

_____.20__г.

Медицинское учреждение: ГАУЗ "КП № 3" (Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ о юридическом лице, зарегистрированном по 1 июля 2002 года серия 34 N001934385, выдано ИМНС РФ по Центральному району г. Волгограда 24.12.2002г. лицензия на осуществление медицинской деятельности ЛО-34-01-004331 от 11.11.2019г, выданная комитетом здравоохранения Волгоградской области, 400001, г. Волгоград, ул. Рабоче-крестьянская, 16, телефон: (8442) 30-99-99), именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице главного врача Гайдук Ирины Юрьевны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и _____ именуемый в дальнейшем "Пациент", с другой стороны, а вместе именуемые сторонами, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. На основании медицинского заключения о необходимости обследования и (или) лечения, а также желания "Пациента" "Исполнитель" предоставляет, а "Пациент" оплачивает следующие медицинские услуги:

1.2. Медицинская услуга(и) оказывается врачом _____
(Ф.И.О., вторая, первая, высшая категория, ученая степень, звание – нужно указать)

1.3. Срок оказания медицинских услуг:

в период с _____ по _____

2. ОБЯЗАННОСТИ ИСПОЛНИТЕЛЯ

2.1. Уведомляет "Пациента", что данная медицинская услуга:

2.1.1. входит в программу обязательного медицинского страхования и может оказываться ему бесплатно, однако при желании "Пациента" получения медицинских услуг вне очереди либо при отсутствии полиса ОМС может быть оказана ему на платной основе (нужное подчеркнуть);

2.1.2. не предусмотрена программой обязательного медицинского страхования и может быть предоставлена на платной основе, при этом с "Пациентом" подписывается информированное согласие на предоставление платных медицинских услуг (приложение №1 к данному договору);

2.2. несет ответственность в установленном законом порядке за обоснованность, качество, объемы и порядок предоставления медицинской услуги.

2.3. Предоставляет медицинские услуги в порядке и в сроки, определенные заключенным договором.

2.4. Выдает "Пациенту" чек, подтверждающий оплату медицинских услуг, произведенную в кассу "Исполнителя".

2.5. Сохраняет врачебную тайну о факте и причине обращения "Пациента".

2.6. Предоставляет медицинскую помощь за свой счет в случае возникновения осложнения в момент оказания платной медицинской помощи.

2.7. Создает условия для организации и проведения платных медицинских услуг.

3. ОБЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТА

3.1. Сообщить лечащему врачу известную ему информацию о состоянии своего здоровья.

3.2. Произвести оплату за предоставленную(ые) медицинскую(ие) услугу(и).

3.3. Соблюдать предписанные лечебно-охранительный режим, правила внутреннего распорядка лечебного учреждения.

3.4. Своевременно в устной или письменной форме уведомить "Исполнителя" о наличии уважительной причины (болезни) для переноса сроков выполнения услуг с последующим предоставлением подтверждающих документов.

4. ПРАВА ИСПОЛНИТЕЛЯ И ПАЦИЕНТА

4.1. Пациент имеет право:

-на выбор лечащего врача; -на предоставление информации о медицинской услуге.

При несоблюдении "Исполнителем" обязательств по срокам и качеству исполнения услуг:

-назначить новый срок оказания медицинской услуги;

-потребовать исполнения услуги другим специалистом;

-потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;

-расторгнуть договор и потребовать возмещения убытка;

4.2. "Исполнитель" имеет право отказать:

-в предоставлении платной услуги при наличии медицинских противопоказаний со стороны здоровья "Пациента";

-в предоставлении платной медицинской услуги при отсутствии медицинских показаний и риске нанесения вреда здоровью "Пациента";

-в возврате денежных средств при не предоставлении или предоставлении некачественной платной медицинской услуги, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы или иных обстоятельств, предусмотренных законом;

-в возврате денежных средств в связи с необоснованностью жалобы (по решению комиссии по разрешению конфликтов и споров, возникших при предоставлении платных медицинских услуг).

В случае возникновения неотложных состояний, угрожающих здоровью "Пациента", "Исполнитель" имеет право самостоятельно определять объемы исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе не предусмотренной договором, которые дополнительно не оплачиваются.

5. ОПЛАТА УСЛУГ

5.1. Стоимость предоставляемых медицинских услуг устанавливается на основании прейскуранта стоимости платных медицинских услуг (тарифов), утвержденных руководителем государственного автономного учреждения здравоохранения, и составляет _____ РУБЛЕЙ ____ КОПЕЕК

5.2. Оплата производится в кассу "Исполнителя".

5.3. В случае невозможности исполнения медицинской услуги, возникающей по вине "Пациента", услуги подлежат оплате в полном объеме.

5.4. В случае, когда невозможность исполнения услуги возникла по обстоятельствам, за которые ни одна сторона не отвечает, "Пациент" возмещает "Исполнителю" фактически понесенные им расходы.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору "Исполнитель" и "Пациент" несут ответственность, предусмотренную настоящим договором и действующим законодательством РФ.

