

Договор об оказании платных медицинских услуг № _____

г. Новороссийск

« ____ » _____ 20 ____ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Противотуберкулезный диспансер №23» министерства здравоохранения Краснодарского края (ГБУЗ ПТД № 23), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Медведева Александра Федоровича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин(ка),

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик, Пациент», он же представитель пациента

(Ф.И.О. больного), с другой стороны, в дальнейшем совместно именуемые «Стороны» заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель берет на себя обязательство оказать Пациенту медицинские услуги (далее Услуги), отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ (Приложение №1).

ГБУЗ ПТД №23:

- расположено по адресу 353900, Краснодарский край, город Новороссийск, улица Карла Маркса, дом 47;

- внесено в единый государственный реестр юридических лиц о юридическом лице, зарегистрированном 04 декабря 2002 года за основным государственным регистрационным номером 1022302393442 (свидетельство серия 23 №009088108). Орган, осуществивший государственную регистрацию – Инспекция федеральной налоговой службы по г. Новороссийску Краснодарского края;

- идентификационный номер налогоплательщика – 2315081310 (свидетельство серия 23 №009088108);

- адрес сайта ГБУЗ ПТД №23 в информационно – телекоммуникационной сети «Интернет» - www.tub23.ru.

Медицинская услуга оказывается на основании лицензии, дающей право на осуществление медицинской деятельности № Л041-01126-23/00320170 от 04 апреля 2018 г., выданной Министерством здравоохранения Краснодарского края. Срок действия лицензии – бессрочно.

Согласно лицензии, при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико – санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике, медицинской статистике, рентгенологии, сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико – санитарной помощи в амбулаторных условиях по: клинической лабораторной диагностике, рентгенологии, фтизиатрии. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: бактериологии.

Пациент обязуется оплатить медицинские услуги в порядке и размере, установленных настоящим Договором.

1.2. Вид медицинских услуг указывается в приложении № 1 к настоящему договору, являющимся его неотъемлемой частью.

1.3. Срок оказания услуг

с « ____ » _____ 20 ____ г. по « ____ » _____ 20 ____ г.

с « ____ » _____ 20 ____ г. по « ____ » _____ 20 ____ г.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Пациент обязуется:

2.1.1. оплатить медицинские услуги в размере, порядке, сроки и на условиях, которые указаны в п.3 настоящего Договора;

2.1.2. информировать Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;

2.1.3. выполнять все требования медицинского персонала Исполнителя во время обследования;

2.1.4. пациент уведомлен о необходимости соблюдения режима и правил поведения пациента в медицинской организации, о соблюдении рекомендаций назначенного режима лечения Исполнителем;

2.1.5. пациент подтверждает, что уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, 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 сказаться на состоянии здоровья.

2.2 Пациент имеет право:

2.2.1. на профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

2.2.2. на получение от Исполнителя сведений о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности;

2.2.3. получать от Исполнителя для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме результаты анализов, а также любую информацию об Исполнителе в рамках действующего законодательства;

2.2.4. на выбор лиц, которым в интересах Пациента, Исполнителем может быть передана информация о состоянии его здоровья (указываются Пациентом в письменной форме);

2.2.5. требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения, диагнозе, состоянии здоровья (врачебной тайны) и не разглашения персональных данных Пациента Исполнителем;

2.2.6. возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи.

2.3. По письменному заявлению Пациента ему бесплатно выдаются выписки из медицинских документов, результаты анализов и исследований, копия медицинской карты в течении 5 рабочих дней.

2.4. Исполнитель обязуется:

2.4.1. оказать медицинские услуги качественно в соответствии с разрешенными на территории Российской Федерации медицинскими технологиями, действующими порядками и стандартами оказания медицинской помощи и в срок, указанный в данном Договоре;

2.4.2. гарантировать качество медицинской помощи в соответствии с действующими нормами оказания медицинской помощи;

2.4.3. на основании результатов обследований информировать Пациента о состоянии его здоровья, дать Пациенту разъяснения и рекомендации;

2.4.4. соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья Пациента (врачебную тайну) и не разглашать персональные данные Пациента;

2.4.5. разместить на информационных стендах необходимую Заказчику информацию (Правила предоставления платных медицинских услуг населению, Информацию о ценах на платные медицинские услуги и т. д.).

2.5. Исполнитель имеет право:

2.5.1. Требовать от Пациента соблюдения обследования, назначенного врачом ГБУЗ ПТД №23.

2.6. Подписав настоящий договор, Пациент добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

3. Стоимость услуг и порядок платежей

3.1. Стоимость услуги устанавливается действующей на момент оказания услуги Информацией о ценах (в российских рублях) и составляет _____ руб. _____ коп.

3.2. Оплата Услуг осуществляется Пациентом в порядке 100% предоплаты до получения Услуги по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

В случае, если за Пациента производит оплату организация, страховая компания, то оплата производится в соответствии с условиями договора заключенного с Исполнителем, за фактически оказанные услуги путем перечисления на расчетный счет Исполнителя.

3.3. При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ по результатам обследования и лечения, стоимость услуг может быть изменена Исполнителем по согласованию с Пациентом с учетом уточненного диагноза, сложности производимых манипуляций и иных затрат.

4. Ответственность сторон

4.1. В случае неоплаты Пациентом стоимости услуг на условиях, указанных в разделе 3 настоящего договора, Исполнитель имеет право отказать Пациенту в оказании Услуги до оплаты последним ее стоимости.

4.2. Исполнитель несет ответственность перед Пациентом за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявленных к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента.

4.3. Исполнитель не несет ответственности за результаты оказания Услуг в случаях несоблюдения Пациентом рекомендаций по лечению и иных неправомерных действий.

4.4. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором или в связи с ним, Стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров на уровне лечащего врача, заведующего отделением, заместителя главного врача по медицинской части, главного врача. При невозможности достижения согласия путем переговоров рассмотрение вопроса в соответствии с законодательством РФ.

4.5. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы. Таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

5. Порядок изменения и расторжения договора

5.1. Условия, на которых заключен настоящий договор, могут быть изменены либо по соглашению сторон, либо в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Любые изменения и дополнения к настоящему договору имеют силу только в том случае, если они оформлены в письменном виде и подписаны обеими сторонами.

5.3. Настоящий договор может быть расторгнут по соглашению сторон.

5.4. Расторжение договора допускается по соглашению Сторон, по решению суда, в случае одностороннего отказа Стороны договора от исполнения договора в соответствии с гражданским кодексом Российской Федерации.

6. Срок действия договора

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и завершается после выполнения сторонами своих обязательств.

6.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, один находится у Заказчика, другой у Исполнителя.

7. Реквизиты и подписи сторон:

Исполнитель

ГБУЗ ПТД №23

3539 г. Новороссийск ул. Карла
Маркса, 47

Тел/факс (8617)72-05-36

р/с 401 028 109 453 700 000 10 в
Южном ГУ Банка России // УФК по
Краснодарскому краю г. Краснодар
ИНН 2315081310 КПП 231501001
л/с 828.52.232.0 в министерстве
финансов Краснодарского края

Заместитель главного врача по
медицинской помощи в амбулаторных
условиях

Н.В. Маховская

Заказчик

Пациент:

адрес регистрации _____

паспорт _____

страна прибытия _____

телефон _____

Пациент

Приложение № 1 к договору

от « ___ » _____ 20___ г.

№ _____

Перечень медицинских услуг

№ п/п	Название услуги	Цена по прейскуранту, руб.	Единица измерения	Количество	Стоимость, руб.
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Итого сумма по договору составила _____ руб. _____ коп.

Заместитель главного врача
по медицинской помощи в
амбулаторных условиях

Пациент

_____ Н.В. Маховская

Соглашение об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг (информированное добровольное согласие)

Я, пациент _____, желаю получать платные медицинские услуги в ГБУЗ ПТД №23 (далее – медицинская организация), при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников медицинской организации полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в медицинской организации, в рамках программ государственных гарантий оказания медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов(а) их оплатить.

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

3. Мне разъяснено, и я осознал (а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат и что при проведении медицинских вмешательств и после них, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.

4. 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, медицинская организация не несет ответственности за их возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(а) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей медицинской организации.

6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды платных медицинских услуг, которые я хочу получить в Медицинской организации и согласен(а) оплатить услугу.

7. Я ознакомлен(а) с действующей информацией о ценах и согласен(а) оплатить стоимость указанных медицинских услуг в соответствии с их стоимостью.

8. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом и я даю свое согласие на их оплату по безналичному перечислению в сумме _____ руб. ____ коп.

9. Меня поставили в известность, что при возникновении необходимости выполнения дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, стоимость Услуг может быть изменена медицинской организацией по согласованию Сторон с учетом уточненного диагноза, сложности производимых манипуляций и иных затрат на лечение.

10. Настоящее соглашение мною прочитано, я понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Пациент _____ (_____)

Настоящее соглашение подписано пациентом после проведения разъяснительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

АКТ ПРИЕМА – СДАЧИ ОКАЗАННЫХ УСЛУГ

от « ____ » _____ 20 ____ г.

Мы, нижеподписавшиеся:

_____ Именуемый в дальнейшем «Заказчик», и государственное бюджетной учреждение здравоохранения «Противотуберкулезный диспансер № 23» министерства здравоохранения Краснодарского края, в лице главного врача Медведева Александра Федоровича, именуемый в дальнейшем «Исполнитель», составили акт о том, что на основании вышеуказанного договора «Исполнителем» выполнены, «Заказчиком» приняты следующие услуги:

№ п/п	Наименование работ	Количество	Стоимость, руб.	Сумма, руб.
1				
2				
3				
4				
5				
6				
	ИТОГО:			

Работы выполнены качественно и своевременно. Заказчик претензий не имеет.

«Заказчик»

«Исполнитель»

Заместитель главного врача
по медицинской помощи в
амбулаторных условиях

_____ Н.В. Маховская