

1. Предмет договора

- 1.1. Предметом настоящего договора является оказание "Исполнителем" медицинских услуг по поручению "Заказчика" в интересах "Пациента".
 1.2. "Исполнитель" обязуется оказать услуги:

Наименование	Ед.изм.	Цена(руб)	Кол-во	НДС	Сумма(руб)

в течение 10 дней с момента оплаты.

- 1.3. Сроки оказания услуги могут быть изменены "Исполнителем" при необходимости дополнительной подготовки к оказанию услуг(и), вызванной в т.ч. физиологическими особенностями организма, состоянием "Пациента", а также по иным причинам.
 1.4. "Исполнитель" обязуется предоставить "Пациенту" на возмездной основе медицинские услуги, указанные в перечне, являющемся неотъемлемой частью настоящего договора в соответствии с лицензией N ЛО-61-01-005956 от 04.08.2017 г., и № ЛО-61-01-006407 от 14.05.2018 бессрочно, выданными Министерством здравоохранения Ростовской области (г.Ростов-на-Дону, ул.1-ой конной Армии,33тел.:(863)286-98-16), а Исполнитель обязуется своевременно оплатить стоимость предоставленных медицинских услуг. Медицинская услуга оказывается "Исполнителем (ф.и.о.)" в соответствии с правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг,утвержденными постановлением Правительства РФ от 04.10.2012г. N1006.
 1.5. Услуга считается оказанной после подписания акта приема-передачи оказанных услуг Заказчиком. Акт является приложением к настоящему договору.

2. Обязанности и права сторон.

- 2.1. "Исполнитель" обязан:
 2.1.1. Оказать медицинские услуги с надлежащим качеством с исполнением всех действий, диагностические вмешательства, назначения лекарственных препаратов,включая препаратов,не входящих в Перечень жизненно необходимых и важных лекарственных препаратов, манипуляций, процедур, методов лечения и др.) в соответствии с требованиями, регламентируемыми МЗ РФ и состоянием здоровья пациента. Информировать о возможных последствиях , осложнениях , возникающих при применяемых методах обследования и лечения под личную подпись "Пациента".
 2.1.2. Безвозмездно исправить по требованию "Заказчика" все выявленные недостатки по оказанию услуги.
 2.1.3. По окончании оказания мед.услуги выдать "Пациенту" мед.документы (их копии, выписки), отражающие состояние здоровья "Пациента".
 2.1.4. Соблюдать врачебную тайну.
 2.1.5. Удостоверить личной подписью бланк информированного согласия на проведение обследования и лечения, либо отказ от медицинских услуг.
 2.2. "Заказчик" обязан:
 Оплатить оказанную услугу при подписании договора наличными денежными средствами в кассу "Исполнителя" до оказания медицинской услуги.

- 2.3. "Пациент" обязан:
 2.3.1. Предоставить "Исполнителю" полную информацию, касающуюся состояния здоровья "Пациента" (анамнез жизни и болезни, аллергологический анамнез, сведения о перенесенных заболеваниях и травмах) и заполнить анкету о состоянии здоровья.
 2.3.2. Выполнять все назначения и рекомендации специалистов (медицинских работников) "Исполнителя".
 2.3.3. В случае отказа от назначений и рекомендаций, назначенных специалистами "Исполнителя", дать соответствующую расписку об отказе от медицинского вмешательства.
 2.3.4. Соблюдать правила внутреннего распорядка "Исполнителя".
 2.3.5. Соблюдать правила гигиены.
 2.3.6. Имеет право расторгнуть данный договор, согласно условиям настоящего договора, уведомив "Исполнителя" и "Заказчика" в письменной форме.
 2.4. "Исполнитель" вправе:
 2.4.1. В случае возникновения неотложных состояний у "Пациента" "Исполнитель" вправе осуществлять действия в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", в том числе принимать решения о медицинском вмешательстве в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.

Заказчик _____
 (подпись)

- 2.5. "Заказчик" вправе:
 2.5.1. В любое время отказаться от исполнения договора, письменно уведомив об этом "Исполнителя", при этом возместив "Исполнителю":
 - фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему договору (рассчитываются "Исполнителем" по факту в случае приступления к подготовке проведения услуги и ее оказании),
 - расходы, связанные с составлением и оформлением настоящего договора - в сумме 49,00 руб.