6.2. "Исполнитель" освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения "Пациентом" своих обязанностей в соответствии с разделом 3 или по другим основаниям, предусмотренным законодательством.

6.3. "Пациент" обязан полностью возместить медицинскому учреждению понесенные убытки, если оно не смогло оказать услугу или было вынуждено прекратить ее оказание по вине "Пациента".

6.4. Претензии и споры, возникающие между "Пациентом" и "Исполнителем", разрешаются по соглашению сторон с возможным привлечением независимых экспертов или в судебном порядке в соответствии с законодательством РФ.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ДРУГИЕ УСЛОВИЯ

7.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

7.2. Настоящий договор считается полностью исполненным только после подписания Сторонами Акта о предоставлении платных медицинских услуг.

7.3. Изменения и дополнения в настоящий договор могут быть внесены в письменной форме по соглашению Сторон. Договор может быть расторгнут по Соглашению сторон или в случае одностороннего отказа от исполнения договора, предусмотренного ст. 782 ГК РФ: "пациент" вправе отказаться от исполнения договора при условии оплаты "Исполнителю" фактически понесенных им расходов. "Исполнитель" вправе отказаться от исполнения обязательств по договору возмездного оказания услуг лишь при условии полного возмещения "пациенту" убытков.

7.4. По соглашению сторон допускается использование факсимильного воспроизведения подписи.

8. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

"Исполнитель"

ГАУЗ "КП № 3"

ИНН 3444061000 КПП 344401001

Волгоградское отделение № 8621 Сбербанк России ПАО

ИНН 7707083893 КПП 344402001

р/сч 40603810711004000013

кор/сч 30101810100000000647

БИК 041806647

ОГРН 1023403482434

ОКПО 10533306

Адрес: 400066 г. Волгоград ул. Советская 23а

тел. 38-54-13 факс 38-64-62

Гл. врач _____ Гайдук И.Ю.

"Потребитель"

Ф.И.О.

Дата рождения:

Адрес:

телефон:

паспорт

Подпись _____

М.П.

Информированное согласие пациента на предоставление платных медицинских услуг

Я, пациент _____, амбулаторная карта пациента _____, в рамках договора о предоставлении платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в ГАУЗ "КП № 3", при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я получил(а) от сотрудников ГАУЗ "КП № 3" полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в данном учреждении в рамках программы государственных гарантий получения бесплатной медицинской помощи и даю свое согласие на предоставление мне платных медицинских услуг.

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

3. Мне разъяснено и я полностью осознаю, что проводимое мне лечение не гарантирует 100% результат и что как при предоставлении медицинских услуг, так и после их предоставления, возможны различные осложнения, обусловленные индивидуальными биологическими особенностями организма.

4. Я полностью согласен (на) с тем, что используемая при моем лечении технология не может на 100% исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных индивидуальными биологическими особенностями организма, и в том случае, если предоставленная медицинская услуга была осуществлена с учетом всех необходимых требований, ГАУЗ "КП № 3" не несет ответственности за их возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения, я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ГАУЗ "КП № 3".

6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом были выбраны(а) следующие виды медицинских услуг, которые я желаю получить на платной основе:
-кедровая бочка

7. Я ознакомлен (на) с действующим в ГАУЗ "КП № 3" прейскурантом цен на платные медицинские услуги и согласен (на) оплатить стоимость медицинской(их) услуг(и) в соответствии с ним.

8. Виды выбранных мною и согласованных с врачом платных медицинских услуг я согласен(на) оплатить в кассу учреждения в сумме одна тысяча четыреста шестьдесят рублей 00 копеек.

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

10. Настоящее информированное согласие мною внимательно прочитано, претензий и замечаний к данному мною информированному согласию не имеется, в связи с чем я даю согласие на проведение вышеуказанных медицинских услуг.

11. Специалист, оказывающий платную медицинскую услугу

(Ф.И.О., вторая, первая, высшая категория, ученая степень, звание - нужное указать)

Исполнитель:

Пациент:

ГАУЗ "КП № 3"

(Ф.И.О., подпись, расшифровка)

(подпись, расшифровка)

АКТ №
о выполнении Договора N
о предоставлении платных медицинских услуг

г. Волгоград
ГАУЗ "КП № 3", именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице главного врача Гайдук И.Ю., действующего на основании Устава, с одной стороны, и _____, именуемый в дальнейшем "Пациент", с другой стороны, составили акт о нижеследующем:

На основании заключенного между "Исполнителем и "Пациентом" Договора о предоставлении платных медицинских услуг № _____ "Исполнитель" принял обязательства предоставить следующие услуги:

-кедровая бочка

В результате проверки выполнения обязательств по Договору о предоставлении платных медицинских услуг обнаружено следующее:

1. Вышеуказанные медицинские услуги оказаны в полном/неполном объеме (подчеркнуть)

Причина не оказания услуг(и): _____

2. Претензий к оказанию медицинских услуг не имею/имею (подчеркнуть)

Подписи сторон:

Исполнитель:

Пациент:

(подпись, расшифровка)

(подпись)

