

**Договор
на оказание платных медицинских услуг**

г. Мурманск

"__" _____ 20__ г.

Государственное областное бюджетное учреждение здравоохранения «Мурманская городская детская поликлиника № 1» в лице главного врача Шафиева Константина Риваевича, действующего на основании Устава, лицензия № ЛО-51-01-002003 от 05.09.2018 г., в ЕГРЮЛ внесена запись о переименовании юридического лица 23.08.2018 г. за № 1135190010427(ОГРН) инспекцией Федеральной налоговой службой по г. Мурманску, именуемого в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(-ка) РФ

_____, проживающий(-ая) по адресу:

(ФИО полностью)

_____, паспорт серии _____ № _____,

(полный адрес)

выдан «__» _____ 20__ г. _____, код подразделения _____,

(наименование выдавшего органа)

именуемый (-ая) в дальнейшем «Потребитель (Заказчик)», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. Предмет договора.

1.1. Исполнитель берет на себя обязательство оказать Потребителю (Заказчику), следующие медицинские услуги:

Наименование услуг	Данные специалистов, оказывающих услуги	Кв. кат	Количество	Цена, руб.	Сумма, руб.

Стоимость услуг составляет _____ рублей.

(указать сумму цифрами и прописью)

(далее - Услуги), отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Потребитель (Заказчик) обязуется оплатить их в порядке и размере, установленных настоящим Договором.

1.2. Перечень и стоимость платных медицинских услуг, предоставляемых Потребителю (Заказчику), оговариваются действующим прейскурантом, утвержденным приказом Исполнителя.

1.3. Потребитель (Заказчик) подписанием настоящего договора подтверждает тот факт, что Исполнителем доведена до его сведения информация о возможности и порядке получения медицинских услуг на бесплатной основе.

1.4. При исполнении настоящего Договора стороны руководствуются действующим законодательством РФ, регулирующим предоставление платных медицинских услуг населению учреждениями здравоохранения.

2. Условия и порядок оказания услуг.

2.1. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в учреждении здравоохранения по адресу: г. Мурманск, ул. Полярные Зори, д. 36 или г. Мурманск, ул. Папанина, д. 1., или на дому по месту жительства Потребителя (нужное подчеркнуть).

2.3. Предоставление услуг Потребителю по настоящему Договору происходит в нерабочее время медицинского персонала, оказывающего платные медицинские услуги, дополнительно к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи, и в случаях, определенных федеральными законами, в пределах установленного муниципального задания, а также гражданам зарубежных государств, в т.ч. СНГ, не имеющим право на обязательное медицинское страхование, в порядке предварительной записи Потребителя на прием. Вся информация о предоставлении платных медицинских услуг находится на официальном сайте учреждения.

3. Права и обязанности сторон.

3.1. Потребитель (Заказчик) обязуется:

3.1.1. Оплатить медицинские услуги в размере и порядке, указанным в пункте 4 настоящего Договора;

3.1.2. До назначения курса лечения сообщить лечащему врачу все сведения о наличии у него других заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, а также другую информацию, влияющую на оказание услуг, указанных в п. 1.1. настоящего Договора;

3.1.3. Выполнять все требования медицинского персонала Исполнителя во время всего периода оказания услуг;

3.1.4. Соблюдать график приема врачей-специалистов;

3.1.5. Соблюдать внутренний режим нахождения в ГОБУЗ «Мурманская городская детская поликлиника № 1»;

3.1.6. В ходе оказания услуг сообщать о любых изменениях самочувствия;

3.1.7. Отказаться на весь период оказания услуг от употребления наркотиков и лекарств их содержащих, психотропных препаратов, алкоголесодержащих напитков;

3.2. Потребитель (Заказчик) имеет право:

3.2.1. Требовать от Исполнителя предоставления сведений о наличии лицензии и сертификата, расчета стоимости оказываемых услуг;

3.2.2. Выбрать лечащего врача (с учетом его согласия);

3.2.3. Получать от Исполнителя для ознакомления, в доступной для него форме, имеющуюся у Исполнителя информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства;

3.2.4. Требовать проведения консилиума или консультаций других специалистов;

3.2.5. Отказаться от медицинского вмешательства (в письменной форме);

3.2.6. Требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии (врачебной тайны);

3.2.7. Дать добровольное согласие на медицинское вмешательство;

3.2.8. Отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему договору;

3.2.9. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам исполнения услуг Потребитель (Заказчик) вправе по своему выбору:

- назначить новый срок оказания услуг;

- расторгнуть договор и потребовать возмещения убытков.

