

ДОГОВОР № _____

на оказание платных медицинских и /или немедицинских услуг (работ

город Нижний Тагил «__» _____ 2018года
государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Демидовская городская больница» (краткое наименование ГБУЗ СО «Демидовская ГБ»), в лице главного врача Овсянникова Сергея Викторовича, действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и _____

именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА:

1.1. Исполнитель, принимает на себя обязательство оказать Заказчику возмездные медицинские и (или) немедицинские услуги (работы), далее по тексту договора «услуги», а Заказчик обязуется оплатить их в порядке и размере, установленном настоящим договором.

1.2. Сумма договора, перечень и стоимость оказываемых по настоящему договору услуг определяются Приложением № 1. Приложение № 1 является неотъемлемой частью настоящего договора.

2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ:

2.1. Перечень и стоимость предоставляемых Исполнителем медицинских услуг (работ), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя, в соответствии с лицензией в рамках настоящего договора предоставляется публично в свободном доступе на официальном сайте Исполнителя в информационной сети Интернет <http://dgb-nt.ru>, на информационных стендах (стойках) в учреждениях Исполнителя.

2.2. Предоставление платных медицинских услуг по настоящему договору осуществляется с соблюдением порядков оказания медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.3. Подписание настоящего договора свидетельствует о согласовании Сторонами существенных условий договора и получение Заказчиком от Исполнителя надлежащей информации, в объеме и в порядке определенном действующим законодательством РФ, в том числе об Исполнителе и оказываемых услугах.

2.4. Срок оказания услуг по настоящему договору - в течение 20 календарных дней с момента заключения настоящего договора.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН:

3.1. Исполнитель обязуется:

- оказывать услуги по настоящему договору в объеме определенном приложением № 1 к настоящему договору и в сроки, определенные п. 2.4. настоящего договора;
- соблюдать конфиденциальность информации (врачебную тайну);

- соблюдать законные права и интересы Заказчика;
- выдать Заказчику копию квитанции установленного образца, либо контрольно-кассовый чек, подтверждающие прием наличных денежных средств, а по итогам оказания услуг – медицинские документы, отражающие состояние его здоровья получения платных услуг.

3.2. Исполнитель вправе:

- требовать от Заказчика соблюдения необходимых рекомендаций, в том числе по лечению, питанию, поведению и т.д., которые обязательны для Заказчика;
- требовать соблюдения внутреннего распорядка для пациентов и посетителей;
- изменить сроки оказания услуг, согласовав изменения с Заказчиком;
- в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определить объем исследований и оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных договором.
- требовать от Заказчика возмещения убытков

3.3. Заказчик обязуется:

- в полном объеме оплатить услуги Исполнителя оказанные по настоящему договору не позднее 3-х дней с даты их оказания услуг, согласно приложению № 1. С согласия Заказчика оказываемые Исполнителем услуги могут быть оплачены им при заключении настоящего договора в полном размере или путем выдачи аванса.
- сообщить Исполнителю, а при оказании медицинской услуги – лечащему и дежурному врачу, все сведения о перенесенных заболеваниях, заболеваниях имеющихся на момент оказания услуги, в том числе хронических, об известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, а также другую информацию, которая может повлиять на результат оказания услуги или иным образом связанную с оказываемой Исполнителем услугой;
- выполнять все требования медицинского персонала Исполнителя, соблюдать правила, установленные Исполнителем;
- согласовывать с лечащим или дежурным врачом употребление любых медицинских или гомеопатических препаратов, лекарственных трав, мазей и т.д.
- сообщать лечащему врачу, иным медицинским работникам о любых изменениях самочувствия.

-внимательно ознакомиться с информацией, касающейся оказываемой Исполнителем услуги, в том числе с информацией возможных осложнений, о возможности и условиях предоставления медицинских услуг оказываемых Исполнителем в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи.

3.4. Заказчик вправе:

- при подписании договора требовать от Исполнителя предоставления информации в соответствии с действующим законодательством РФ, в том числе о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его

профессиональном образовании и квалификации); о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; о полученных лицензиях, а также расчет стоимости оказываемых услуг.

- выбрать лечащего врача (с учетом его согласия);
- требовать соблюдения своих законных прав и интересов;
- получать от Исполнителя для ознакомления в доступной форме сведений, затрагивающих его законные права и интересы, в том числе о состоянии своего здоровья, течении заболевания, результатах обследований и анализов, заключений консилиумов и т.д.;
- дать добровольное согласие на медицинское вмешательство либо отказаться от медицинского вмешательства (в письменной форме), с оплатой Исполнителю фактически понесенных расходов, связанных с исполнением обязательства по настоящему договору.

4. ЦЕНА И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ УСЛУГ:

4.1. Порядок определения цен по настоящему договору устанавливается учредителем Исполнителя. Стоимость услуг устанавливается на основании утвержденного действующего момента заключения договора Прейскуранта.

