

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг

г. Ейск.

« » _____ 20 г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Ейская центральная районная больница» министерства здравоохранения Краснодарского края, именуемое в дальнейшем «ИСПОЛНИТЕЛЬ», в лице главного врача Григорян Мигран Самвеловича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин(ка) или его законный представитель

(фамилия, имя, отчество)

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

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется оказать следующие платные медицинские услуги: _____

1.2. Перечень и стоимость услуг, предоставляемых Заказчику, указаны в прейскуранте Исполнителя, действующем на дату составления настоящего договора.

1.3. При исполнении настоящего договора стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации и Краснодарского края, регулирующим предоставление гражданам платных медицинских услуг.

1.4.

2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1. Услуги Заказчику, оказываются в соответствии с режимом работы Исполнителя, который доводится до сведения Заказчика при заключении договора.

2.2. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг, не предусмотренных пунктом 1.1 настоящего договора, они оформляются дополнительным соглашением к настоящему договору и оплачиваются Заказчиком согласно прейскуранту.

2.3. В случае необходимости привлечения третьих лиц для оказания медицинских услуг Заказчику Исполнитель обязан привлечь третьих лиц, обладающих необходимыми разрешениями на оказание соответствующих медицинских услуг, а также обладающих необходимыми знаниями и квалификацией.

При привлечении третьих лиц для оказания медицинских услуг Заказчику Исполнитель обязан довести до сведения Заказчика всю необходимую информацию о третьем лице, а также информацию о времени и месте оказания Заказчику данных медицинских услуг.

3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость оказываемых Заказчику услуг согласно прейскуранту составляет _____ рублей.

3.2. Заказчиком производится 100% предоплата медицинских услуг, которая осуществляется наличным платежом в кассу, либо безналичной формой расчета, путем перевода денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3.3. При оплате наличным платежом в кассу Исполнитель обязан выдать Заказчику документы, подтверждающие прием наличных денег (кассовый чек или второй экземпляр квитанции, являющейся бланком строгой отчетности).

3.4.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. «ИСПОЛНИТЕЛЬ» обязан:

4.1.1. Своевременно и качественно оказать Заказчику медицинские услуги в установленный договором срок.

4.1.2. Предоставить Заказчику доступную информацию о предоставляемых услугах до подписания договора.

4.1.3. При оказании медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.

4.1.4. Обеспечить Заказчика в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о разрешении (лицензии) на медицинскую деятельность, о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

4.1.5. Обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию медицинских учреждений, имеющих с Исполнителем договорные отношения.

4.1.6. Вести установленную законодательством медицинскую документацию, а также учет видов, объемов и стоимости оказываемых Заказчику услуг.

4.1.7. Обеспечить Заказчику непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию Заказчика или его представителя копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья Заказчика.

4.1.8. Хранить втайне информацию, содержащуюся в медицинской документации Заказчика, и представлять ее без согласия Заказчика в установленных законом случаях, а также лицам, указанным Заказчиком в пункте 5.8 настоящего договора.

4.2 «ИСПОЛНИТЕЛЬ» имеет право:

4.2.1. Требовать от Заказчика представления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему медицинских услуг.

4.2.2. Привлекать для оказания Заказчику медицинских услуг третьих лиц.

4.2.3. В случае возникновения потенциальной угрозы жизни и здоровью Заказчика, а также в иных неотложных ситуациях, действуя в условиях крайней необходимости, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной договором.

4.2.4. В случае невозможности оказания услуги отказаться от исполнения обязательств по договору при условии возврата стоимости оплаченной услуги.

4.2.5. Требовать от Заказчика полной оплаты оказанных услуг.

4.3.1. Своевременно оплатить стоимость услуги.

4.3.2. Сообщать Исполнителю сведения для качественного исполнения услуги (реакция на медикаменты, перенесенные заболевания и пр.).

4.3.3. Соблюдать в полном объеме правила и условия получения медицинской услуги, установленные Заказчиком, неукоснительно соблюдать рекомендации врача.

4.3.4. Своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Заказчиком условий договора, а также о необходимости изменения назначенного Заказчику времени получения медицинских услуг.

