ТИПОВОЙ ДОГОВОР ДВУСТОРОННИЙ

ДОГОВОР №

на оказание платных медицинских и немедицинских услуг

г. Нижний Новгород \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2017г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области «Городская клиническая больница № 39 Канавинского района г. Нижнего Новгорода», (ОГРН 1055230054440, лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-52-01-004987 от 06.08.2015г., выдана Министерством здравоохранения Нижегородской области) в лице главного врача **Макарова Владимира Николаевича,** действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем **«Учреждение»** с одной стороны и

и гражданин(ка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО полностью)

именуемый в дальнейшем **"Пациент”** - с другой стороны заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА, РАЗМЕР И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

1.1 Учреждение оказывает Пациенту следующие платные услуги

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование услуги | количество | цена за ед. (руб.) | сумма (руб.) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

а Пациент в свою очередь обязуется принять их и оплатить.

1.2. Стоимость услуги устанавливается действующим прейскурантом ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №39».

1.3.Оплата производится Пациентом до оказания платной услуги: безналичным порядком на расчетный счет Учреждения либо наличными через кассу Учреждения, при этом Учреждение обязано выдать Пациенту кассовый чек, подтверждающий прием наличных денег за оказание платной услуги.

* 1. При увеличении стоимости оказываемых платных услуг вследствие увеличения срока лечения, затрат на медикаменты, усложнения операции, дополнительных процедур и т.п. Пациент производит дополнительную оплату. Изменение объема и стоимости оказанных услуг оформляется дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью данного договора.

1. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН
2. Учреждение обязуется:

* обеспечить соответствие предоставляемых платных услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации
* оказать платные услуги качественно, в полном объеме стандарта оказания медицинской помощи, либо, по просьбе Пациента, в виде отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи
* сохранять конфиденциальность информации о факте обращения Пациента за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иных сведений, полученных при медицинском обследовании и лечении (соблюдение врачебной тайны), в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах
* обеспечить Пациента информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов
* выдать заключение с указанием результатов проведенных исследований и лечебных мероприятий либо выписку из истории болезни.

2.2. Пациент обязан:

внимательно знакомиться с информацией, касающейся его лечения

* подписать Соглашение об объеме и условиях оказываемых платных медицинских и немедицинских услуг (информированное согласие) (Приложение №1 к договору).
* 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 протекание или лечение заболевания
* соблюдать правила поведения пациентов, выполнять все назначения медицинского персонала
* отказаться на весь курс лечения от употребления наркотиков и лекарств их содержащих, психотропных препаратов, алкоголесодержащих напитков
* согласовывать с лечащим врачом употребление любых, не назначенных в данном учреждении, терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей, и т.д.
* оплатить стоимость предоставляемой услуги

1. Учреждение имеет право:

* требовать от Пациента соблюдения режима лечения, приема лекарственных препаратов, режима питания прохождения процедур, и других предписаний
* не оказывать услуги, если Пациент находится в состоянии алкогольного опьянения

• отказать Пациенту в оказании платной услуги в случае невыполнения Пациентом рекомендаций и требований лечащего врача и /или не надлежащего исполнения .условий настоящего договора

1. Пациент имеет право:

* на выбор лечащего врача, с учетом согласия врача
* на получение в доступной форме информации о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, диагнозе, методах лечения, рисках, вариантах медицинского вмешательства
* отказаться от платной услуги в любое время при условии оплаты Учреждению фактически понесенных расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору. При этом составляется соглашение о расторжении договора по инициативе пациента.

1. В случае, если при предоставлении медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг, такие услуги оказываются без взимания платы.
2. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН
3. Учреждение несет ответственность перед пациентом за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а также за причинение вреда здоровью и жизни пациента.

3.2.3а нарушение сроков исполнения платных услуг учреждение выплачивает Пациенту неустойку в порядке и размере, определяемым ФЗ №2300-1 от 07.02.1992г. "О защите прав потребителей''. По соглашению сторон указанная неустойка может быть выплачена за счет уменьшения стоимости предоставленной платной услуги, предоставления Пациенту дополнительных услуг без оплаты.

1. Пациент вправе предъявить требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора в случае причинения вреда здоровью и жизни, возмещения стоимости лечения, а также компенсации за причинение морального вреда, в соответствии с действующим законодательством РФ.
2. Учреждение не несет ответственности за результат оказания услуги в случаях несоблюдения Пациентом рекомендаций по лечению и иных неправомерных действий.
3. Стороны освобождаются от ответственности в случае, когда невозможность исполнения услуг возникла по форс­мажорным обстоятельствам.
4. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором или в связи с его исполнением, стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров.
5. В случае недостижения согласия - в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.
6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА
7. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и действует до выполнения сторонами всех принятых

на себя обязательств.

1. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ
2. Любые изменения и дополнения к настоящему договору должны быть составлены в письменной форме, подписаны сторонами и являются неотъемлемой частью договора.
3. Приложение № 1 является неотъемлемой частью договора. Договор без подписанного Пациентом Приложения № 1 юридической силы не имеет.
4. В соответствии со ст.160 ГК РФ использование факсимильного воспроизведения подписи с помощью средств механического или иного копирования при совершении сделок допускается в случаях и в порядке, предусмотренных законом, иными правовыми актами или соглашением сторон. Стороны договорились, что допускают использование в договоре факсимиле для воспроизведения подписи главного врача.
5. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу.

|  |  |
| --- | --- |
| **"Учреждение"**  **ГБУЗ НО "Городская клиническая больница № 39"**  Адрес: 603950 г. Нижний Новгород,  Московское шоссе, д. 144 тел. 279-53-84, факс 279-10-87 ИНН 5257075293 КПП 525701001 ОГРН 1055230054440  Получатель: Министерство финансов Ниже­  городской области (ГБУЗ НО «Городская кли­ническая больница №39»)  р/с № 40601810422023000001 в Волго-Вятском ГУ Банка России г. Нижний Новгород  л/с 24001020380  БИК 042202001  Главный врач \_\_\_\_В.Н. Макаров | **«Пациент»**  года рождения  паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Зарегистрирован \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Приложение № 1

к договору №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_г.

Соглашение об объеме и условиях оказываемых платных медицинских и немедицинских услуг

(информированное согласие)

г. Нижний Новгород \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_г.

Я, пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО полностью

в рамках договора об оказании платных услуг, желаю получить платные услуги в ГБУЗ НО "Городская клиническая больница № 39", при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников ГБУЗ НО "Городская клиническая больница № 39" полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в Учреждении в рамках Программы государственных гарантий, утвержденной постановлением Правительства Нижегородской области и даю согласие на оказание мне платных услуг и готов их оплатить.
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных услуг, так и несколько видов платных услуг.
3. Мне разъяснено и я осознаю, что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат, что при проведении лечения, так и после него, как в ближайшем, гак и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.
4. Мне понятно, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением сторонами всех необходимых требований ГБУЗ НО "Городская клиническая больница № 39" не несет ответственности за их возникновение.
5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ГБУЗ НО "Городская клиническая больница № 39".
6. Мною добровольно, без принуждения и по согласованию с лечащим врачом выбраны виды платных услуг. Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить их стоимость.
7. Я ознакомлен с характером оказываемой платной услуги. Мне разъяснено, что во время оказания услуги могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен на то, что оказание услуги может быть изменено врачами по их усмотрению.
8. Мне разъяснено, что до назначения курса лечения необходимо сообщить лечащему врачу все сведения о своем здоровье, о наличии других заболеваний, противопоказаний к применению каких- либо лекарств или процедур, а также другую информацию, влияющую на протекание или лечение заболевания.
9. Я проинформирован, что могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение платной услуги в ГБУЗ НО "Городская клиническая больница № 39".
10. Настоящее соглашение мною прочитано, понято, замечаний к данному соглашению не имею, и я даю согласие на проведение платных услуг.

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ  
(оказанных услуг)

г.Нижний Новгород 2017г.

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 39», именуемое в дальнейшем «Исполнитель» в лице главного врача Макарова Владимира Николаевича, действующего на основании Устава с одной стороны и

именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны

Составили настоящий акт о нижеследующем

1. Настоящий акт составлен в подтверждение того, что по договору от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «Исполнителем» были оказаны «Пациенту» платные услуги в полном объеме на сумму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_рублей.
2. Стороны по вышеуказанным услугам претензий друг к другу не имеют.

«Пациент» «Исполнитель»

Главный врач

ГБУЗ НО «Городская клиническая

больница №39»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ В.Н. Макаров

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ  
(оказанных услуг)

г.Нижний Новгород 2017г.

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 39», именуемое в дальнейшем «Исполнитель» в лице главного врача Макарова Владимира Николаевича, действующего на основании Устава с одной стороны и

именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны

Составили настоящий акт о нижеследующем

1. Настоящий акт составлен в подтверждение того, что по договору от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «Исполнителем» были оказаны «Пациенту» платные услуги в полном объеме на сумму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_рублей.
2. Стороны по вышеуказанным услугам претензий друг к другу не имеют.

«Пациент» «Исполнитель»

Главный врач

ГБУЗ НО «Городская клиническая

больница №39»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ В.Н. Макаров