

ДОГОВОР №
на оказание платных медицинских услуг

г. Астрахань 2018 г.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Центр охраны здоровья семьи и репродукции», действующее на основании лицензии №ЛО30-01 001093 от 10.10.2014 выданной министерством здравоохранения Астраханской области в соответствии с перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность (Приложение №1), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице медицинского регистратора, действующего на основании Доверенности № 3 от 02.03.2018г., с одной стороны, и

именуемый в дальнейшем «Заказчик»,

именуемый в дальнейшем «Потребитель» с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель принимает на себя обязательства по оказанию Потребителю платных медицинских услуг, забор биологического материала на лабораторные исследования, а также полное и своевременное выполнение лабораторных исследований, в соответствии с условиями настоящего договора и действующим на момент оказания услуг прейскурантом Исполнителя, а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги.

1.2. Перечень оказываемых Потребителю платных медицинских услуг:

Услуга	Сумма

Всего услуг на сумму:

1.3. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта (протокола) медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения РФ, либо по просьбе Потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи. При предоставлении платных медицинских услуг должны соблюдаться порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения РФ.

1.4. Сроки оказания медицинских услуг производятся в день явки при совпадении указанного дня с днем работы специалиста, оказывающего услугу. Если предусмотрена предварительная запись на прием к специалисту, оказывающему услугу, то услуга оказывается в день записи потребителя на приём к специалисту.

1.5. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

2. Стоимость, порядок и сроки оплаты услуг.

2.1. Медицинские услуги, предоставляемые Исполнителем по настоящему договору, оплачиваются Заказчиком в соответствии с действующим прейскурантом Исполнителя (в российских рублях) путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или банковской картой до оказания медицинской услуги.

2.2. Заказчику выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, акт выполненных работ).

2.3. В случае прекращения оказания медицинских услуг (отказ от получения оплаченных медицинских услуг Заказчиком, отмена услуги по медицинским показаниям либо по независящим от сторон обстоятельствам), денежные средства за неоказанные услуги возвращаются Исполнителем на основании следующих документов: заявления о возврате денежных средств, платежных документов, при предъявлении паспорта (документа, удостоверяющего личность).

3. Права и обязанности сторон.

3.1. Исполнитель обязуется оказывать Потребителю востребованные им услуги, качество которых должно соответствовать требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

3.2. Исполнитель гарантирует качественное, полное и своевременное выполнение медицинских услуг в соответствии с условиями настоящего Договора и действующим на момент оказания услуг прейскурантом.

3.3. Заказчик обязан оплатить услуги в полном размере, предусмотренном действующим прейскурантом.

3.4. Потребитель обязан предоставить достоверную информацию, необходимую для качественного предоставления услуг.

3.5. В случае необходимости Потребитель вправе получить необходимую информацию по выполнению исследования у врача-консультанта.

3.6. Заказчик и Потребитель дают согласие на обработку персональных данных.

5. Ответственность сторон.

5.1. За невыполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством.

6. Обстоятельства, освобождающие от ответственности.

6.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если неисполнение явилось следствием непреодолимой силы, а именно пожара, стихийных бедствий, эпидемиологической обстановки, военных операций и других независящих от сторон обязательств.

7. Срок действия договора, порядок его расторжения.

7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до исполнения сторонами своих обязательств.

7.2. Условия договора могут быть изменены по соглашению сторон.

7.3. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным законодательством РФ и данным договором.

7.4. Исполнение договора подтверждается актом выполненных работ.

8. Адреса и реквизиты сторон.

ЗАКАЗЧИК:

ФИО _____

адрес _____

паспорт _____

от _____

ПОТРЕБИТЕЛЬ

ФИО _____

адрес _____

паспорт _____

от _____

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения Астраханской области «Центр
охраны здоровья семьи и репродукции»
г. Астрахань, ул. Красная Набережная 43/2, тел: 51-29-23
ИНН/КПП 3015015534/301501001
ОГРН 1023000844162, выданный на основании
свидетельства ИФНС РФ по Кировскому району
г. Астрахани серия 30№000633877 от 20.11.2002 г.
Отделения Астрахань. г. Астрахань,
р/с 40601810300003000001 л/с 20854Ш02246
Министерство здравоохранения Астраханской области
414056, г. Астрахань, ул. Татищева, 16в, тел: 54-16-19,
Управление Росздравнадзора по Астраханской области
414040, г. Астрахань, ул. Коммунистическая, 27,
тел: 61-29-61

Подписи сторон

«ЗАКАЗЧИК»

«ИСПОЛНИТЕЛЬ»

подпись

Медицинский
регистратор

подпись

«ПОТРЕБИТЕЛЬ»

подпись

ИНФОРМАЦИОННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я, _____ (ФИО потребителю),

в рамках договора о предоставлении платных услуг, желаю получить медицинские услуги в ГБУЗ АО "ЦОЗСиР". При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я получил(а) от сотрудников ГБУЗ АО "ЦОЗСиР" полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных услуг в данном учреждении в рамках программы государственных гарантий получения бесплатной медицинской помощи на территории Астраханской области на 2018 год, даю свое согласие на предоставление мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.

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

3. Мне доступно разъяснены сотрудникам ГБУЗ АО "ЦОЗСиР" мои права и обязанности в сфере охраны здоровья в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 №323-ФЗ

4. Врачи ГБУЗ АО "ЦОЗСиР" довели до моего сведения информацию об альтернативных методах лечения, информацию об оперативном лечении с использованием медицинского оборудования отечественного и импортного производства на современном уровне.

5. Я согласен(а) 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. ГБУЗ АО "ЦОЗСиР" не несет ответственности за их возникновение.

6. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения, я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ГБУЗ АО "ЦОЗСиР".

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

8. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом цен на платные медицинские услуги и согласен(а) оплатить стоимость медицинской(их) услуги(услуг) в соответствии с ним.

9. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных заведениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной(ых) медицинской(их) услуги(услуг) в данном учреждении здравоохранения.

10. Я информирован(а), что имею право на оказание бесплатной диагностической помощи по месту прописки.

11. Я удостоверяю, что текст моего информационного согласия на медицинское вмешательство мною прочитано, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Настоящее информационное соглашение подписано мною после проведения предварительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

отребитель _____ / _____
подпись _____ расшифровка подписи _____

дата _____