

Договор № возмездного оказания медицинских услуг

Р.п. Пышма Свердловской области

« _____ » _____ 20__ г

Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Пышминская центральная районная Больница в дальнейшем именуемое «Исполнитель» в лице главного врача Телегиной Л.Г., действующей на основании Устава: _____

в дальнейшем Именуемый (ая) "Заказчик" ф.и. о, заключили настоящий Договор о следующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать : _____
(слова «Заказчику», если услуги оказываются непосредственно Заказчику , либо Ф.И.О. пациента, если пациент-ребенок Заказчика) следующие медицинские услуги : _____
основании имеющихся у Исполнителя лицензий, в согласованный сторонами срок ,в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ, утвержденными стандартами и правилами, а Заказчик обязуется оплатить оказываемые по настоящему Договору услуги.

1.2. Конкретный перечень (Программа) медицинских услуг и срок их оказания определяется по согласованию между Заказчиком и Исполнителем и при необходимости могут быть отражены в медицинской (амбулаторной) карте, либо в приложении к настоящему Договору. Сроки оказания медицинских услуг (выполнения конкретных мероприятий) определяются также ресурсными возможностями Заказчика и Исполнителя.

Указанные в п.1.1. Договора услуги оказываются в срок до « _____ » _____ 20__ г.

2. СТОИМОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ :

2.1. Стоимость услуг по настоящему Договору составляет: _____ рублей _____ копеек

2.2. Стороны согласны, что оплата производится непосредственно перед оказанием услуг по настоящему Договору, в порядке 100% предоплаты. Заказчик ознакомлен с Прейскурантом до подписания настоящего Договора.

2.3. Оплата осуществляется путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя.7
2.4. В случае досрочного расторжения Договора (отказа от получения услуг) по инициативе Заказчика уплаченные денежные средства возвращаются Исполнителем Заказчику с удержанием фактически понесенных затрат.

3. УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

3.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления пациента (законного представителя пациента) и согласия Заказчика приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Заказчика.

3.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами регламентирующими деятельность медицинской организации (лицензионные и другие необходимые документы)

3.3. Заказчик предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью,

3.4. Заказчик незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказанных медицинских услуг.

3.5. В соответствии с требованиями Закона РФ «Об основах охраны здоровья в РФ» Заказчик проинформирован Исполнителем о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных гарантий бесплатного оказания

гражданам медицинской помощи, а также о медицинских работниках Исполнителя, об уровне их образования и об их квалификации.

3.6. До Заказчика была доведена информация о платных медицинских услугах, включая следующие сведения:

а) о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при оказании платных медицинских услуг;

б) информация о конкретном медицинском работнике оказывающем платную медицинскую услугу (его образование и квалификацию);

в) информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

3.7. Заказчик (пациент) проинформирован о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя, медицинского работника, оказывающего платную медицинскую услугу, в том числе назначенных режима лечения, приема лекарственных препаратов, могут снизить качество оказываемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии пациента.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1 Исполнитель обязуется:

- оказать Заказчику платные медицинские услуги надлежащего качества в установленный Договором срок; - предоставить Заказчику бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемых услугах.

4.2 Заказчик (пациент) обязуется:

- информировать медперсонал до оказания медицинских услуг о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергической реакции, противопоказаний;
- выполнять все медицинские указания, рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения, своевременно информировать лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья (самочувствии);
- своевременно оплатить стоимость медицинских услуг;
- соблюдать правила внутреннего распорядка и правила поведения пациента в медицинской организации в соответствии с лечебно – охранительным режимом.

4.3. Исполнитель вправе:

- самостоятельно определять объем диагностических и лечебных показаний). мероприятий для Заказчика, с учетом медицинских показаний и противопоказаний. В случае возникновения неотложных состояний, Исполнитель самостоятельно определяет объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств и других методов лечения, необходимых для оказания надлежащей медицинской помощи, в том числе и не предусмотренным Договором;
- приостановить проведение лечебно – диагностических мероприятий в случае невыполнения Заказчиком требований лечащего врача или в случае несвоевременной оплаты услуг (за исключением проведения лечения по жизненным показаниям);

4.4. Заказчик вправе:

- требовать предоставления услуг надлежащего качества;
- получить заключения с указанием результатов проведенных исследований, лечебных мероприятий и необходимых рекомендаций;
- осуществлять иные права, предусмотренные законодательством РФ (в т.ч. законодательством о защите прав потребителей)

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН И ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

5.1. Стороны несут ответственность друг перед другом в соответствии с действующим законодательством РФ и условиями настоящего Договора.

5.2. Платные медицинские услуги по настоящему Договору оказываются Заказчику по его просьбе и с его добровольного информированного согласия, что не нарушает права Заказчика на бесплатную медицинскую помощь в рамках «Программы государственных гарантий».

5.3. Перед оказанием услуг Заказчику была представлена исчерпывающая информация о его заболевании (диагнозе), современных методах лечения, даны ответы на все интересующие вопросы.

5.4. Заказчик, в объеме и способами, указанными в п.1,3 ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

6.1. Договор считается заключенным со дня его подписания и действует до исполнения сторонами обязательств.

6.2. Досрочное расторжение и изменение настоящего договора возможно в соответствии с действующим законодательством РФ.

7.3. Споры и разногласия, которые могут возникнуть при исполнении настоящего договора, по возможности разрешаются путем переговоров между Сторонами. При не урегулировании сторонами возникших разногласий спор разрешается в судебном порядке.

7. Адреса и реквизиты сторон

Исполнитель: ГАУЗ СО «Пышминская ЦРБ»

Юридический адрес: 623550 Свердловская область р.п. Пышма, пер. Комарова,5 (34372) 2-41-06

Адрес места оказания медицинских услуг: Свердловская область р.п. Пышма, пер. Комарова,5

Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ серия 66 № 000484513 от 27.12.2002г. выдано МРИ ФНС России № 5

по Свердловской области ОГРН 1026601077546 ИНН 6649000942 КПП 664901001,

лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО 41 – 01021-66/00356742 от 30.09.2020г. выдана

Министерством здравоохранения Свердловской области, тел. (343) 270-18-18

Адрес: г.Екатеринбург, ул.Вайнера,34-Б

Главный врач М. П. _____ Телегина Л.Г.

Заказчик: _____

Паспорт серия: _____ № _____ кем выдан: _____

Дата выдачи: _____

Адрес регистрации и места жительства: _____ ул. _____ д _____ кв _____

Подпись _____