4.2. Сумма договора может быть изменена в порядке, установленном действующим законодательством РФ, в том числе при возникновении необходимости оказания дополнительных платных медицинских услуг с учетом уточненного диагноза, сложности операции, при необходимости неотложной коррекции состояния здоровья Заказчика и иных затрат.

4.3. Заказчик обязан оплатить оказанные Исполнителем услуги в полном объеме не позднее 3-х дней с момента оказания услуг. С согласия Заказчика оказываемые Исполнителем услуги могут быть оплачены им при заключении настоящего договора в полном размере или путем выдачи аванса.

4.4. Расчет по настоящему договору производится любыми разрешенными действующим законодательством РФ способами, в том числе безналичным путем по банковским реквизитам Исполнителя. Оплата за оказанные медицинские услуги возможно за счет средств областного материнского (семейного) капитала.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН:

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. Стороны обязуются решать все возникшие по настоящему Договору споры путем переговоров или в порядке досудебной претензионной переписки. Все неурегулированные сторонами споры в рамках выполнения настоящего Договора разрешаются в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель освобождается от ответственности за снижение качества предоставляемой платной медицинской услуги, за невозможность её завершения в срок или отрицательные результаты (последствия) в состоянии здоровья Заказчика, при несоблюдении Заказчиком указаний (рекомендаций) Исполнителя, включая медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе рекомендаций по лечению, питанию, поведению, соблюдению назначенного режима лечения и т.п.

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ:

6.1. Настоящий договор считается заключенным и вступает в силу с момента его подписания сторонами и завершается исполнением сторонами принятых по договору обязательств, но не позднее 45 дней с момента заключения договора.

6.2. Стороны договорились, что полномочия по оформлению и подписанию настоящего договора могут быть переданы представителям, на основании доверенности, в части Исполнителя – доверенностью или приказом Исполнителя по учетной политике (№371-Л от 31.07.2017г).

Подпись настоящего договора доверенным лицом Исполнителя или Заказчика имеет равную юридическую силу с собственноручной подписью.

6.3. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон. Приложение № 1 является неотъемлемой частью настоящего договора. Без Приложения № 1 договор юридической силы не имеет.

7. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН:

Исполнитель	Заказчик
ГБУЗ СО «Демидовская ГБ»	_____
622034, Свердловская область	(ФИО)
г. Нижний Тагил, ул. Горошникова, д. 37	_____
ИНН 6623097055, КПП 662301001	_____
л/с 23013007210 Уральское ГУ Банка	_____
России	(документ удостоверяющий личность)
св-во о гос. регистрации юр. лица	_____
66№ 007422087 от 17.10.2013 года,	_____
выд. МИФНС № 16 по СО;	(адрес, конт. телефон)
лицензия № ЛО-66-01-004549	_____
выд. 21.02.2017 года МЗ СО	_____
(г. Екатеринбург, ул. Вайнера, 34б	_____
8(343) 3120003	_____
От Исполнителя	От Заказчика
_____	_____
_____/_____/_____ (подпись, фамилия, имя, отчество)	_____/_____/_____ (подпись, фамилия, имя, отчество)

ГБУЗ СО «Демидовская ГБ»

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

№ _____ « ____ » _____ 2018 года

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)

до подписания договора на оказание платных медицинских услуг и (или) немедицинских услуг с ГБУЗ СО «Демидовская ГБ»:

1. Даю добровольное информированное согласие на заключение договора и оказание платных медицинских услуг и (или) немедицинских услуг, на внесение оплаты по договору на оказание платных медицинских услуг и (или) немедицинских услуг при заключении договора.

2. Уведомлен Исполнителем о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника), предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

3. В установленном порядке и доступной форме информирован Исполнителем о Правилах предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, об условиях предоставления платных медицинских услуг Исполнителем, о наименовании юридического лица; адресе места нахождения юридического лица, данных документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию; о лицензии на осуществление медицинской деятельности (номере и дате регистрации, перечне работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименовании, адресе места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа); о перечне платных медицинских услуг с указанием цен в рублях, сведениях об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты; о порядке и условиях предоставления медицинской помощи в соответствии с программой и территориальной программой государственных гарантий получения бесплатной медицинской помощи; о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации; о полномочиях лица оформляющего и подписывающего договор от лица Исполнителя; о режиме работы медицинской организации, графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг; об адресах и телефонах: органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в

сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека; и является для меня достаточной для заключения договора на оказание платных медицинских услуг и (или) немедицинских услуг.

4. Внимательно ознакомился с информацией, о возможности и условиях предоставления медицинских услуг оказываемых Исполнителем в рамках программ государственных гарантий получения бесплатной медицинской помощи.

5. В соответствии со ст.9 Федерального закона «О персональных данных» № 152-ФЗ даю свое согласие на обработку ГБУЗ СО «Демидовская ГБ» моих персональных данных.

Заказчик:

подпись, фамилия, имя, отчество