- 2.6. "Пациент" вправе:
 2.6.1. Получить информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения и обследования.

3. Стоимость расчета и порядок расчетов

3.1. Цена медицинских услуг определяется на основании Прейскуранта цен МБУЗ ЦГБ г. Азова, действующего на момент оплаты услуги. Стоимость медицинских услуг, согласно Приложению к настоящему договору, составляет сумму настоящего договора. За оказание медицинской услуги "Заказчик" оплачивает "Исполнителю" всего _____) _____ рублей ____ копеек).

- 3.2. Основанием для предоставления услуги является квитанция, кассовый чек, выданные в кассе "Исполнителя" на предоставление медицинской услуги.
 3.3. Плановая медицинская помощь "Пациенту" может быть оказана после осуществления предоплаты "Заказчиком" в размере не менее ориентировочной стоимости лечения с проведением последующих взаиморасчетов по фактическим затратам между "Исполнителем" и "Заказчиком".
 3.4. Возврат денежных средств за не оказанные медицинские услуги производится по заявлению "Заказчика" в течении трёх рабочих дней.

4. Ответственность сторон

- 4.1. За невыполнение или некачественное выполнение обязательств "Заказчик" и "Исполнитель" несут имущественную ответственность в соответствии с действующим законодательством.
 4.2. "Исполнитель" не несет ответственности за осложнения, вызванные невыполнением "Пациентом" рекомендаций и требований "Исполнителя".
 4.3. Ответственность за сохранность приобретённых бланков справок и медицинских заключений несёт "Заказчик"; в случае утраты вышеуказанных бланков восстановление бланка и (или) выдача его дубликата "Исполнителем" не производится.
 4.4. "Исполнитель" несет ответственность перед "Заказчиком" за несоблюдение сроков оказания услуги в размере 1/300 ставки рефинансирования ЦБ РФ, действующей на день оплаты, от цены услуги за каждый день просрочки, но не выше цены услуги.
 4.5. "Исполнитель" не несет ответственность за неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств, если докажет, что это произошло в следствие действий непреодолимой силы или нарушения "Пациентом" требований п.2.3. настоящего договора.

5. Прочие условия

- 5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания обеими сторонами и действует до исполнения обязательств сторонами.
 5.2. Все изменения и дополнения к настоящему договору имеют силу только в том случае, если они оформлены в письменной форме и подписаны уполномоченными представителями сторон, за исключением предусмотренных законодательством РФ и настоящим договором случаев.
 5.3. Договор составлен в трех экземплярах, по одному для каждой из сторон, имеющих одинаковую юридическую силу.

6. Дополнительные условия

- 6.1. "Заказчику", "Пациенту" разъяснен порядок, объем, условия оказания выше обозначенной мед. услуги по программе обязательного медицинского страхования на территории Ростовской области и в МБУЗ ЦГБ г. Азова, т.е. бесплатно. "Заказчику" предоставлена возможность ознакомиться с документами, содержащими текст действующей на момент его обращения "Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи".

Перед подписанием настоящего договора я был(а) ознакомлен(а) с действующими:

- положением о хозрасчетном лечебно-диагностическом отделении МБУЗ ЦГБ г. Азова и о порядке предоставления платных медицинских услуг;
 - прейскурантом цен на платные медицинские услуги, оказываемые в МБУЗ ЦГБ г. Азова;
 - режимом работы МБУЗ ЦГБ г. Азова;

- лицензией МБУЗ ЦГБ г. Азова на осуществление медицинской деятельности
 Содержание договора, а также указанных выше документов мне разъяснено и понятно.

Я получил ответы на все интересующие меня вопросы по условиям предоставления как платной, так и бесплатной для меня медицинской помощи в МБУЗ ЦГБ г. Азова. Мое желание получить медицинскую помощь на платной основе является осознанным желанием, добровольным и основано на желании получить услугу более высокого качества и в большем объеме.

- 6.2. "Заказчик" предоставляет право исполнителю на обработку своих персональных данных в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006г. 152-ФЗ "О персональных данных" в объеме необходимом для исполнения условий настоящего договора.
 6.3. "Пациент" предоставляет право "Исполнителю" на обработку своих персональных данных в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ "О персональных данных" в объеме необходимом для исполнения условий настоящего договора.

