

**Договор**  
**на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_**

г. Тверь

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_ г.

Федеральное казенное учреждение здравоохранения «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по Тверской области» (ФКУЗ «МСЧ МВД России по Тверской области»), именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**» (лицензия на осуществление медицинской деятельности от 21.06.2016 № ФС-69-01-000795, выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения), в лице начальника Дубошина Александра Юрьевича, действующего на основании Устава с одной стороны и гражданин(ка) \_\_\_\_\_, дата рождения: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г., паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_, адрес проживания (в случае отличия от адреса регистрации) \_\_\_\_\_, именуем \_\_\_\_\_ в дальнейшем **Потребитель** с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор на оказание платных медицинских услуг (далее – Договор) о нижеследующем:

**1. Предмет Договора**

1.1. По настоящему Договору Исполнитель обязуется оказать Потребителю, по факту его обращения, следующие **медицинские услуги:** \_\_\_\_\_, а

Потребитель обязуется оплатить услуги на условиях настоящего договора.

1.2. Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу: г. Тверь, ул. Салтыкова-Щедрина, д. 26.

1.3. Медицинские услуги предоставляются в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, утвержденными в установленном порядке федеральным органом исполнительной власти в сфере здравоохранения, в следующих объемах:

1.3.1. в полном объеме стандарта медицинской помощи;

1.3.2. по просьбе Потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

1.4. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан (Приложение №1 к настоящему Договору, являющееся его неотъемлемой частью).

1.5. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг;

- ознакомил его с действующим в ФКУЗ «МСЧ МВД России по Тверской области» Прейскурантом цен на платные медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;

- уведомил его о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в других медицинских организациях;

- уведомил о видах медицинского вмешательства, возможных рисках, последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

1.6. Подписав настоящий Договор, Потребитель подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

1.7 Срок предоставления медицинских услуг: с « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_ г. по « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_ г.

1.7.1. В случае изменения срока оказания медицинских услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.

**2. Обязанности Сторон**

**2.1. Исполнитель обязуется:**

2.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги, предусмотренные п. 1.1. настоящего Договора, в соответствии с требованиями, предъявляемыми к данному виду услуг.

2.1.2. Оказать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором, после внесения Потребителем денежных средств, в порядке, определенном разделом 4 настоящего Договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату.

2.1.3. Предоставить Потребителю достоверную, доступную информацию о предоставляемых услугах.

2.1.4. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.

2.1.5. Вести всю необходимую медицинскую документацию в установленном действующим законодательством Российской Федерации порядке.

2.1.6. Немедленно извещать Потребителя о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

**2.2. Потребитель обязуется:**

2.2.1. Оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги до начала их оказания согласно Прейскуранту и в порядке, определенном разделом 4 настоящего Договора.

2.2.2. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору.

2.2.3. Соблюдать режим работы учреждения, правила техники безопасности и пожарной безопасности в учреждении.

2.2.4. Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

2.2.5. Выполнять все предписания, назначения, рекомендации медицинского персонала, оказывающего ему медицинские услуги по настоящему договору.

2.2.6. При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику) о любых изменениях самочувствия.

2.2.7. Соблюдать график приема медицинских работников, предоставляющих медицинские услуги по настоящему Договору.

### **2.3. Исполнитель имеет право:**

2.3.1. Получать от Потребителя любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему договору. В случае непредоставления либо неполного/неверного предоставления указанной информации Потребителем имеет право приостановить исполнение своих обязательств до получения необходимой информации.

2.3.2. Требовать от Потребителя соблюдения режима работы учреждения, правил техники безопасности и пожарной безопасности.

### **2.4. Потребитель имеет право:**

2.4.1. Получать от Исполнителя услуги, указанные в п. 1.1. настоящего Договора.

2.4.2. Предъявлять требования о возмещении ущерба в случае причинения вреда жизни и здоровью по вине медицинского работника Исполнителя, доказанной компетентным органом в установленном законодательстве порядке.

2.5. Стороны обязуются хранить в тайне конфиденциальную информацию, полученную в ходе исполнения настоящего Договора.

## **3. Цена и порядок оплаты услуг**

3.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом, и составляет \_\_\_\_\_ рублей (НДС не облагается в соответствии с п. 2 ч. 2 ст. 149 НК РФ).

3.2. Потребитель осуществляет 100% предоплату услуг.

3.3. Оплата услуг производится Потребителем за наличный расчет через кассу учреждения.

3.4. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Потребителя с учетом уточненного диагноза, путем подписания дополнительного соглашения, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.5. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора на предоставление дополнительных медицинских услуг, их стоимость определяется по Прейскуранту, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора.

## **4. Ответственность Сторон**

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной и (или) недостоверной информации о своем здоровье.

4.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Потребителем условий настоящего Договора.

4.5. Ни одна из сторон не будет нести ответственности за неисполнение условий Договора, если неисполнение будет являться следствием непреодолимой силы (пожар, наводнение, землетрясение, забастовки, другие стихийные бедствия, а также в случае поломки оборудования, наступления нетрудоспособности работника, оказывающего услугу по настоящему Договору, а также по иным основаниям, предусмотренным законом). Срок исполнения обязательств в данном случае отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

## **5. Порядок изменения и расторжения Договора**

5.1. Все изменения и дополнения к настоящему Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны Сторонами.

5.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, по решению суда, в случае одностороннего отказа одной из Сторон от исполнения договора в соответствии с действующим законодательством РФ.

## **6. Заключительные положения**

6.1. Настоящий Договор составлен в 2-х экземплярах одинаковой юридической силы, один из которых находится у Исполнителя, второй у Потребителя.

6.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует до момента исполнения Сторонами обязательств.

## **8. Юридические адреса и банковские реквизиты Сторон**

### **Исполнитель**

ФКУЗ «МСЧ МВД России по Тверской области»:

ИНН 6905006095 КПП 695001001

д/с 04361823240 в

УФК по Тверской области,

170100, г. Тверь, ул. Салтыкова-Щедрина,

д. 26. Телефон/факс: 35-52-66, 52-22-81

Начальник ФКУЗ «МСЧ МВД России  
по Тверской области»

### **Потребитель Поставщик**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(ФИО, паспортные данные, адрес регистрации)

\_\_\_\_\_/А.Ю. Дубошин

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие  
об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг**

Я, \_\_\_\_\_, в рамках договора на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_ г., желаю получить платные медицинские услуги в ФКУЗ «МСЧ МВД России по Тверской области» (далее по тексту – Учреждение), при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг и даю своё согласие на их получение, и осознаю, что мне могут оказать, аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе.

Я согласен 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, Учреждение не несет ответственности за их возникновение.

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

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен (на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей Учреждения.

Я подтверждаю, что при подписании настоящего информированного согласия меня уведомили о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников Учреждения, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на моем состоянии здоровья.

Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом, и я даю свое согласие на их оплату.

Не возражаю против записи медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием – исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Я подтверждаю, что даю свое согласие на обработку Учреждением моих персональных данных, ставших ему известных, при подписании настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения от медицинских работников понятны и меня удовлетворяют. Настоящее информированное согласие подписано мною после проведения предварительной беседы и является приложением к Договору на оказание платных медицинских услуг.

Потребитель: \_\_\_\_\_  
Паспорт: № \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_  
Выдан \_\_\_\_\_  
Адрес: \_\_\_\_\_  
Телефон: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Подпись

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_ г.