

ДОГОВОР
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калужской области «Детская городская больница», именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице главного врача Хлопиковой Светланы Анатольевны, действующей на основании приказа № 469 от 31.08.2015г, с одной стороны и

Ф.И.О.
паспорт: серия № выдан «___» 20__ г.
адрес: _____ тел.: _____,
именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик», действующий на основании собственного волеизъявления,
являющийся законным представителем несовершеннолетнего «Пациента»

Ф.И.О.
«_____» _____ года рождения, вместе именуемые Стороны, заключили
настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

«Заказчик» поручает, а «Исполнитель» обязуется оказать медицинские услуги (расшифровать, указать категорию услуг по прейскуранту и коды)

- _____
• _____
• _____
• _____
• _____

при наличии информированного добровольного согласия «Заказчика», согласно перечню платных медицинских услуг (приложение №2), прейскуранту (приложение №3) на платные услуги и «Правилам предоставления платных медицинских услуг в ГБУЗ КО «Детская городская больница», с которыми «Заказчик» ознакомился.

2. ПРАВА и ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. «Исполнитель» обязан:

- 2.1.1. обеспечить «Заказчика» достоверной и бесплатной информацией о правах и обязанностях, перечне платных медицинских услуг с указанием стоимости, условиях предоставления и получения этих услуг, сведениями о квалификации и сертификации специалистов, оказывающих платные услуги, ознакомить с правилами внутреннего распорядка ГБУЗ КО «Детская городская больница», а также о действующих льготах для отдельных категорий граждан;

2.1.2. сообщить законному представителю ребенка диагноз, варианты обследования, лечения и исхода заболевания, вероятные осложнения, обусловленные тяжестью заболевания и индивидуальными особенностями организма;

2.1.3. своевременно информировать «Заказчика» о возможности получения бесплатной медицинской помощи в рамках государственных гарантий и территориальной программы бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

2.1.4. обеспечить своевременное предоставление медицинских услуг, в соответствии с требованиями, предъявленными к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации;

2.1.5. сохранить конфиденциальность информации о персональных данных, в том числе о диагнозе и результатах лабораторных исследований;

2.1.6. выдать по требованию «Заказчика» листок временной нетрудоспособности в случаях, предусмотренных действующими нормативными актами.

2.1.7. в случае расторжения настоящего договора Заказчиком в одностороннем порядке, возвратить ему уплаченную сумму по договору за вычетом стоимости фактически оказанных услуг.

2.2. «Исполнитель» имеет право:

2.2.1. вносить изменения в ход диагностики и лечения с предварительным уведомлением законного представителя ребенка для установления правильного диагноза и подбора адекватного лечения;

2.2.2. определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной договором.

2.2.5. в случае невозможности оказания услуги отказаться от исполнения обязательств по договору при условии возврата «Заказчику» стоимости оплаченной услуги.

2.3. Законный представитель ребёнка обязан:

2.3.1. при заключении настоящего договора предъявить «Исполнителю» свой паспорт, удостоверяющий личность и свидетельство о рождении ребенка в соответствии с требованиями законодательства РФ;

2.3.2. предоставить врачу необходимую для оказания медицинской услуги информацию о принимаемых несовершеннолетним пациентом лекарственных препаратах, хронических заболеваниях, перенесенных операциях, аллергических реакциях;

2.3.3. выполнять все предписания врача во избежание снижения качества платной медицинской услуги и профилактики осложнений;

2.3.4. соблюдать правила внутреннего распорядка учреждения, с которыми «Заказчик» ознакомился;

2.3.5. своевременно оплатить «Исполнителю» стоимость оказанных медицинских услуг в порядке, предусмотренном настоящим договором;

2.3.6. обеспечить явку «Пациента» в установленное время. О невозможности явки сообщать по тел. 79-50-11 в срок не менее, чем за 2 часа до указанного времени;

2.3.7. после получения от «Исполнителя» всех необходимых разъяснений подписать информированное согласие на проведение лечения.

2.4. «Заказчик» имеет право:

2.4.1. требовать надлежащего качества предоставления медицинской услуги от «Исполнителя»;

2.4.2. отказаться от медицинской услуги по настоящему договору и получить обратно уплаченную сумму с возмещением «Исполнителю» фактически понесенных им расходов, связанных с оказанием услуги.

2.4.3. требовать возврата части внесенного аванса за осуществление услуг с нарушением сроков, указанных в договоре, при неудовлетворительном качестве оказанных медицинских услуг или предоставить дополнительные медицинские услуги.