Исполнитель МБУЗ ЦГБ г. Азова	"Заказчик"	"Пациент"
ИНН: 6140011772 (свидетельство серия 61 N007570658 от 14.05.2013г) КПП:614001001, ОГРН:1026101791143 Юридический адрес: 346782, г.Азов, Ростовская обл., ул.Измайлова 58 Телефон:4-02-65, 4-17-98 Кассир действующего на основании приказа главного врача МБУЗЦГБ г.Азова Бридковского В.В.N74 от 22.02.2017г.	Фамилия, имя, отчество Паспорт серия номер выдан Проживающий по адресу: Контактный телефон	Фамилия, имя, отчество Паспорт серия номер выдан Проживающий по адресу: Контактный телефон
_____.2019г. Подпись _____	_____.2019г. Подпись _____	_____.2019г. Подпись _____

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____ паспорт: _____, выдан: _____, являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения
--

поставлен(а) в известность, что я (представляемый) госпитализирован(а) в отделение

- Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);
- Я ознакомлен (а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении и обязуюсь их соблюдать;
- Я добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализа мочи общего, электрокардиографии; проведения рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;
- Я информирован (а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;
- Я извещен (а) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;
- Я предупрежден (а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;
- Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.
- Я сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
- Я _____ согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;
- Я ознакомлен (а) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;
- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам:

- В случае госпитализации разрешаю посещение в лечебном учреждении (представляемого ребенка или лица, признанного недееспособным), следующим гражданам:

_____ 201__ г.

Подпись пациента/ законного представителя

Расписался в моем присутствии

Врач

подпись

должность

И.О.Фамилия

Акт выполненных работ (оказанных услуг) по договору № _____ от _____ г.

МБУЗ ЦГБ г.Азова, именуемое в договоре "Исполнитель", в лице _____, действующего на основании приказа МБУЗ ЦГБ от _____

12.01.15г. №15, с одной стороны, и гражданин(ка) _____, контактный телефон _____
именуемый(ая) в договоре "ЗАКАЗЧИК" с другой стороны, составили настоящий акт о нижеследующем:
В соответствии с условиями договора "Исполнитель" оказал предусмотренную(ые) договором услугу(и):

Наименование	Ед.изм.	Цена(руб)	Кол-во	НДС	Сумма(руб)

на сумму _____) _____ рублей ____ копеек)
с надлежащим (ненадлежащим) качеством в полном (неполном) объеме и в предусмотренный договором срок (с нарушением договорных сроков на _____ дней)

Перед подписанием настоящего акта "Заказчик" получил (не получил) от "Исполнителя" на руки:
- Заключение (выписной эпикриз) с указанием результатов проведенных исследований и лечебных мероприятий в случае стационарного или амбулаторного лечения
- Всю необходимую информацию по использованию результатов услуг(и) Стороны не имеют (имеют) претензий (ии) друг к другу по вышеуказанному договору
Замечания сторон _____

Настоящий акт составлен в 2-х (двух) экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон:

"Исполнитель услуги"
(_____)
Фамилия, имя, отчество

"Заказчик"

Фамилия, имя, отчество

МБУЗ ЦГБ

г. Азова

Вкладыш медицинской карты амбулаторного больного
ПЛАТНЫЙ ПРИЕМ

Ф.И.О.

Дата рождения

Дата оплаты _____ г.

Домашний адрес

ФИО врача _____

ФИО пациента _____

Паспорт (св-во о рождении) серия , номер
 Цель обслуживания: леч.-диагностическая-1,
 консультативная-2,
 профосмотр-4, прочие-7
 Случай обслуживания (первичный-1, повторный-2)

Диагноз _____ ст.п
 ризнак _____

Сведения о посещениях:

Коды:	Дата посещения	Код места посещения	Дата посещения	Код места посещения
в поликлинике-0, на дому-1, на выезде-2, стац. на дому-3, дневной стац.-4				

Сопутст _____ ст.признак _____

посещений _____ дней ИТОГО _____

(ст.признак: острое заболевание-1, впервые в жизни регистрируется хроническое-2, ранее известное хроническое, но первое обращение в отчетном году-3, ранее известное хроническое, повторное обращение в этом отчетном году-8)

Дата _____ 200__ г.

_____ (подпись врача)