# ДОГОВОР №

**НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

|  |  |
| --- | --- |
| **г. Усть-Лабинск** | **« » 2022\_ г.** |

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Усть-Лабинская центральная районная больница" министерства здравоохранения

Краснодарского края 352330 г. Усть-Лабинск, ул. Пролетарская 1, именуемое в дальнейшем «Исполнитель» в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

действующего на основании Устава и лицензии № от г., выданную Министерством здравоохранения Краснодарского края, 350000 г. Краснодар, ул. Коммунаров, тел.: 8-861-259-70-72, с одной стороны, и гражданин(ка) или его законный представитель

именуемый в дальнейшем Заказчик, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

# ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

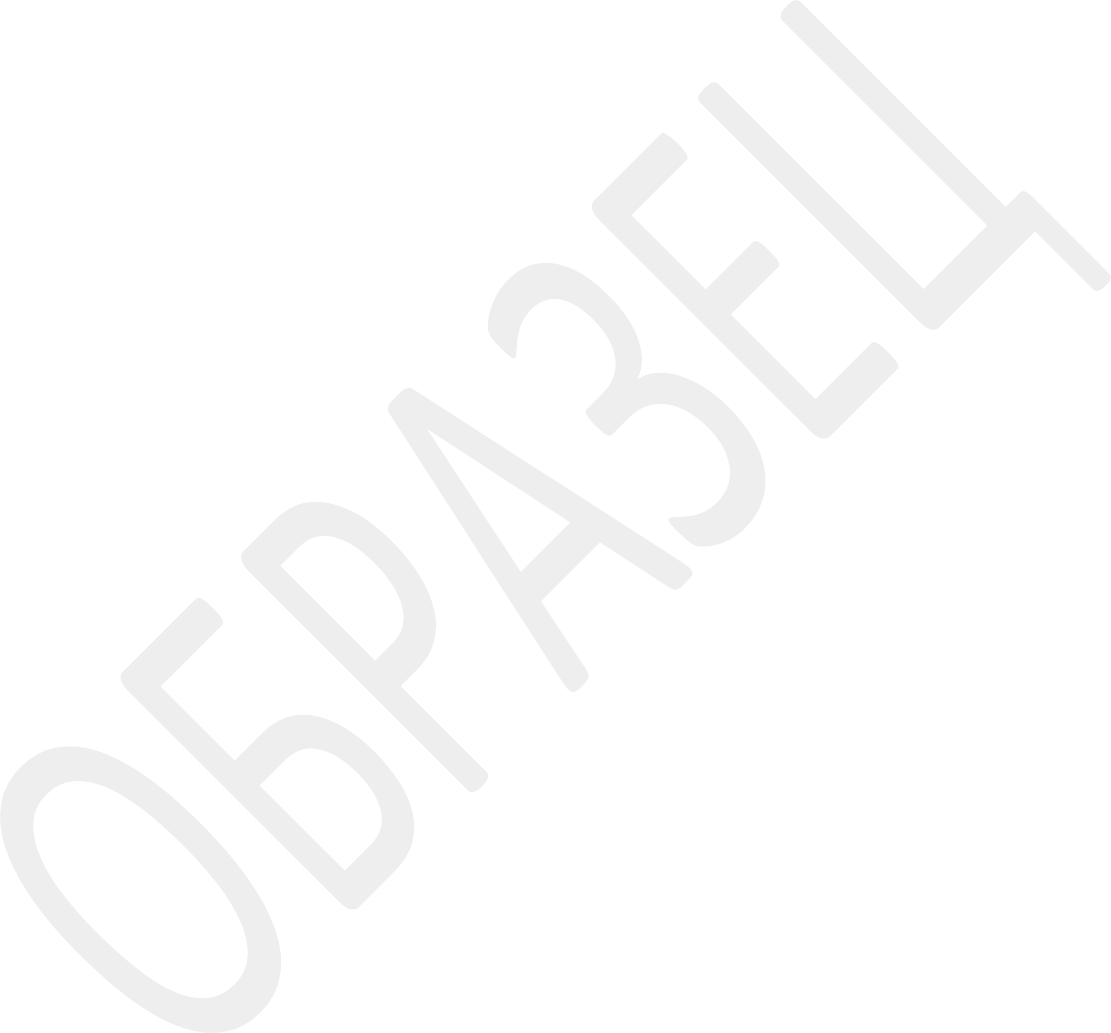
* 1. Заказчик поручает, а исполнитель обязуется оказать следующие платные медицинские услуги: \_\_\_\_

договора.

