|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **ДОГОВОР** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | **НА ВОЗДМЕЗДНОЕ ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ №** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | г. Нижний Новгород | | | | | \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области "Городская клиническая больница № 5" Нижегородского района г. Нижнего Новгорода именуемое в дальнейшем ИСПОЛНИТЕЛЬ, в лице главного врача Сухачевой Надежды Николаевны, действующего на основании Устава и лицензии на осуществление медицинской деятельности от 26.07.2016 г. №ЛО-52-01-005479, выданную Министерством здравоохранения Нижегородской области с одной стороны, и  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  именуемый в дальнейшем ЗАКАЗЧИК, с другой стороны, вместе именуемые Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | **1. Предмет Договора** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | 1.1. ЗАКАЗЧИК поручает, а ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется оказать медицинские услуги ПАЦИЕНТУ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ согласно приложению №1, являющемуся неотъемлемой частью договора, а ЗАКАЗЧИК добровольно принимает на себя обязательство оплачивать оказанные медицинские услуги в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | 1.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ предоставляет медицинские услуги, указанные в п.1.1. настоящего договора: амбулаторные, в стационаре (нужное подчеркнуть). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | 1.3. Сроки исполнения услуг \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | * 1. 1.4. Исполнитель обязан обеспечить соответствие предоставляемых им платных услуг требованиям, действующим на территории РФ. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | **2. Права и обязанности сторон** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | **2.1. ЗАКАЗЧИК имеет право:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | 2.1.1. получать квалифицированные медицинские услуги (медицинскую помощь); | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | 2.1.2. по любой момент отказаться от медицинской помощи с оплатой фактически оказанных услуг; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | 2.1.3. на получение информации о стоимости оказанных услуг на любом этапе стационарного (амбулаторного) обследования и лечения; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | 2.1.4. получать сведения о квалификации и сертификации специалистов; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | 2.1.5. получать в доступной для него форме имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | 2.1.6. на информированное добровольное согласие, на медицинское вмешательство. В случаях, когда состояние ЗАКАЗЧИКА не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах ЗАКАЗЧИКА решает консилиум, а в особых случаях лечащий (дежурный) врач. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается ЗАКАЗЧИКОМ или его законным представителем, а также врачом. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | **2.2. ЗАКАЗЧИК обязуется:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | 2.2.1. оплатить стоимость предоставляемой медицинской помощи (медицинских услуг), согласно Прейскуранта, действующего на момент заключения договора (госпитализации); | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | 2.2.2.выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление платных медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | 2.2.3. выполнять назначения лечащего врача; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | 2.2.4. сообщать лечащему врачу все сведения о состоянии своего здоровья. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | **2.3. ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | 2.3.1. определять длительность лечения, объем медицинских услуг, необходимость перевода в отделения другого профиля в соответствии с состоянием здоровья ЗАКАЗЧИКА; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | 2.3.2. в случае возникновения неотложных состояний, угрожающих жизни ЗАКАЗЧИКА, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | 2.3.3. при необходимости привлекать для оказания медицинских услуг сторонних исполнителей и соисполнителей по согласованию с ЗАКАЗЧИКОМ; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | 2.3.4. расторгнуть договор при нарушении ЗАКАЗЧИКОМ правил внутреннего распорядка больницы. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | **2.4. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | 2.4.1. ознакомить ЗАКАЗЧИКА при поступлении в стационар с правилами внутреннего распорядка больницы; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | 2.4.2. обеспечить соответствие предоставляемых по настоящему Договору услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения на территории Российской Федерации; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | 2.4.3. хранить в тайне информацию о факте обращения ЗАКАЗЧИКА за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия ЗАКАЗЧИКА или его законного представителя допускается в случаях, установленных ст. 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | **3. Стоимость услуг и порядок расчётов.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | 3.1. ЗАКАЗЧИК оплачивает медицинские услуги по Прейскуранту, утверждённому ИСПОЛНИТЕЛЕМ. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | 3.2. Первоначальный взнос по оплате медицинских услуг не фиксирован, ЗАКАЗЧИК вносит любую сумму. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | 3.3. Стоимость медицинских услуг по данному договору составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей \_\_ копеек. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | 3.4. Стоимость услуг может быть увеличена по согласованию с ЗАКАЗЧИКОМ в случае оказания ЗАКАЗЧИКУ дополнительных медицинских услуг, в том числе и по просьбе ЗАКАЗЧИКА. Оплата за оказанные медицинские услуги производится ЗАКАЗЧИКОМ наличными в кассу ИСПОЛНИТЕЛЯ или по безналичному расчету на расчетный счет ИСПОЛНИТЕЛЯ. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | 3.5. Окончательный расчет производится накануне или в день выписки до 16:00 при предъявлении паспорта и квитанций о предварительной оплате и по подписанному сторонами Акту за оказанные медицинские услуги (Приложение № 2). Если стоимость медицинских услуг меньше уплаченных денежных средств, то остаток денежных средств возвращается ЗАКАЗЧИКУ. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | **4. Сроки исполнения** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | 4.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и до полного исполнения Сторонами своих обязательств. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | **5. Прочие условия** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | 5.1. При наличии претензии ЗАКАЗЧИКА к проведенным обследованиям, консультациям специалистов, лечению и прочее, он обязан в тот же день информировать о данном факте лечащего врача и/или заведующего отделением. Все споры по договору стороны стараются урегулировать путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ в суде по месту нахождения ИСПОЛНИТЕЛЯ. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | **5.2. ЗАКАЗЧИК уведомлен о порядке получения медицинской помощи на территории Российской Федерации, а также о возможности получения бесплатной медицинской помощи, предусмотренной программами обязательного медицинского страхования. ЗАКАЗЧИК согласен получить медицинскую помощь (медицинские услуги) в Государственном бюджетном учреждении Нижегородской области «Городская клиническая больница №5 Нижегородского района г. Нижнего Новгорода» на платной основе.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | 5.3. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора в соответствии с законодательством Российской Федерации. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | 5.4. Настоящий договор, может быть, расторгнут по основаниям, предусмотренным Гражданским законодательством. Все остальное, что не урегулировано настоящим Договором, регулируется законодательством Российской Федерации. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | **6. Реквизиты сторон** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | **ИСПОЛНИТЕЛЬ:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | **ЗАКАЗЧИК:** | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области "Городская клиническая больница № 5 Нижегородского района г. Нижнего Новгорода" | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Адрес: 603005, Нижегородская обл., Нижний Новгород г,  Нестерова, дом № 34 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | Адрес регистрации | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | тел.436-22-65, факс 436-66-97 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | Адрес регистрации: г. Н.Новгород, ул. | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Реквизиты: Министерство финансов Нижегородской облас  ти (ГБУЗ НО «ГКБ №5») р\с 40601810422023000001 в Вол  го-Вятское ГУ Банка России по Нижегородской области г.  Нижний Новгород, БИК 042202001, Л/сч 24001020620 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | Документ удостоверяющий личность: | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | ИНН 5262116410 КПП 526201001 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  |  |  | |  |  |  | | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |
|  | Главный врач | | | |  | | | | | | / | Н. Н. Сухачева | | | | | | | | |  | |  | | | | | | / |  | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  | (подпись) | | | | | |  |  | | |  | |  | |  | |  | | (подпись) | | | | | |  | (ФИО) | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  |  |  | |  |  |  | | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |

Приложение № 1  
к договору от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г. №\_\_\_\_\_  
на возмездное оказание медицинских услуг

**Перечень оказанных медицинских услуг**

**к договору на возмездное оказание медицинских услуг**

**от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г. №\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№**  **п/п** | **Код услуги** | **Наименование услуги** | **Количество** | **Цена, руб.** | **Сумма** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| ИТОГО: |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:**  Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Н.Н. Сухачева | **Заказчик:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Приложение № 2  
к договору от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г. №\_\_\_\_\_  
на возмездное оказание медицинских услуг

**Акт за оказанные медицинские услуг от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. №\_\_\_\_\_\_**

**к договору от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г. №\_\_\_\_\_ на возмездное оказание медицинских услуг**

Заказчик: Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
  
Исполнитель: ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №5»

Адрес: г. Нижний Новгород, ул. Нестерова, д.34

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№**  **п/п** | **Код услуги** | **Наименование услуги** | **Количество** | **Цена, руб.** | **Сумма** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| ИТОГО: |  |  |  |  |  |

Всего оказано услуг на сумму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(сумма прописью)

в т.ч. НДС: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Услуги оказаны в полном объеме и в срок, указанный в договоре. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг к Исполнителю не имеет.

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:**  Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Н.Н. Сухачева | **Заказчик:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |