

с.Икражное

Договор на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2017 г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Икражинская районная больница», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Кашин Андрей Валерьевич, действующего на основании Устава, с одной стороны и \_\_\_\_\_ именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, а вместе, именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

#### 1. Предмет Договора

- 1.1. По настоящему Договору Исполнитель предоставляет Заказчику платные медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, на основании настоящего договора (далее медицинские услуги) по своему профилю деятельности в соответствии с выданной лицензией на осуществление медицинской деятельности (Лицензия № ЛО 30-01 001556 Дата выдачи 29.09.2016 выдана Министерством здравоохранения Астраханской области), согласно Прейскуранту цен на медицинские услуги (далее – Прейскурант), утвержденным в установленном порядке, а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги.
- 1.2. Медицинские услуги предоставляются в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации, утвержденными в установленном порядке.
- 1.3. Медицинские услуги предоставляются в следующем объеме:
- 1.4. Заказчик подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель ознакомил его с Положением о предоставлении платных медицинских услуг населению в ГБУЗ АО «Икражинская РБ» от 30.03.2012г.; ознакомил его с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;
- уведомил его (Заказчика) 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 её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Заказчика.
- 1.5. Подписав настоящий Договор, Заказчик подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.
- 1.6. Срок предоставления медицинских услуг с « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. по « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

#### 2. Права и обязанности Сторон

##### 2.1. Исполнитель обязуется:

- 2.1.1. Оказать Заказчику платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем платных медицинских услуг, согласно п. 2.3. настоящего Договора.
- 2.1.2. Оказывать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором, после внесения Заказчиком денежных средств, в порядке, определенном разделом 4 настоящего Договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату.
- 2.1.3. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.
- 2.1.4. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством РФ порядке, исполнитель обязан соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся здоровья Заказчика.
- 2.2. Заказчик обязуется:
- 2.2.1. Оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги, перечень которых указан в п.2.3., до начала их оказания, согласно Прейскуранту цен (тарифов), и в порядке, определенном разделом 4 настоящего Договора.
- 2.2.2. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.
- 2.2.3. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников.
- 2.2.4. При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю о любых изменениях самочувствия.
- 2.2.5. Отказаться на весь период предоставления медицинских услуг по настоящему Договору, от употребления наркотиков и лекарств, их содержащих, психотропных препаратов, алкогольсодержащих напитков.
- 2.2.6. Соблюдать график приема медицинских работников, предоставляющих медицинские услуги по настоящему Договору.
- 2.2.7. Соблюдать внутренний режим нахождения в медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

#### 3. Цена и порядок оплаты услуг

- 3.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Пациенту согласно п. 2.3. настоящего Договора, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом цен платных медицинских услуг, и составляет \_\_\_\_\_ рублей.

(противью)

- 3.2. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Заказчиком до начала их оказания (наличными денежными средствами) в кассе медицинской организации, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. Заказчику после оплаты медицинских услуг выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых медицинских услуг, установленного образца.

#### 4. Ответственность сторон

- 4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

4.2. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Заказчиком неполной информации о своем здоровье.  
4.3. Стороны освобождаются от ответственности за исполнение обязательств в случае форс-мажорных обстоятельств.

#### 5. Порядок изменения и расторжения Договора

5.1. 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 Сторонами.

5.2. Настоящий Договор расторгается, в случае отказа Заказчика от получения медицинских услуг, оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю. Исполнитель информирует Заказчика о расторжении настоящего Договора по инициативе Заказчика, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

#### 6. Заключительные положения

6.1. Договор на оказание медицинских услуг заключен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

6.2. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, стороны будут решать по возможности путем переговоров. При невозможности достижения согласия, спор подлежит передаче на рассмотрение суда, в соответствии с законодательством РФ.

6.3. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами.


6.4. После исполнения настоящего Договора Исполнителем выдаются Заказчику медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг.

#### 7. Юридические адреса и банковские реквизиты Сторон

Исполнитель  
ГБУЗ АО «Икрянинская РБ»  
с. Икряное ул. Мира 36  
ИНН 3004001272 ОГРН 1045507031910  
тел. 8(85144)2-02-48

Заказчик  
ФИО \_\_\_\_\_  
Год и место рождения \_\_\_\_\_  
Адрес места жительства \_\_\_\_\_  
Документы, удостоверяющие личность \_\_\_\_\_  
Телефон \_\_\_\_\_  
Заказчик

Главный врач

  
Кашин А.В.

МП

(ФИО)

#### Согласие пациента на предоставление платных медицинских услуг

Я, \_\_\_\_\_ в рамках договора о предоставлении платных медицинских услуг, желаю получить медицинские услуги в ГБУЗ АО «Икрянинская РБ»  
1. Мне доступно разъяснены сотрудниками ГБУЗ АО «Икрянинская РБ» мои права и обязанности в сфере охраны здоровья в соответствии с ФЗ РФ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011г. №323-ФЗ.  
2. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения, я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ГБУЗ АО «Икрянинская РБ».  
3. Виды выбранных мною платных услуг согласованы с лечащим врачом, и я даю свое согласие на их оплату.  
4. Я ознакомлен(на) с действующим прейскурантом цен на платные медицинские услуги.  
5. 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 медицинской услуги в данном учреждении.  
6. Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.  
7. Настоящее информированное согласие подписано мною после проведения предварительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг

Пациент

подпись

расшифровка подписи

« \_\_\_\_\_ » 2017г