* 1. Перечень и стоимость услуг, предоставляемых Заказчику, указаны в прейскуранте Исполнителя, действующим на дату составления настоящего
  2. При исполнении настоящего договора стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации и Краснодарского края,

регулирующим предоставления гражданам платных медицинских услуг.

# УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

* 1. Услуги Заказчику оказываются в соответствии с режимом работы Исполнителя, который доводится до сведения Заказчика при заключении договора.
  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.
  3. В случае необходимости привлечения третьих лиц для оказания медицинских услуг Заказчику Исполнитель обязан привлекать 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.

# ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1.Стоимость оказываемых Заказчику услуг согласно прейскуранту составляет руб. 3.2.Оплата Заказчиком производится наличным платежом в кассу или по безналичному расчету на счет Исполнителя до предоставления медицинских

услуг (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).

# ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

## Исполнитель обязан:

* + 1. Своевременно и качественно оказать Заказчику Медицинские услуги в установленный договором срок;
    2. Представить Заказчику доступную для его понимания достоверную информацию о предоставляемых услугах до подписания договора;
    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. 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, их стоимость, условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов;
    5. Обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию медицинских услуг силами собственных специалистов или сотрудников медицинских учреждений, имеющих с Исполнителем договорные отношения;
    6. Вести установленную законодательством медицинскую документацию, а также учет видов, объемов и стоимости оказываемых Заказчику услуг;
    7. Обеспечить Заказчику непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по посменному требованию Заказчика или его представителя копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья Заказчика;
    8. Хранить в тайне информацию, содержащуюся в медицинской документации Заказчика, и предоставлять ее без согласия Заказчика в установленных законом случаях, а также лицам, указанным Заказчиком в пункте 5.8 настоящего договора.

## Исполнитель имеет право:

* + 1. Требовать от Заказчика предоставление всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему медицинских услуг;
    2. Привлекать для оказания Заказчику медицинских услуг третьих лиц;
    3. В случае возникновения потенциальной угрозы жизни и здоровью Заказчика, а также в иных неотложных ситуациях, действуя в условиях крайней необходимости, самостоятельно определить объем исследования, манипуляции оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной договором;
    4. В случае невозможности оказания услуги отказаться от исполнения обязательств по договору при условии возврата Заказчику стоимости оплаченной услуги;
    5. Требовать от заказчика полной оплаты услуг;
    6. Применять факсимильную подпись заведующего отделением платных услуг ГБУЗ «Усть-Лабинская ЦРБ» МЗ КК в настоящем договоре и в отношении иных документов касающихся исполнения настоящего договора.

## Заказчик обязан:

* + 1. Своевременно оплатить стоимость услуги;
    2. Сообщить Исполнителю сведения, необходимые для качественного исполнения услуг (реакция на медикаменты, перенесенные заболевания и пр.);
    3. Соблюдать в полном объеме правила и условия получения медицинской услуги, установленные Заказчиком, неукоснительно соблюдать рекомендации врачей;
    4. Своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Заказчиком условий договора, а также о необходимости изменения назначенного Заказчику времени получения медицинской услуги.
    5. Соблюдать правила внутреннего распорядка лечебного учреждения. Бережно относиться к имуществу Исполнителя. В случае причинения ущерба вследствие утраты или порчи имущества пациент обязуется возместить действительный нанесенный ущерб в полном объеме.

## Заказчик имеет право:

* + 1. Получать от Исполнителя полную, доступную для понимания, своевременную информацию о получаемой медицинской услуге;
    2. Отказаться от получения услуги на любом этапе и получить оплаченную сумму с возмещением Исполнителю фактически понесённых затрат.