3. ИНФОРМАЦИЯ о ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ УСЛУГЕ:

3.1. «Исполнитель» имеет лицензию на медицинскую деятельность № ЛО-40-01-001057 (перечень видов деятельности указан в приложении к лицензии) от 27.05.2015г., выданную министерством ЗО калужской области, 248016, г. Калуга, ул. Пролетарская, 111, тел.: (4842) 71-90-02

3.2. Заказчик уведомлен о том, что данный вид медицинской услуги входит (не входит) в Территориальную программу государственных гарантий и финансируется (не финансируется) из средств бюджета или обязательного медицинского страхования.

Я

(Ф.И.О. законного представителя ребенка)

информирован(а) об альтернативной возможности получения медицинской помощи за счет государственных средств, а также о правилах оказания данных видов помощи в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в ГБУЗ КО «Детская городская больница». Я подтверждаю свое желание на получение платных медицинских услуг в ГБУЗ КО «Детская городская больница» с момента начала предоставления медицинской услуги до момента ее окончания.

Подпись

4. УСЛОВИЯ и СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГИ

4.1. Началом предоставления медицинской услуги считается:

4.1.1. При стационарном лечении - день госпитализации;

4.1.2. При амбулаторном лечении - первичный осмотр и обследование.

4.2. Срок оказания услуги: _____.

4.3. Лечение производит врач (врачи):

(Ф.И.О., врачебная квалификационная категория)

4.4. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и внесения «Заказчиком» 100% предоплаты предварительной стоимости медицинских услуг и действителен до полного исполнения сторонами своих обязательств.

4.5. Заказчик информирован:

4.5.1. О возможных (но необязательных) осложнениях после оказания медицинской услуги, которые могут причинить вред здоровью пациента.

4.5.2. О том, что несоблюдение рекомендаций «Исполнителя», предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно скажутся

на состоянии здоровья пациента.

4.5.3. О несовершенстве медицинской науки и практики, индивидуальных особенностей организма, и невозможности в связи с этим гарантировать ожидаемые результаты лечения.

5. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК РАЧЕТА

5.1. За выполнение медицинских услуг «Заказчик» платит «Исполнителю» в рамках данного договора (п. 1), в соответствии с прейскурантом цен на медицинские услуги, сумму в размере

5.2 «Заказчик» производит оплату «Исполнителю» в порядке предоплаты наличным (через контрольно – кассовый аппарат). Актом выполненных работ является запись о выполненных медицинских услугах в карточке пациента, либо выписной эпикриз, либо заключение по результатам исследования.

5.3. «Исполнитель» выдает на руки «Заказчику» контрольно-кассовый чек или квитанцию об оплате, выписной эпикриз, либо заключение по результатам исследования.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН и РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

6.1. За неисполнением либо ненадлежащее исполнение своих обязательств Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. Стороны не несут ответственности за неисполнение обязательств, если это явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы (стихийные бедствия, эпидемии, наводнения, пожары, аварии и т.п.).

6.3. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором или в связи с ним, стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров.

6.4. В случае невозможности урегулировать спор, разногласия путем переговоров, спор разрешается в Калужском районном суде Калужской области.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

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

8. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ и РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

8.1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.

8.2. Досрочное расторжение Договора осуществляется по Соглашению сторон или на основаниях предусмотренных действующим законодательством. При этом «Заказчик» оплачивает «Исполнителю» фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

9. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

9.1. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством.

9.2. Настоящий договор составлен в 2-х подлинных экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

8. РЕКВИЗИТЫ

«ИСПОЛНИТЕЛЬ» Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калужской области «Детская городская больница», Калуга, ул. С.-Щедрина, д.11, свидетельство ФНС о внесении в Единый государственный реестр юридических лиц от 27.12.2012г. №1024001178398

ПОДПИСЬ ГЛАВНОГО ВРАЧА

ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Ф.И.О.(полностью)

Мне предоставлена подробная информация о состоянии моего здоровья моего ребенка. Все выше указанные положения разъяснены мне врачом, и понятны мне. Я предупрежден о том, что могут потребоваться дополнительные методы диагностики и лечения. Я согласен с предложенным планом обследования и лечения.

Я, в соответствии с требованиями ст. 9. ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных» №152 –ФЗ, подтверждаю согласие на все действия (сбор, хранение, систематизацию, использование и пр.) в ГБУЗ КО «Детская городская больница» с персональными данными моими и моего ребёнка, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг. В процессе оказания моему ребенку в ГБУЗ КО «Детская городская больница» медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам данного учреждения передавать персональные данные мои и моего ребенка другим должностным лицам в интересах обследования и лечения моего ребенка. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской документации. Передача персональных данных моих и моего ребенка иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

ПОДПИСЬ

« _____ »

201 ГОД