

До заключения договора Исполнитель в доступной форме уведомил Заказчика (Пациента) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую) услугу, 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 Заказчика (Пациента).

Пациент предупрежден о том, что в помещениях поликлиники с целью контроля качества и безопасности медицинской деятельности ведется видеонаблюдение.

(подпись)

Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

ДОГОВОР № _____ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Волгоград

«__» _____ 20__ г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Клиническая поликлиника № 3» (ГАУЗ «КП №3»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель» в лице главного врача Годенко В.С., действующего на основании Устава, свидетельства о государственной регистрации юридического лица: серия 34 № 001934385 от «24» декабря 2002 г., выданного выданного МИ ФНС России по Центральному району г. Волгограда (ОГРН № 1023403452434) лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-34-01-004331 от «11» ноября 2019 г., выданной комитетом здравоохранения Волгоградской области, с одной стороны, и гражданин (ка) _____, именуемый (мая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. На основании медицинских показаний о необходимости обследования и (или) лечения, а также желания «Пациента», «Исполнитель» предоставляет, а «Пациент», в размере, порядке и сроки, установленные настоящим договором, оплачивает в соответствии с согласованным сторонами планом лечения, следующие медицинские услуги:

Шифр услуги	наименование услуги	цена за единицу	Количество	сумма
Итого				

1.2. Медицинская услуга(и) оказывается врачом: _____.

1.3. Срок оказания медицинских услуг: с «__» _____ 202__ по «__» _____ 202__ г. В случае объективной необходимости срок оказания медицинских услуг по соглашению «Сторон» может быть изменен. В случае оказания услуг в несколько этапов, срок выполнения каждого этапа в пределах общего срока оказания услуг, а также сроки завершения отдельных этапов работы отражается в медицинской карте «Пациента».

1.4. «Пациент» оплачивает оказываемые медицинские услуги в порядке, установленном настоящим договором.

1.5. Стоимость медицинских услуг согласно прейскуранту составляет _____ (_____) рублей. В случае изменения в ходе оказания медицинских услуг Плана лечения, объема оказываемых услуг, стоимость может быть изменена по соглашению «Сторон» путем заключения дополнительного соглашения к настоящему договору.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. «Исполнитель» обязуется:

2.1.1. Оказывать медицинские услуги качественно в соответствии с нормативными документами, действующими в системе здравоохранения.

2.1.2. Обеспечить «Пациента» в доступной форме информацией, включающей в себя сведения о наименовании юридического лица, сведения о внесении записи в ЕГРЮЛ, с указанием органа осуществляющего государственную регистрацию, месте нахождения «Исполнителя», режиме работы, перечне платных медицинских услуг и их стоимости, сведения о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации.

2.1.3. По требованию «Пациента» предоставить ему для ознакомления:

- копию Устава учреждения, положение о его территориально обособленном структурном подразделении, участвующем в предоставлении платных медицинских услуг;
- копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг);
- смету на предоставление платных медицинских услуг;
- при заключении договора предоставить информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

а) порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при их наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а так же информацию о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающим объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

б) информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

в) информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

2.1.4. Соблюдать порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.1.5. После исполнения договора выдавать «Пациенту» эпикриз (выписку из медицинской карты больного), отражающий состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

2.1.6. Предоставлять «Пациенту» в доступной для него форме информацию:

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.1.7. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации.

