ДОГОВОР
О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ПЛАТНЫХ УСЛУГ №___

р. п. Светлый Яр «____» _____ 20_____г.
Волгоградская область

Государственное бюджетное учреждение «Светлоярская центральная районная больница» Светлоярского муниципального района Волгоградской области, именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице главного врача Рысухиной Натальи Анатольевны, действующего на основании Устава, лицензии на осуществление медицинской деятельности выданной министерством здравоохранения Волгоградской области № _____ от _____ года, с одной стороны, и гражданин (ка) ,

_____
(Ф.И.О. физического лица)

Паспорт:
проживающий по адресу: _____именуемый (мая) в дальнейшем "Заказчик",

_____
(Ф.И.О. физического лица)

Паспорт: _____

проживающий по адресу: _____, именуемый (мая) в дальнейшем "Потребитель", заключили договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. "Исполнитель" оказывает "Потребителю" следующие медицинские услуги :

_____

В соответствии с лицензией № _____ от _____года на осуществление медицинской деятельности (выполнение работ (услуг) по медицинским осмотрам, рентгенологии, амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, лабораторной диагностике. операционному делу, медицинскому (наркологическому) освидетельствованию, неврологии, терапии, ультразвуковой диагностике, физиотерапии, хирургии, функциональной диагностике и др.) выданной министерством здравоохранения Волгоградской области расположенного по адресу: 400119, Волгоград, ул. Туркменская 6, 16. тел: 30-99-98 (приемная)

в период с «___»_____20___ по «_____»_____20___г.

1.2. "Заказчик"("Потребитель") оплачивает оказываемые услуги в порядке, установленном настоящим договором.

Стоимость медицинской услуги согласно прейскуранту составляет:

_____

2. Права и обязанности сторон

2.1. "Исполнитель" обязуется:

2.1.1. Оказывать качественные медицинские услуги, указанные в п. 1.1. настоящего договора в соответствии с медико-экономическими стандартами, утвержденными на территории Волгоградской области, а также нормативными документами, действующими в системе здравоохранения.

2.1.2. Обеспечить "Заказчика"("Потребителя") бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о месте нахождения "Исполнителя", режиме работы, перечне платных услуг и их стоимости, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

2.1.3. Обеспечивать выполнение прав "Заказчика"("Потребителя"), предусмотренных законодательством о защите прав потребителей.

2.1.4. Обязуется сохранить конфиденциальность информации о здоровье "Потребителя" в рамках конституционно установленного.

2.2. "Заказчик"("Потребитель") обязуется:

2.2.1. Заплатить стоимость предоставляемой медицинской услуги в порядке и по тарифам, установленным настоящим договором, внимательно ознакомиться с информацией, касающейся его лечения (приложение №1 к настоящему договору).

2.2.2. Выполнять требования "Исполнителя", обеспечивающие качественное представление платной медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений, в том числе и сведений о перенесённых заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

2.3. "Заказчик"("Потребитель"), пользующийся платными медицинскими услугами, вправе требовать предоставление услуг надлежащего качества, сведений о наличии лицензии и сертификата, о расчете стоимости оказанной услуги.

2.4. ""Потребитель" обязуется соблюдать правила поведения пациентов, существующие в ГБУЗ «Светлоярская ЦРБ», выполнять все назначения медицинского персонала и сотрудников "Исполнителя".

2.5. "Заказчик"("Потребитель") вправе отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты "Исполнителю" фактически понесенных им расходов.

3. Информация о предоставляемой медицинской услуге

3.1. Оказываемая медицинская (не медицинская) услуга представляет собой:

_____

3.2. 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.

(Нужное подчеркнуть).

3.3. Медицинскую услугу "заказчику" оказывает врач(и) :

_____

второй, первой или высшей квалификационной категории, имеющий сертификат специалиста.

3.4. "Заказчик" ("Потребитель") подтверждает, что ознакомлен с дополнительной информацией, касающейся особенностей данной медицинской (не медицинской) услуги и условий ее предоставления, вывешенной на стенде информации медицинского учреждения об условиях и порядке оказания платных медицинских услуг, возможных осложнений и других побочных воздействий.

3.5. "Заказчик" ("Потребитель") подтверждает, что ознакомлен с тем, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях

4. Порядок расчетов

4.1. Оплата за медицинские услуги производится в учреждениях "Исполнителя."

4.2. Стоимость предоставляемых медицинских услуг определяется в соответствии с прейскурантом, утвержденным "Исполнителем".

4.3. Расчеты за предоставляемые медицинские услуги производятся "Заказчиком"("Потребителем") путем оплаты стоимости медицинских услуг наличными деньгами через контрольно-кассовую машину, либо путем оформления квитанции по форме, утвержденной Письмом Минфина РФ от 20.04.95 N 16-00-30-35, подтверждающей прием наличных денег. Документом, подтверждающим расчет служит кассовый чек, либо копия вышеуказанной квитанции.

4.4. В случае невозможности исполнения медицинской услуги, возникающей по вине "Заказчика"("Потребителя"), услуги подлежат оплате в полном объеме.

4.5. В случае, когда невозможность исполнения услуги возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, "Заказчик"("Потребитель") возмещает "Исполнителю" фактически понесенные им расходы.

5. Условия оказания медицинских услуг

5.1. "Исполнитель" приступает к оказанию услуги после получения оплаты. В случае задержки "Заказчиком"("Потребителем") оплаты услуг срок выполнения услуги, установленный п. 1.1 договора, продлевается на период задержки оплаты услуги.

