора.

2.4.3. Давать разъяснения Пациенту по возникшим вопросам в ходе оказания услуг и дополнительные сведения необходимые для выполнения им своих обязательств по договору.

2.4.4. Приостановить оказание услуг по настоящему договору при непредоставлении всей требующейся документации и информации, необходимой для выполнения своих обязательств.

Период оказания услуг до

2.4.5. В случае потенциальной угрозы здоровью Пациента, оказать ему медицинские услуги, которые требуются в данной ситуации для обеспечения здоровья Пациента.

2.4.6. В одностороннем порядке отказаться от исполнения обязательств по настоящему договору после передачи Пациенту письменного обоснования причин послуживших отказу, полностью урегулировав все финансовые вопросы с Пациентом.

### 3. УСЛОВИЯ РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость предоставляемых услуг определяется прейскурантом цен. Оплата медицинских услуг осуществляется Пациентом в момент заключения договора. Исполнитель обязан передать на руки Пациенту квитанцию об оплате, являющуюся документом строгой отчетности, утвержденным в установленном порядке.

#### 4. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА НЕПРЕОДОЛИМОЙ СИЛЫ

4.1. Стороны освобождаются от ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязательств по настоящему договору в случае, если оно явилось следствием обстоятельства непреодолимой силы, а именно наводнения, пожара, землетрясения, диверсии, военных действий, блокад, изменения законодательства, препятствующих надлежащему исполнению обязательств по настоящему гражданско-правовому договору, а также других чрезвычайных обстоятельств, которые возникли после заключения настоящего гражданско-правового договора и непосредственно повлияли на исполнение Сторонами своих обязательств, а также которые Стороны были не в состоянии предвидеть и предотвратить.

4.2. При наступлении таких обстоятельств срок исполнения обязательств по настоящему договору отодвигается соразмерно времени действия данных обстоятельств постольку, поскольку эти обстоятельства значительно влияют на исполнение настоящего договора в срок.

#### 5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ и условиями настоящего договора.

5.2. Расторжение договора возможно по соглашению сторон или по решению суда по основаниям, предусмотренным гражданским законодательством Российской Федерации.

5.3. Сторона вправе потребовать расторжения настоящего договора в случаях существенного нарушения договора другой стороной.

#### 6. ПОРЯДОК УРЕГУЛИРОВАНИЯ СПОРОВ

6.1. Стороны принимают все меры к тому, чтобы любые спорные вопросы, разногласия либо претензии, касающиеся исполнения настоящего договора, были урегулированы путем переговоров.

6.2. Любые споры, не урегулированные во внесудебном порядке, разрешаются в суде.

#### 7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

7.2. Настоящий договор действует с момента подписания его сторонами и действует до полного оказания услуг по настоящему договору.

7.3. Любые изменения и дополнения к настоящему, не противоречащие действующему законодательству РФ, оформляются в письменной форме дополнительными соглашениями Сторон.

Приложения:

1. Информированное добровольное согласие потребителя (законного представителя потребителя).
2. Спецификация к договору на оказание платных медицинских услуг.

#### 8. ПОДПИСИ СТОРОН ДОГОВОРА

"Исполнитель"

"ПОТРЕБИТЕЛЬ"

БУЗ ВО ВГП 3  
394068 г. ВОРОНЕЖ ПЕРЕУЛОК БОТАНИЧЕСКИЙ Д.47, Тел. 8(473)  
21-06-08

Получатель: департамент финансово-бюджетной политики  
Воронежской области  
(БУЗ ВО "ВГП №3")  
ИНН 3662014096 / КПП 382001001

ОКФТО  
КБК

Банк получателя:  
ДФБП ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ (БУЗ ВО "ВОРОНЕЖСКАЯ  
ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №3", Л/С 017095449)  
БИК 042007001

Зав. отделением платных услуг  
БУЗ ВО "ВГП №3"

\_\_\_\_\_/ Л.В. Жомирук/  
М.П. (подпись)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ  
ПОТРЕБИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПОТРЕБИТЕЛЯ)

Я, \_\_\_\_\_  
 - потребитель \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)  
 - законный представитель потребителя \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)  
действующий(ая) в интересах \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

в рамках договора на оказание платных медицинских услуг желаю получить платные медицинские услуги в БУЗ ВО ВГП 3, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников БУЗ ВО ВГП 3 полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, даю согласие на оказание мне (потребителю) платных медицинских услуг и готов их оплатить.

2. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение мне (потребителю) не гарантирует 100% результат и что, как в ближайшее время, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.

3. Я согласен(на) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных индивидуальными биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, БУЗ ВО ВГП 3 не несет ответственность за их возникновение.

4. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнить все назначения, рекомендации и советы врача.

5. Мною добровольно, без какого-либо принуждения, и по согласию с врачом выбраны виды платных медицинских услуг, которые я хочу получить в БУЗ ВО ВГП 3, и я согласен(на) их оплатить.

6. Я ознакомлен(на) с действующим прейскурантом и согласен(на) с указанным в нем расценках на платные медицинские услуги.

7. Я проинформирован(на), что по поводу имеющегося у меня заболевания я могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанных платных услуг в БУЗ ВО ВГП 3.

8. Я проинформирован(на) о том, что все медицинские учреждения, независимо от ведомственной подчиненности и формы собственности, оказывают платные медицинские услуги в порядке, определенном постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012г. № 1006 "Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг", которые являются обязательным для исполнения всеми медицинскими учреждениями. Я осознаю, что в соответствии с вышеуказанным нормативно-правовым актом, платные медицинские услуги предоставляются населению дополнительно к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи и (или) при отсутствии соответствующих медицинских услуг в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи при наличии согласия пациента.

Мне известно содержание и ясен смысл статьи 41 Конституции Российской Федерации, гарантирующей возможность получать медицинскую помощь в государственных учреждениях здравоохранения бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

Мне разъяснено содержание и ясен смысл статьи 19 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" о праве на получение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи только в пределах и в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

9. Я добровольно, без какого либо принуждения со стороны медицинского персонала БУЗ ВО ВГП 3, полностью понимаю значения своих действий, даю свое информированное согласие на получение платных медицинских услуг

10. Мне известно, что в соответствии со статьей 20 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2012 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, определенных пунктом 9 статьи 20 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2012 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Мне так же известно, что в случае отказа от получения медицинской услуги, я должен буду компенсировать БУЗ ВО ВГП 3 понесенные в связи с этим расходы, пропорционально исполненному объему услуг.

11. Настоящее соглашение мною прочитанно, я полностью понимаю преимущества оказания предложенных мне видов платных медицинских услуг в БУЗ ВО ВГП 3 и даю согласие на их применение. Правовые последствия выражения данного согласия мне известны, я их полностью осознаю и принимаю. Притензий к БУЗ ВО ВГП 3 в рамках данного согласия не имею и иметь не буду.

- потребитель \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_ подпись  
 - законный представитель потребителя \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)(подпись)

Спецификация к договору на оказание платных медицинских услуг № от

Наимование	Ед.Изм.	Кол-во	Цена, руб.	Сумма, руб.
------------	---------	--------	------------	-------------

Всего

ИТОГО:

- потребитель \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_ подпись

- законный представитель потребителя \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)(подпись)

ОБРАЗЕЦ