ОМС.

# ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ УСЛУГЕ

* 1. Заказчик уведомлен о том, что данный вид медицинской услуги не входит (входит) в программу ОМС и не финансируется (финансируется) из средств

Я (ФИО 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 ГБУЗ "Усть- Лабинская ЦРБ" МЗ КК.

Я отказываюсь от предоставления медицинской помощи за счет государственных средств и подтверждаю свое желание на получение платных медицинских услуг в отделении платных услуг ГБУЗ "Усть-Лабинская ЦРБ" с момента начала предоставления медицинской услуги до момента ее окончания.

Подпись

* 1. Перед оказанием медицинской услуги врач обследует Заказчика и устанавливает отсутствие противопоказаний.
  2. Началом предоставления медицинской услуги считается:
     1. При стационарном лечении - день госпитализации;
     2. При амбулаторном лечении – первичный осмотр и обследование.
  3. Продолжительность услуги: дней (часов).
  4. Лечение производит врач (врачи):
  5. Заказчик дает согласие на сообщение в стол информации Исполнителя о пребывании в стационаре (отказывается от сообщения информации).
  6. Заказчик дает разрешение на предоставление информации о состоянии своего здоровья, результатах обследования и лечения следующим лицам:

(ФИО полностью)

* 1. Заказчик дает согласие на получение информации о своем здоровье лично (отказывается от получения информации). При отказе – эти сведения сообщить:

(ФИО полностью)

* 1. Заказчик на основании ст.160 Гражданского кодекса РФ, дает согласие на использование Исполнителем факсимильной подписи в настоящем договоре и в отношении иных документов касающихся исполнения настоящего договора.
  2. Заказчику по его требованию выдается листок нетрудоспособности в случаях, предусмотренных действующими нормативными актами.

# Заказчик информирован:

* + 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.
    2. О несовершенстве медицинской науки и практики и невозможности в связи с этим гарантировать ожидаемые результаты лечения.
  1. В случае оказания услуги, связанной с медицинским вмешательством, Исполнитель обязан до начала оказания услуги получить информированное добровольное согласие Заказчика.

# ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

* 1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Исполнителем условий договора Заказчик вправе по своему выбору потребовать:
     1. Назначение нового срока оказания услуги;
     2. Уменьшения стоимости предоставленной услуги;
     3. Исполнение услуги другим специалистом;
     4. Расторжение договора и возмещения убытков, в том числе понесённых им расходов по устранению недостатков оказанной услуги, если это необходимо, в других медицинских учреждениях.
  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.

# СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ЕГО РАСТОРЖЕНИЯ

* 1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до исполнения обязательств сторонами.
  2. Условия договора могут быть изменены по соглашению сторон путем оформления в письменной форме дополнений, являющихся неотъемлемой частью договора.
  3. Договор может быть расторгнуть по соглашению сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

# ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

* 1. Споры и разногласия, возникающие в процессе исполнения данного договора, разрешаются путем переговоров, а в случае недостижения согласия – в судебном порядке.
  2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой стороны.

# РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

|  |  |
| --- | --- |
| "Потребитель (заказчик)" | Исполнитель:  ГБУЗ "Усть-Лабинская ЦРБ" МЗ КК  352333, г.Усть-Лабинск, ул.Пролетарская 1, тел. факс  8(86135) 4-06-09  ИНН/КПП 2356005608/235601001 ОГРН 1022304970599  ОКПО 01912708  Банковские реквизиты:  Минфин КК (ГБУЗ «Усть-Лабинская ЦРБ» М3 КК  л/с 828.52.782.0)  БИК ТОФК 010349101  Южное ГУ Банка России// УФК по Краснодарскому краю г.Краснодар  Казначейский счет 03224643030000001800  Единый казначейский счет 40102810945370000010 |
| (подпись) (расшифровка подписи) | Заведующий ОПУ ГБУЗ "Усть-Лабинская ЦРБ" МЗ КК  Крахмаль Е.Н |