3.2.10. При нарушении Исполнителем сроков оказания услуг Потребитель (Заказчик) вправе требовать выплаты неустойки в порядке и размерах, определяемых Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей». Указанная неустойка выплачивается за счет уменьшения стоимости предоставленной медицинской услуги.

3.3. Исполнитель обязуется:

3.3.1. Оказать медицинские услуги в соответствии со стандартами и порядками, профессиональной квалификацией и критериями качества медицинской помощи, в срок, указанный в данном Договоре;

3.3.2. Использовать в процессе лечения только лицензированные, запатентованные способы, рекомендованные российской и общемировой медицинской практикой;

3.3.3. Соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья Потребителя (врачебную тайну).

3.4. Исполнитель имеет право:

3.4.1. Требовать от Потребителя соблюдения:

- графика прохождения процедур;

- соблюдения внутреннего режима нахождения в ГОБУЗ «Мурманская городская детская поликлиника № 1»;

- соблюдения режима приема лекарственных препаратов, режима питания и других предписаний.

3.4.2. Использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Потребителя, достаточных для его идентификации;

3.4.3. Потребовать от Потребителя (Заказчика) оплаты услуг, невозможность исполнения которых возникла по вине Потребителя (Заказчика);

3.4.4. В одностороннем порядке отказаться от исполнения обязательств по настоящему договору при условии полного возмещения Потребителю (Заказчику) убытков;

3.4.5. В случае возникновения неотложных состояний Исполнитель имеет право самостоятельно определять объем исследований и оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных настоящим Договором.

4. Цена и порядок расчетов.

4.1. Стоимость Услуг определена пунктом 1.1. настоящего Договора и устанавливается действующим прейскурантом.

4.2. Оплата Услуг осуществляется Потребителем (Заказчиком) в порядке 100-процентной предоплаты до получения Услуги путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

4.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Потребителя (Заказчика) с учетом уточненного диагноза, изменения к Договору должны быть произведены в простой письменной форме и подписаны обеими сторонами Договора.

5. Сроки оказания услуг.

5.1. Начало: _____.

5.2. Окончание: _____.

6. Ответственность сторон.

6.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязанностей по договору Исполнитель несет ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. В случае причинения вреда здоровью или жизни Потребителя по вине Исполнителя он несет ответственность в соответствии с законодательством РФ.

6.3. 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.

7. Порядок изменения и расторжения договора.

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

8. Прочие условия.

8.1. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются дополнительные медицинские услуги по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

8.2. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, стороны будут по возможности решать путем ведения переговоров. При невозможности достижения согласия спор подлежит передаче на рассмотрение суда в соответствии с законодательством РФ.

8.3. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами.

9. Адреса, реквизиты сторон.

Исполнитель:

Государственное областное бюджетное учреждение здравоохранения
«Мурманская городская детская поликлиника № 1»
183025, г. Мурманск, ул. Полярные Зори, д. 36, тел/факс (815-2) 44-29-99
183038, г. Мурманск, ул. Папанина, д.1, тел/факс (815-2) 47-73-89

Режим работы поликлиники: с 08.00 до 20 (в субботу с 08.00 до 15.00),
воскр. – выходной

ИНН/КПП 5190024856 /519001001
р/с 406018105000010000001 в Отделение Мурманск
БИК 44705001

л/с 20496943760 в УФК по Мурманской области

ОГРН 1135190010427

Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-51-01-002003
от 05 сентября 2018 года, действующая бессрочно, выдана Министерством
здравоохранения Мурманской области (183032г. Мурманск пр.Кольский,1
т.(815-2)486-096)

Главный врач:

_____/ К.Р. Шафиев /
(подпись)

М.П.

Потребитель (Заказчик):

Ф.И.О. _____

Паспорт (иной документ) _____

серия _____ № _____

Кем выдан _____

Дата выдачи _____

Код подразделения _____

Ф.И.О. и дата рождения кому предоставляется услуга _____

Адрес места жительства _____

г. _____

С Территориальной программой бесплатного оказания гражданам
медицинской помощи ознакомлен (-а). Желая обследоваться на платной
основе.

Дата _____ Подпись _____

10. Подписи сторон.

Потребитель (Заказчик):

_____/ _____
(подпись) (ФИО)