

ДОГОВОР №
на оказание платных медицинских услуг

п. Золотухино

« ____ » _____ 202 г.

Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Золотухинская центральная районная больница» комитета здравоохранения Курской области (ОБУЗ «Золотухинская ЦРБ»), действующее на основании Свидетельства о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц от 20 января 2012 г., регистрирующий орган - межрайонная инспекция ФНС № 5 по Курской области ОГРН 1034637009791; лицензии № ЛО -46-01-002216 от 24.09.2019г, выданной Комитетом здравоохранения Курской области (адрес: г. Курск, Красная площадь, д. 6, тел. 8 (4712) 51-47-20 на осуществление медицинской деятельности по: акушерству и гинекологии; дерматовенерологии; кардиологии; клинической лабораторной диагностики; неврологии; оториноларингологии; офтальмологии; онкологии; профпатологии; рентгенологии; сестринскому делу; стоматологии; терапии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностики; хирургии; медицинскому освидетельствованию кандидатов в усыновители, опекуны или приемные родители; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием, на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством; вакцинация; неврология; психиатрия; психиатрии-наркологии; фтизиатрии, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице **главного врача Елфимовой Светланы Николаевны с одной стороны и «Пациент»**

(ФИО)

Представитель «Пациента» _____

(ФИО)

именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1 Настоящий договор определяет условия оказания платных медицинских услуг. Пациент (законный представитель Пациента) поручает, а Исполнитель обязуется оказать Пациенту платную медицинскую услугу

1.2. Срок оказания медицинской услуги составляет 10 (десять) рабочих дней.

2. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

2.1. Стоимость медицинской услуги, согласно приказа Комитета здравоохранения Курской области № 872 от 20.12.2021г., составляет:

_____ руб.

При возникновении необходимости выполнения дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, они выполняются с согласия Пациента (законного представителя Пациента) с оплатой по утвержденному прейскуранту.

2.2. Оплата медицинской услуги производится в полном объеме Исполнителем путем перечисления на расч. счет Исполнителя до оказания услуг.

2.3. Пациенту (законному представителю Пациента) в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату медицинских услуг (квитанция).

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Обеспечить Пациента (законного представителя Пациента) бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах.

3.1.2. Не передавать и не показывать третьим лицам, находящуюся у Исполнителя документацию о Пациенте.

3.1.3. Предоставить в доступной форме информацию 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.

3.1.4. По требованию Пациента (законного представителя Пациента) в доступной для него форме предоставить 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.

3.1.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

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

3.2. Пациент обязуется:

3.2.1. Оплатить предоставленную исполнителем медицинскую услугу в сроки и в порядке, которые определены договором.

3.2.2. Информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

3.2.3. Соблюдать правила поведения пациентов в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения, другие требования больницы, невыполнение которых влечет за собой невозможность оказания платной медицинской услуги.

3.2.4. Выполнять все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих ему по настоящему Договору Медицинские услуги, по лечению, в том числе соблюдать указания медицинского учреждения, предписанные на период после оказания услуг.

Исполнитель имеет право:

3.3.1. Получать от Пациента (законного представителя Пациента) любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае не предоставления либо неполного или неверного предоставления Пациентом (законным представителем Пациента) информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

3.3.2. Требовать от Пациента соблюдения правил оказания медицинских услуг.

3.3.3. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

3.4. Пациент имеет право:

3.4.1. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с п. 1.1 настоящего Договора

3.4.2. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.

3.4.2. Отказаться от получения Услуги (до момента начала ее оказания) и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания Услуги.

3.4.3. Результатом оказания платных медицинских услуг является запись в амбулаторной карте пациента, медицинская справка или медицинское заключение, копии медицинских документов или выписки из медицинских документов, отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг выдаваемое «Пациенту» на руки.

3.5. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

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

4.2. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам исполнения услуг «Пациент» (законный представитель «Пациента») вправе по своему выбору:

- назначить новый срок оказания услуги;
- потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;
- потребовать исполнения услуги другим специалистом;
- расторгнуть настоящий Договор и потребовать возмещения убытков.

Нарушение установленных договором сроков исполнения услуг должно сопровождаться выплатой потребителю неустойки в порядке и размере, определяемом Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей".

По соглашению сторон указанная неустойка может быть выплачена за счет уменьшения стоимости предоставленной медицинской услуги, но не ниже себестоимости данной услуги, предоставления Пациенту дополнительных услуг без оплаты, возврата части ранее внесенного аванса.

4.3. Ни одна из Сторон, не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение другой Стороной 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.

Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

5. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

5.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

5.2. При не урегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

Настоящий Договор, может быть, расторгнут по обоюдному согласию Сторон.

6.2. В случае отказа Пациента после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Пациент информирует в письменном виде Исполнителя о расторжении договора по инициативе Пациента, при этом Пациент оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору, если таковые имелись.

6.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а так же его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон.

6.4. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимильной подписи на договоре, дополнительных соглашениях к настоящему договору, а также на иных документах, имеющих значение для его исполнения, изменения или прекращения. При этом факсимильная подпись будет иметь равную силу, как и подлинная подпись уполномоченного лица.

6.5. Исполнителем после исполнения договора выдаются Пациенту (законному представителю Пациента) по письменному заявлению медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных услуг.

6.6. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу. Один экземпляр для Исполнителя другой - для Пациента (законного представителя Пациента).

7. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

| ИСПОЛНИТЕЛЬ: | «ПАЦИЕНТ» (законный представитель) |
|--|--|
| ОБУЗ «Золотухинская ЦРБ» Юр. адрес: 306020, Курская обл., Золотухинский район, п. Золотухино, ул. Кирова 81; ИНН 4607001860; КПП 460701001 ОГРН 1024600809815; ОКПО 01931396; ОКТМО 38612151; Лицевой счет 20446X51460 ЕКС (расчетный счет) 03224643380000004400 Кор. Счет 40102810545370000038 ОТДЕЛЕНИЕ КУРСК БАНКА РОССИИ/УФК ПО КУРСКОЙ ОБЛАСТИ г. Курск; БИК банка 013807906 Наименование платежа: Код БК 80400000000000000130 | Ф.И.О. _____ Адрес: _____ Паспорт: серия _____ № _____ Выдан: _____ _____ _____/_____/_____ |
| Главный врач _____ С.Н. Елфимова | |

Я, _____, даю свое согласие на обработку персональных данных, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 "О персональных данных" N152-ФЗ.

Я проинформирован, что ОБУЗ «Золотухинская ЦРБ» гарантирует обработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами.

_____ « _____ » _____ 202__года.

Уведомление потребителя (заказчика) о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) учреждения Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Золотухинская ЦРБ» _____

(Ф. И.О. потребителя, пациента, заказчика)

о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) учреждения (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 потребителя.

С уведомлением ознакомлен, экземпляр на руки получил во время заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

_____ « _____ » _____ 202__года.