6. Ответственность сторон

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

6.2. В случае нарушения "Исполнителем" сроков оказания услуг "Заказчик"("Потребитель") 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.

6.3. За нарушение установленных настоящим договором сроков исполнения услуг "Исполнитель" уплачивает "Заказчику"("Потребителю") за каждый день просрочки неустойку в размере 0,05% тарифа на оказанную услугу. Неустойка выплачивается за счет уменьшения стоимости предоставленной медицинской услуги, предоставления "Потребителю" дополнительных услуг без оплаты, возврата части ранее внесенного платежа.

Сумма взысканной неустойки не может превышать цену услуги.

6.4. В случае обнаружения недостатков в оказанной услуге "Потребитель" вправе по своему выбору потребовать:

- безвозмездного устранения недостатков оказанной медицинской услуги;
- соответствующего уменьшения тарифа на оказанную услугу;
- безвозмездного изготовления другого изделия из однородного материала такого же качества или повторного оказания услуги, при этом "Потребитель" обязан возвратить полученное;
- возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги своими силами или третьими лицами.

6.5. Недостатки оказанной услуги должны быть устранены не позднее 20 дней со дня предъявления требований "Заказчиком"("Потребителем").

6.6. "Заказчик"("Потребитель") вправе расторгнуть договор об оказании услуги и потребовать полного возмещения убытков, если недостатки оказанной услуги не устранены "Исполнителем" в установленный договором срок.

6.7. "Исполнитель" освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы или нарушения "Потребителем" рекомендаций "Исполнителя", а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

6.8. Споры, возникшие между сторонами, разрешаются в претензионном и судебном порядке.

7. Заключительные положения

7.1. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до окончания медицинской услуги.

7.2. Настоящий договор составляется в 3-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для «Исполнителя», для «Заказчика» и «Потребителя». В случае если договор заключается между «Потребителем» и «Исполнителем», он составляется в 2-х экземплярах.

7.3. Неотъемлемой частью настоящего договора является Приложение№1 - Соглашение об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг (информированное согласие).

7.4. Любые изменения и дополнения к настоящему договору должны быть составлены в письменной форме и подписаны Сторонами либо их уполномоченными представителями.

7.5. Адреса и реквизиты сторон:

ИСПОЛНИТЕЛЬ
ГБУЗ «Светлоярская ЦРБ»

Юридический / почтовый адрес:
Россия, 404171, Волгоградская обл., р. п. Светлый Яр, ул. Мелиоративная,6
Банковские реквизиты:
ИНН 3426000661 КПП 342601001
(Облфин (ГБУЗ «Светлоярская ЦРБ» 20523Щ22870)
Р/Сч № 03224643180000002900 Отделение Волгоград Банка России // УФК по Волгоградской области г. Волгоград
Кор/с 40102810445370000021 БИК 011806101
ОКПО 01920257, ОКВЭД 85.11.1 ОКТМО 18469000,ОКОПФ 20903 КБК 00000000000000000130
(ОГРН 1023405964119 (зарегистрирован Межрайонной ИФНС № 8 по Волгоградской области)
тел/факс 8 (84477) 6-15-90. сайт: svcrb.ru
тел: 8 (84477) 6-26-13. E-mail: crb_svetloyar@vomiac.ru

Главный врач
ГБУЗ «Светлоярская ЦРБ»

_____(Н. А. Рысухина)

ЗАКАЗЧИК

_____
(Ф.И.О. физического лица)
Паспорт: _____
проживающий по адресу: _____
тел_____
_____(_____)

ПОТРЕБИТЕЛЬ

_____
(Ф.И.О. физического лица)
Паспорт: _____
проживающий по адресу: _____
тел_____
_____(_____)

_____(_____)

Соглашение об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг (информированное согласие)

р. п. Светлый Яр «____»_____ 20____г.

Я, Потребитель**,** _____
(Ф.И.О. физического лица)

в рамках договора о предоставлении платных медицинских услуг № ____ от «____» _____ 20_____г., желаю получить платные медицинские услуги в ГБУЗ «Светлоярская ЦРБ», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее.

1. Я, получив от сотрудников ГБУЗ «Светлоярская ЦРБ» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в ГБУЗ «Светлоярская ЦРБ», в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.

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

3. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат и что при проведении операции и после нее, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.

4. Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ГБУЗ «Светлоярская ЦРБ» 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 ГБУЗ «Светлоярская ЦРБ».

6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды дополнительных медицинских услуг, которые я хочу получить в ГБУЗ «Светлоярская ЦРБ» и согласен(на) оплатить:

_____

7. Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.

8. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом и я даю свое согласие на их оплату в кассу (по безналичному перечислению) в ГБУЗ «Светлоярская ЦРБ» в сумме _____

9. Я проинформирован, что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в ГБУЗ «Светлоярская ЦРБ».

10. Я уведомлен и согласен о возможности предоставления мне медицинских услуг в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

11. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

_____
(фамилия, имя, отчество, паспортные данные и подпись Потребителя)

Настоящее соглашение подписано пациентом на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы и является приложением к договору о предоставлении платных медицинских услуг № ____ от «_____» _____ 20____г.

Главный врач
ГБУЗ «Светлоярская ЦРБ»_____(Н. А. Рысухина)