4.4. «ЗАКАЗЧИК» имеет право:

4.4.1. Получать от Исполнителя полную, доступную для понимания, своевременную информацию о получаемой медицинской услуге.

4.4.2. Отказаться от получения услуги на любом этапе и получить оплаченную сумму с возмещением Исполнителю фактически понесенных затрат.

5. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ УСЛУГЕ

5.1. Исполнитель имеет лицензию на медицинскую деятельность № _____

5.2. Заказчик уведомлен о том, что данный вид медицинской услуги не входит (входит) в Территориальную программу государственных гарантий и не финансируется (финансируется) из средств бюджета или обязательного медицинского страхования.

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента)

информирован(а) об альтернативной возможности получения медицинской помощи за счет государственных средств, а также о правилах оказания данных видов помощи в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной, медицинской помощи в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Ейская центральная районная больница» Министерство здравоохранения Краснодарского края. Я отказываюсь от предоставления медицинской помощи за счет государственных средств и подтверждаю свое желание на (лучение штатных медицинских услуг в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Ейская центральная районная больница» Министерство здравоохранения Краснодарского края с момента начала предоставления медицинской услуги до момента ее окончания.

(подпись)

5.3. Перед оказанием медицинской услуги врач обследует Заказчика и устанавливает отсутствие противопоказаний.

5.4. Началом предоставления медицинской услуги считается:

5.4.1. При стационарном лечении - день госпитализации;

5.4.2. При амбулаторном лечении - первичный осмотр и обследование.

5.5. Продолжительность услуги: _____ дней (часов).

5.6. Лечение производит врач (врачи): _____

(Ф.И.О., врачебная квалификационная категория)

5.7. Заказчик дает согласие на сообщение в стол информации Исполнителя о пребывании в стационаре (отказывается от сообщения (формации)).

5.8. Заказчик дает разрешение на представление информации о состоянии своего здоровья, результатах обследования и лечения следующим лицам _____

(Ф.И.О. полностью)

5.9. Заказчик дает согласие на получение информации о своем здоровье лично (отказывается от получения информации). При отказе и сведения сообщить: _____

(Ф.И.О. полностью)

5.10. Заказчику по его требованию выдается листок нетрудоспособности в случаях, предусмотренных действующими нормативными актами.

5.11. «ЗАКАЗЧИК» информирован:

5.11.1. О возможных (но не обязательных) осложнениях медицинской услуги, которые могут причинить вред здоровью: В случае возникновения осложнений Исполнитель предпринимает действия, направленные на устранение их последствий без дополнительной оплаты.

5.11.2. О несовершенстве медицинской науки и практики и невозможности в связи с этим гарантировать ожидаемые результаты лечения.

5.12. В случае оказания услуги, связанной с медицинским вмешательством, Исполнитель обязан до начала оказания услуги получить сформированное добровольное согласие Заказчика.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Исполнителем условий договора Заказчик вправе по своему выбору потребовать:

6.1.1. Назначения нового срока оказания услуги.

6.1.2. Уменьшения стоимости предоставленной услуги.

6.1.3. Исполнения услуги другим специалистом.

6.1.4. Расторжения договора и возмещения убытков, в том числе понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги, если это необходимо, в других медицинских учреждениях.

6.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, ли докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ЕГО РАСТОРЖЕНИЯ

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

7.2. Условия договора могут быть изменены по соглашению сторон путем оформления в письменной форме дополнения, являющегося неотъемлемой частью договора.

7.3. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

8. ПРОЧНЕ УСЛОВИЯ

8.1. Споры и разногласия, возникающие в процессе исполнения данного договора, разрешаются путем переговоров, а в случае не достижения согласия - в судебном порядке.

8.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

9. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

9.1 «ЗАКАЗЧИК»: _____

Адрес: _____

Паспорт (серия, №, кем, когда выдан) _____

9.2 «ИСПОЛНИТЕЛЬ»: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Ейская центральная районная больница» Министерство здравоохранения Краснодарского края

Адрес: 353690, Россия, Краснодарский край, Ейский район, г. Ейск, ул. Энгельса, д. 145, телефон (факс): 8 (86132) 3-02-01.

ИНН 2306017277, КПП 230601001.

«ЗАКАЗЧИК»

«ИСПОЛНИТЕЛЬ»

Главный врач