

Я, _____,
Получил(ла) полные и всесторонние разъяснения о характере и возможных последствиях медицинского вмешательства. Я извещен (на), что несоблюдение рекомендаций и назначенного режима обследования могут снизить качество услуг, повлечь невозможность их завершения и отрицательно сказаться на моем здоровье.

_____ Подпись _____ Расшифровка _____
(число, месяц, год)

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг

г.Белинский

"_____" _____ 2024 г

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Белинская РБ", именуемое в дальнейшем ИСПОЛНИТЕЛЬ, в лице главного врача А.Ф.Панина, действующего на основании устава и лицензии № Л041-01166-58/00334998 от «08» октября 2019 г., выданной Министерством здравоохранения Пензенской области (адрес г.Пенза, ул. Пушкина, д.163, тел. 8(8412)48-81-01) на осуществление медицинской деятельности, в том числе: при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу, лабораторной диагностике, рентгенологии сестринскому делу стоматологии ортопедической, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: общей врачебной практике; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), бактериологии, дерматовенерологии, инфекционным болезням, клинической лабораторной диагностике, неврологии, отоларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, профпатологии, психиатрии, психиатрии-наркологии, рентгенологии, стоматологии терапевтической, стоматологии ортопедической, ультразвуковой диагностике, функциональной диагностике, хирургии; при проведении медицинских осмотров по: (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым), медицинским осмотрам профилактическим; при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием, психиатрическому освидетельствованию; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе профессиональной пригодности, с одной стороны, и _____

_____ именуемое в дальнейшем ЗАКАЗЧИК, действующий (-ая) на основании собственного заявления, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

I. Предмет договора.

1.1 ЗАКАЗЧИК поручает, а ИСПОЛНИТЕЛЬ, принимает на себя обязательство оказать ему (ей), супруге (у), сыну (дочери), матери (отцу) _____
оплачиваемую медицинскую услугу: _____

Основанием для оказания платной медицинской услуги является желание ЗАКАЗЧИКА при отсутствии противопоказаний.

2. Права и обязанности сторон.

2.1 ЗАКАЗЧИК имеет право:

2.1.1 Получить от медицинских работников, участвующих в оказании платной медицинской услуги, в доступной для ЗАКАЗЧИКА форме, полную и достоверную информацию:

- о диагнозе, методах обследования и лечения, их степени сложности и возможных последствиях.
- о видах и количестве диагностических исследований и лечебных процедур, включенных в оплату;
- о правилах оказания платной медицинской услуги (в том числе об альтернативных методах обследования и лечения);
- о квалификации и сертификации специалистов, оказываемых платную медицинскую услугу.
- выполнять все требования медицинского персонала ИСПОЛНИТЕЛЯ во время всего курса лечения.

2.1.2 на возмещение вреда, причиненного по вине ИСПОЛНИТЕЛЯ, вследствие ненадлежащего оказания платной медицинской услуги в порядке, предусмотренном пунктами 5.4 и 5.5 настоящего Договора.

2.1.3 Отказаться от получения платной медицинской услуги, т.е. расторгнуть настоящий Договор и получить обратно оплаченную сумму за вычетом затрат ИСПОЛНИТЕЛЯ, связанных с подготовкой к оказанию платной медицинской услуги.

2.1.4. В случае нарушения сроков оказания платной медицинской услуги, предусмотренных настоящим Договором по вине ИСПОЛНИТЕЛЯ, ЗАКАЗЧИК вправе, по своему выбору:

- согласовать с ИСПОЛНИТЕЛЕМ новый срок оказания платной медицинской услуги;
- потребовать исполнения платной медицинской услуги другим специалистом ИСПОЛНИТЕЛЯ.

2.2 ЗАКАЗЧИК обязан:

2.2.1 Оплатить стоимость предоставленной медицинской услуги, на условиях полной или частичной предоплаты, по ценам согласно прейскуранта цен, действующего на момент оплаты, при этом оплата считается произведенной при поступлении денежных средств в кассу ИСПОЛНИТЕЛЯ.

2.2.2 Информировать специалиста, оказывающего платную медицинскую услугу, об известных ему перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаний и других необходимых сведениях.

2.2.3 ЗАКАЗЧИК проинформирован о возможности получения медицинской услуги бесплатно по месту жительства, согласно Программе государственных гарантий оказания гражданам Пензенской области бесплатной медицинской помощи _____

ЗАКАЗЧИКУ сообщена информация, предусмотренная п.2.1.1 настоящего Договора.

2.2.4 Соблюдать график приема врачей-специалистов.

2.2.5 При прохождении курса лечения сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия.

2.3 ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право:

2.3.1 Самостоятельно назначать время, очередность приема, устанавливать объем и виды обследования и лечения.

2.3.2 В случае возникновения неотложных состояний ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право самостоятельно определять объем исследований, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных настоящим Договором.

2.4 ИСПОЛНИТЕЛЬ обязан:

2.4.1 Оказать платную медицинскую услугу в срок и объеме, установленном настоящим Договором в соответствии с установленными требованиями медико-экономических стандартов.

2.4.2 Предоставить ЗАКАЗЧИКУ доступную, полную и достоверную информацию о видах, объеме стоимости порядке предоставления платной медицинской услуги, в том числе о месте ее оказания, режиме работы, наличие лицензии и сведений о квалификации и сертификации специалистов, оказывающих платную медицинскую услугу.

2.4.3 Оформить ЗАКАЗЧИКУ медицинские и финансовые документы, подтверждающие получение платной медицинской услуги.

2.4.4. Обеспечить соответствие платной медицинской услуги ЗАКАЗЧИКУ требованиям предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ.

2.4.5 Оказать платную медицинскую услугу конфиденциально, качественно, своевременно и в объеме, предусмотренным настоящим Договором, предупредить ЗАКАЗЧИКА о последствиях, которые могут возникнуть при оказании платной медицинской услуги, а также согласовывать с ЗАКАЗЧИКОМ назначение дополнительных платных медицинских услугах, потребность в которых возникла в ходе исполнения настоящего Договора.

2.4.6. Изменять первоначально определенный перечень услуг или откладывать их проведение в случае выявления в процессе обследования и /или лечения соответствующих медицинских показаний. Изменения перечня услуг, а также отложение их предоставления осуществляются Исполнителем в одностороннем порядке.

3. Стоимость медицинской услуги и порядок расчетов.

3.1 Стоимость Услуги устанавливается _____ прейскурантом и составляет _____ рублей

3.2 Оплата Услуг осуществляется пациентом в порядке 100 процентной предоплаты до получения услуги, путем внесения денежных средств в кассу ИСПОЛНИТЕЛЯ или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет ИСПОЛНИТЕЛЯ.

3.3 При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования может быть изменена ИСПОЛНИТЕЛЕМ с согласия ЗАКАЗЧИКА с учетом уточненного диагноза, данные изменения к Договору должны быть произведены в простой письменной форме и подписаны обеими сторонами Договора.

4. Прочие условия

4.1 _____
4.2 Договор вступает в силу с момента его подписания, внесения ЗАКАЗЧИКОМ 100 (сто)процентной предоплаты и действует до момента окончания платной медицинской услуги.

4.3 Все изменения и дополнения в настоящий Договор вносятся только по взаимному согласию Сторон.

4.4 Во всем , что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

4.5 Все споры и разногласия, которые могут возникнуть при исполнении настоящего Договора, Стороны постараются урегулировать путем переговоров, а в случае недостижения соглашения, Стороны передают спор на рассмотрение в соответствующий суд общей юрисдикции.

4.6 Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждого из сторон.

4.7 В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается , при этом потребитель и (или) заказчик оплачивают исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением расходов, связанные с исполнением обязательств по договору.

4.8. При оказании платных медицинских услуг обязанность исполнителя по возврату денежной суммы , уплаченной потребителем и (или) заказчиком по договору , осуществляется в соответствии с главой III Закона РФ « О защите прав потребителей»

5. Ответственность сторон.

5.1 В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязанностей по договору ИСПОЛНИТЕЛЬ несет ответственность в размере реального ущерба причиненного ЗАКАЗЧИКУ таким неисполнением.

5.2 В случае причинения вреда здоровью или жизни ЗАКАЗЧИКА по вине ИСПОЛНИТЕЛЯ он несет ответственность в соответствии с законодательством РФ.

5.3 ИСПОЛНИТЕЛЬ освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение ЗАКАЗЧИКОМ условий настоящего Договора.

6. Юридические адреса и подписи Сторон.

ИСПОЛНИТЕЛЬ
ГБУЗ "Белинская РБ"
Пензенская область, Белинский район,
г.Белинский, ул. Туристическая,2
ИНН 5810001347
ОГРН 1025801073430
Адрес сайта <https://belinskaybolnica.ru>
тел.8(84153)2-12-44

ЗАКАЗЧИК:
Домашний адрес: _____

Паспорт: _____
Выдан: _____

телефон: _____
ИНН: _____
Подпись: _____

_____ А.Ф.Панин

Акт выполненных работ: № _____ от _____ 2024г.

| № | Наименование работ, услуг | Кол-во | Ед. | Цена | Сумма |
|---|---------------------------|--------|-----|------|-------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ЗАКАЗЧИК:
