

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг
(с физическим лицом)

г. Балаково

«___» _____ 201___г.

ГУЗ СО «Городская поликлиника №2 г. Балаково», именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, в лице главного врача Шестакова Сергея Владимировича, действующего на основании Устава и лицензии №ЛО-64-01-002189 от «29» января 2014г., с одной стороны и _____, именуемый(ая) в дальнейшем **Пациент** с другой стороны, вместе именуемые **Стороны**, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1. Настоящий договор определяет порядок и условия оказания платных медицинских услуг. Пациент поручает, а Исполнитель обязуется оказать Пациенту платные медицинские услуги, указанные в п.2.2. настоящего договора.
- 1.2. Срок оказания платных медицинских услуг с _____ по _____

2. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

- 2.1 Расчеты между сторонами осуществляются предварительной 100% оплатой.
- 2.2. Цена платной медицинской услуги согласно утвержденным тарифам на платные услуги:

№ п/п	Наименование платной медицинской услуги	Цена услуги (Руб.)	Кол-во

- 2.3. Общая стоимость платных услуг, предоставляемых Пациенту, составляет: _____ руб. (_____ рублей _____ копеек)
- 2.4. Оплата медицинской услуги производится наличными в кассу лечебного учреждения.
- 2.5. Исполнитель выдает Пациенту при оплате бланк-квитанцию строгой отчетности установленного образца, или чек в случае произведения расчетов посредством контрольно – кассовых машин.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 3.1. Исполнитель обязуется:
- оказать Пациенту качественно, квалифицированно и в срок медицинскую услугу;
 - обеспечить Пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией о режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, а также сведения о лицензии и сертификате лечебного учреждения, квалификации и сертификации специалистов, оказывающих платные медицинские услуги;
 - предоставлять Пациенту информацию о методах лечения и осложнениях, которые могут возникнуть в результате оказания медицинской услуги, а также ставить в известность о возможных дополнительных диагностических и лечебных мероприятиях.
- 3.2. Исполнитель имеет право:
- в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза и оказания медицинской помощи, в том числе не предусмотренных договором.
- 3.3. Пациент обязуется:

- предоставить точную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;
- строго выполнять предписания врача, обеспечивающие предоставление качественной платной медицинской помощи;
- своевременно оплатить в кассу стоимость услуги.

3.4. Пациент имеет право:

- на получение полной и достоверной информации о медицинской услуге;
- ознакомиться с документами, подтверждающими специальную правоспособность лечебного учреждения и его специалистов на оказание платной медицинской услуги;
- на возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания медицинской услуги;
- отказаться от получения медицинской услуги и получить обратно сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуги.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. Исполнитель не несет ответственности за наступление осложнений, которые возникают вследствие биологических особенностей организма и используемая технология оказания платной медицинской услуги не может полностью исключить их вероятность.

4.2. Исполнитель устраняет побочные эффекты и осложнения, которые потребовали оказания неотложной медицинской помощи, без дополнительной платы.

4.3. В случае ненадлежащего оказания медицинской услуги или несоблюдения Исполнителем обязательств по срокам исполнения услуг Пациент вправе по своему выбору потребовать:

- безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги;
- соответствующего уменьшения цены оказанной услуги;
- потребовать исполнения услуги другим специалистом;
- назначить новый срок оказания услуги.

4.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушением Пациентом своих обязанностей или по другим основаниям, предусмотренным законодательством.

5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ СТОРОН

5.1. 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;

5.2. Стороны несут ответственность за последствия, вызванные нарушением обязательств по конфиденциальности, независимо от того, было ли это нарушение совершено преднамеренно или случайно;

5.3. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанное по настоящему договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного соглашения другой стороны. Те же действия, осуществляемые в отношении сведений, составляющих врачебную тайну, возможны исключительно в случаях, регламентированных действующим законодательством;

5.4. Конфиденциальной по настоящему договору признается информация: _____

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

6.1. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

6.2. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, или по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1. Споры и разногласия решаются путем переговоров, привлечения независимой экспертизы и в судебном порядке.

7.2. До обращения в суд по поводу качества оказанных услуг Стороны договорились о проведении независимой экспертизы.

8. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель:

ГУЗ СО «Городская поликлиника №2 г. Балаково»

Адрес: г. Балаково, ул. Степная 10А

Тел/факс: 35-70-25, 35-70-17

Р/сч 40601810800003000001

Банк ГРКЦ ГУ Банка России по Саратовской обл.

г. Балаково

БИК: 046311001

Пациент:

Адрес:

Тел: _____

Паспорт серия

Выдан:

Дата выдачи:

Главный врач

Шестаков С.В.

(подпись)

(подпись)
