

# Договор об оказании платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_

г. Новороссийск

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Противотуберкулезный диспансер №23» министерства здравоохранения Краснодарского края, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача \_\_\_\_\_, действующего на основании Устава, с одной стороны, и \_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_, с другой стороны,

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.

ГБУЗ ПТД №23 внесено в единый государственный реестр юридических лиц о юридическом лице, зарегистрированном 04 декабря 2002 года за основным государственным регистрационным номером 1022302393442 (свидетельство серия 23 №009088109). Орган, осуществивший государственную регистрацию – Инспекция федеральной налоговой службы по г. Новороссийску Краснодарского края.

Медицинская услуга оказывается на основании лицензии, дающей право на осуществление медицинской деятельности № ЛО-23-01-012186 от 04 апреля 2018 г., выданной Министерством здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар, ул. Коммунаров, д. 276, тел. (861) 992-53-00, (861) 992-53-03.

Срок действия лицензии - бессрочно

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 « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_ г. по « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_ г.

с « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_ г. по « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_ г.

## 2. Права и обязанности сторон

2.1. Пациент обязуется:

2.1.1. оплатить медицинские услуги в размере и порядке, указанном в п. 3 настоящего Договора;

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

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. Исполнитель обязуется:

2.3.1. 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;

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

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

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

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

2.4. Исполнитель имеет право:

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

2.5. Пациент подтверждает, что на момент подписания настоящего договора Исполнитель уведомил его о том, что, медицинские услуги входят в Территориальную программу государственных гарантий Краснодарского края оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, и Пациент вправе получить ее бесплатно в установленном действующим законодательством порядке.

2.6. Подписав настоящий договор:

2.6.1. Пациент добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг, входящих в Территориальную программу государственных гарантий Краснодарского края оказания гражданам бесплатной медицинской помощи 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 путем внесения наличных денежных средств 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.

\_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ коп.

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

4.3. 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.

### **5. Срок действия договора**

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

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

### **6. Подписи сторон:**

#### **Исполнитель**

ГБУЗ ПТД №23

353900 г. Новороссийск ул. Карла

Маркса, 47

#### **Заказчик**

адрес регистрации \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_\_\_

страна прибытия \_\_\_\_\_

телефон \_\_\_\_\_

Руководитель

\_\_\_\_\_

Пациент

\_\_\_\_\_



**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 в кассу (по безналичному перечислению) Учреждения в сумме \_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_ коп.

9. Меня поставили в известность, что при возникновении необходимости выполнения дополнительных работ 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 РАБОТ

от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Мы, нижеподписавшиеся:

\_\_\_\_\_ Именуемый в дальнейшем «Заказчик», и государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Противотуберкулезный диспансер № 23» министерства здравоохранения Краснодарского края, в лице главного врача \_\_\_\_\_, 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				
7				
8				
	<b>ИТОГО:</b>			

Работы выполнены качественно и своевременно. Заказчик претензий не имеет.

«Заказчик»

«Исполнитель»

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_