

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг

г. Ейск

Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения муниципального образования Ейский район «Центральная районная больница», именуемое в дальнейшем «**ИСПОЛНИТЕЛЬ**», в лице главного врача _____, 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.

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. Оплата Заказчиком производится наличным платежом в кассу или по безналичному расчету на счет Исполнителя до представления медицинской услуги (предоплата).

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).

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. «ЗАКАЗЧИК» обязан:

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 Муниципальном бюджетном учреждении здравоохранения муниципального образования Ейский район «Центральная районная больница». Я отказываюсь от предоставления медицинской помощи за счет государственных средств и подтверждаю свое желание на получение платных медицинских услуг в муниципальном бюджетном учреждении здравоохранения муниципального образования Ейский район «Центральная районная больница» 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 информации).

- 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 эти 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 информированное 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, если 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 обеими 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. ПРОЧИЕ 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»:

 Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения муниципального образования Ейский район «Центральная районная больница»

Адрес: 353680, Россия, Краснодарский край, Ейский район, г. Ейск, ул. Энгельса, д. 145, телефон (факс): 8 (86132) 3-02-01, адрес эл. почты: crbeisk@miac.kuban.ru, ИНН 2306017277, КПП 230601001, РКЦ Ейск г. Ейск БИК 040393000, р/сч 40701810900003000001

«ЗАКАЗЧИК»

«ИСПОЛНИТЕЛЬ»

Главный врач _____