- 2.1.8. Обеспечивать выполнение прав «Пациента» предусмотренных действующим законодательством РФ.
- 2.1.9. Предоставить медицинские услуги в порядке и сроки предусмотренные настоящим договором.
- 2.1.10. Выдать «Пациенту» документ (кассовый чек, квитанцию строгой отчетности), подтверждающий факт оплаты платных услуг.
- 2.1.11. Сохранять врачебную тайну о факте и причине обращения «Пациента», о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведениях, полученных при его обследовании и лечении.
- 2.1.12. Предоставлять неотложную медицинскую помощь по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни «Пациента» при внезапных острых состояниях, возникновении осложнений в момент оказания платной медицинской помощи за свой счет.
- 2.2. «Пациент» обязуется:**
- 2.2.1. Согласовать План лечения и оплатить стоимость предоставляемых медицинских услуг в порядке, установленном настоящим договором и по утвержденному прейскуранту, действующему на момент оказания услуг.
- 2.2.2. Выполнять требования «Исполнителя», обеспечивающие качественное предоставление платных медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений, в том числе:
- информировать врача до оказания медицинских услуг о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;
 - точно выполнять требования, назначения и рекомендации врача;
 - при первой возможности информировать «Исполнителя» об изменениях в состоянии здоровья, включая появление болевых или дискомфортных ощущений в процессе и после лечения. При появлении жалоб, связанных с лечением, незамедлительно обратиться к «Исполнителю»;
 - соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности.
 - соблюдать Правила внутреннего распорядка учреждения.
- 2.2.3. Своевременно в устной или письменной форме уведомить «Исполнителя» о наличии уважительной причины (болезни) для переноса сроков выполнения услуг.
- 2.2.4. Изучить добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство, задать интересующие вопросы и подписать его.
- 2.2.5. Принять оказанные услуги и подписать акт об оказании услуг. В случае не подписания «Пациентом» в день оказания услуг акта об оказании услуг без уважительных причин, услуги считаются принятыми.
- 2.3. «Исполнитель» имеет право:**
- 2.3.1. По согласованию с «Пациентом» в целях наиболее качественного оказания медицинской услуги вправе вносить изменения в план лечения, которые могут повлечь за собой изменение сроков оказания медицинских услуг и их стоимости.
- 2.3.2. Назначать и заменять лечащего врача. Лечащий врач по согласованию с руководителем учреждения может отказаться от наблюдения за «Пациентом» и его лечения, если отказ непосредственно не угрожает жизни «Пациента» и здоровью окружающих. В случае отказа лечащего врача от наблюдения и лечения «Пациента», руководитель Учреждения (структурного подразделения) должен организовать замену лечащего врача.
- 2.3.3. В случае необходимости направлять «Пациента» для дополнительного медицинского обследования и консультаций к специалистам иного медицинского профиля с целью уточнения диагноза, правильного выбора материалов и методик лечения.
- 2.3.4. Отказать «Пациенту» в предоставлении платной услуги:
- при наличии медицинских противопоказаний со стороны здоровья «Пациента»;
 - при отсутствии медицинских показаний и риске нанесения вреда здоровью «Пациента».
- 2.4. «Пациент» имеет право:**
- 2.4.1. Требовать предоставления медицинских услуг надлежащего качества, учредительные документы учреждения, сведений о наличии лицензии, о расчете стоимости оказанной услуги, сведения о порядке оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при их наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, информации о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации), предоставления информации о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе, о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.
- 2.4.2. Выбирать лечащего врача с учетом его согласия.
- 2.4.3. В случае нарушения «Исполнителем» сроков оказания услуг «Пациент» вправе по своему выбору:
- назначить новый срок оказания услуги;
 - потребовать уменьшения стоимости предоставляемой услуги;
 - потребовать исполнения услуги другим специалистом;
 - расторгнуть договор и потребовать возмещения убытков.
- 2.4.4. В случае обнаружения недостатков в оказанной услуге «Пациент» вправе по своему выбору потребовать:
- безвозмездного устранения недостатков оказанной медицинской услуги;
 - соответствующего уменьшения стоимости оказываемой услуги;
 - безвозмездного повторного оказания услуги;
 - возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги своими силами или третьими лицами.
- Недостатки оказанной услуги должны быть устранены «Исполнителем» в срок, согласованный с «Пациентом» с учетом технологических сроков оказания медицинской услуги.
- 2.4.5. Удовлетворение требований «Пациента» о безвозмездном устранении недостатков, о повторном оказании услуги не освобождает «Исполнителя» от ответственности в форме неустойки за нарушение срока окончания оказания услуги.
- 2.4.6. В любое время отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты «Исполнителю» фактически понесенных им расходов.
- 2.5. «Стороны» имеют иные права и исполняют иные обязанности, предусмотренные действующим законодательством РФ.

3. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГЕ

- 3.1. «Пациент» уведомляется, что данная медицинская услуга:
- а) входит в программу обязательного медицинского страхования и должна оказываться ему бесплатно;
 - б) не предусмотрена программой обязательного медицинского страхования и может быть оказана за плату;
 - в) финансируется (не финансируется) из бюджета.
- До заключения договора «Пациенту» предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи в другом лечебном учреждении.
- 3.2. Вследствие биологических особенностей организма человека и использования технологий оказания медицинской помощи при всей своей осторожности и осмотрительности «Исполнитель» не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений.
- 3.3. Исполнитель осуществляет медицинскую деятельность в соответствии с лицензией № ЛО-34-01-004331 от «11» ноября 2019 г., выданной комитетом здравоохранения Волгоградской области на право осуществления медицинской деятельности (Приложение № 1 к настоящему договору).
- Лицензирующий орган: комитет здравоохранения Волгоградской области; адрес места нахождения: Российская Федерация, 400119, Волгоградская область, г. Волгоград, ул. Туркменская, д. 6; телефон: (8442) 30-82-70, (8442) 30-82-75; email: oblzdrav@volganet.ru.

4. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

- 4.1. «Пациент» обязан оплатить оказанную «Исполнителем» в полном объеме услугу после ее принятия.
- 4.2. С согласия «Пациента» услуга может быть оплачена им при заключении договора в полном размере или путем выдачи аванса.
- 4.3. Оплата оказанных услуг (выполненных работ) производится посредством наличных или безналичных расчетов, в том числе, с использованием банковских карт «Пациента».
- 4.4. Окончательный расчет производится по факту полного оказания услуг и их сдачи «Пациенту».
- 4.5. В случае невозможности исполнения медицинской услуги, возникающей по вине «Пациента» или когда невозможность исполнения возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, «Пациент» оплачивает фактически понесенные «Исполнителем» расходы, если иное не предусмотрено законом.

5. УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

5.1. Необходимым условием исполнения договора является согласие «Пациента» с предложенным планом лечения, подписание информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, информированное согласие на получение платных медицинских услуг.

«Стороны» договорились, что такое согласие является также подтверждением того, что «Пациент» достаточно и в доступной форме информирован о состоянии своего здоровья, предлагаемых способах диагностики и лечения, о существовании иных способов лечения и их эффективности, о предполагаемых результатах лечения, о возможности негативных последствий, о характере и степени тяжести этих последствий, о степени риска лечения, о последствиях отказа от предлагаемого лечения, о возможности получения медицинских услуг в других медицинских организациях, о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и является выражением добровольного информированного согласия «Пациента» на предложенное медицинское вмешательство.

5.2. Время явки Пациента на прием оговаривается и согласовывается с «Пациентом». Согласование даты и времени явки «Пациента» на прием может осуществляться в устной или письменной форме.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью «Пациента» в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению «Исполнителем» в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.3. За нарушение установленных настоящим договором сроков исполнения услуг «Исполнитель» уплачивает «Пациенту» за каждый день просрочки неустойку в размере 3% от цены оказания услуги (этапа выполнения работ).

6.4. «Исполнитель» освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы или по вине «Пациента», а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. До подписания настоящего договора «Пациент» ознакомлен со сведениями о месте нахождении, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о квалификации и сертификации специалистов «Исполнителя», 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 «Пациента».

7.2. Договор вступает в силу с момента подписания его и действует до выполнения «Сторонами» своих обязательств по договору.

7.3. Все изменения и дополнения к договору оформляются в письменной форме, путем заключения дополнительного соглашения.

7.4 «Стороны» пришли к соглашению об использовании «Исполнителем» факсимильного воспроизведения подписи лица, уполномоченного подписывать настоящий Договор, дополнительные соглашения к нему и другие документы, заключаемые между «Исполнителем» и «Пациентом» в связи с оказанием медицинских услуг по настоящему договору.

7.5. Договор может быть расторгнут: по соглашению сторон, по решению суда, при одностороннем отказе Пациента от получения медицинских услуг, в иных случаях и в порядке, предусмотренных действующим законодательством РФ.

7.6. В случае отказа «Пациента» после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. «Исполнитель» информирует «Пациента» о расторжении договора по инициативе «Пациента», при этом «Пациент» оплачивает «Исполнителю» фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7.7. Соглашение об изменении или о расторжении договора совершается в письменной форме.

7.8. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для «Исполнителя» и «Пациента».

7.9. 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.

8. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель
Государственное автономное
учреждение здравоохранения «Клиническая поликлиника №3»
ИНН: 3444061000, КПП: 344401001
Волгоградское отделение № 8621 Сбербанка России ПАО
ИНН 7707083893 КПП 344402001
р/сч 40603810711004000013
кор/с 301018101000000000647
БИК: 041806647
ОГРН: 1023403482434
ОКПО: 10533306,
400066, г. Волгоград, ул. Советская, д. 23а
тел. 38-54-13, факс 38-64-62;

Главный врач

_____ Годенко В.С.

м.п.

Один экземпляр выдается на руки «Пациенту»

Пациент

Дата рождения: _____

Адрес: _____

Паспорт :серия _____ номер _____

Кем выдан: _____

Подпись _____

АКТ № _____
выполнения договора № _____ от «__» _____ 20__ г.
о предоставлении платных медицинских услуг

г. Волгоград

«__» _____ 20__ г.

Государственное учреждение здравоохранения «Клиническая поликлиника № 3» (ГАУЗ «КП №3»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель» в лице главного врача Годенко В.С., действующего на основании Устава, свидетельства о государственной регистрации юридического лица: серия ____ № ____ от «__» ____ 20__ г., выданного выданного МИ ФНС России по Центральному району г. Волгограда (ОГРН № _____) лицензия на осуществление медицинской деятельности № _____ от «__» _____ 20__ г., выданной комитетом здравоохранения Волгоградской области, с одной стороны, и гражданин (ка) _____, именуемый (мая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, составили настоящий акт о нижеследующем:

На основании заключенного между «Исполнителем» и «Пациентом» договора о предоставлении платных медицинских услуг № _____ от «__» _____ 20__ г. «Исполнителем» оказаны, а «Пациентом» приняты следующие медицинские услуги:

Шифр услуги	наименование услуги	цена за единицу	Количество	сумма
Итого				

Всего оказано услуг на сумму: _____

Выше указанные услуги, «Исполнитель» предоставил надлежащего качества, в объеме, порядке и сроки, установленные договором.

Пациент к качеству, объему, порядку и сроку оказания услуг **претензий не имеет.**

РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН.

«Исполнитель»

Государственное автономное
учреждение здравоохранения «Клиническая поликлиника №3»
ИНН: 3444061000, КПП: 344401001
Волгоградское отделение № 8621 Сбербанка России ПАО
ИНН 7707083893 КПП 344402001
р/сч 40603810711004000013
кор/с 30101810100000000647
БИК: 041806647
ОГРН: 1023403482434
ОКПО: 10533306,
400066, г. Волгоград, ул. Советская, д. 23а
тел. 38-54-13, факс 38-64-62;

Главный врач

_____ Годенко В.С.
м.п.

«Пациент»

Дата рождения: _____
Адрес: _____

Паспорт: серия _____ номер _____
Кем выдан: _____

Подпись _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ
добровольное согласие пациента на предоставление платных медицинских услуг

г. Волгоград

«___» _____ 20__ г.

Я, «Пациент» _____, амбулаторная карта «Пациента» № _____, в рамках договора о предоставлении платных медицинских услуг, желаю получить следующую(ие) медицинскую(ие) услугу(и) в ГАУЗ «КП №3» (далее - Учреждение):

При этом мне разъяснено и мною осознанно следующее:

1. Я получил(а) от сотрудников ГАУЗ «КП № 3» в доступной форме 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 полностью осознаю, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько или целый комплекс платных 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(а) 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, Учреждение 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 Учреждения.

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

Шифр услуги	Наименование услуги	цена за единицу	Количество	сумма
Итого				

7. Я ознакомлен(а) с действующим в Учреждении прейскурантом цен на платные медицинские услуги и согласен(а) оплатить медицинские услуги в соответствии с ним.

8. Виды выбранных мною и согласованных с врачом платных медицинских услуг я согласен(а) оплатить в кассу Учреждения, либо безналичным перечислением на лицевой счет Учреждения, в том числе, с использованием банковских карт в сумме _____ (_____) руб.

9. Я информирован(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) услуг (и) в ГАУЗ «КП №3».

10. Настоящее информирование согласие мной 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 медицинскую услугу:

(ФИО)

Исполнитель: _____
(ФИО, подпись, расшифровка)

Пациент: _____
(ФИО, подпись, расшифровка)

