

ДОГОВОР

о предоставлении платных медицинских услуг

г. Волгоград

Медицинское учреждение: ГБУЗ Волгоградский областной клинический кожно-венерологический диспансер, именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице главного врача Безмельницыной Марины Викторовны, действующей на основании Устава, лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной комитетом здравоохранения Волгоградской области ЛО-34-01-004180 от 17.05.2019 г. (место нахождения органа, выдавшего лицензию: 400001, г. Волгоград, ул. Рабоче-Крестьянская, д.16, телефон органа выдавшего лицензию: (8442)30-99-99. ОГРН 1023402642383), с одной стороны, и

(ФИО пациента), паспорт _____, с другой стороны, именуемый в дальнейшем "Потребитель" заключили договор о нижеследующем:

Определения

Если иное не установлено в настоящем договоре, определения, используемые в настоящем договоре, будут иметь значения, как указано ниже:

<платные медицинские услуги> - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании настоящего договора, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;

<потребитель> - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с настоящим договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом,

на которого распространяется действие Федерального закона <Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации>

<заказчик> - физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее

(приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с настоящим договором в пользу потребителя;

<исполнитель> - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги Потребителям;

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему договору <Исполнитель> предоставляет <Потребителю> медицинские услуги по своему профилю деятельности в соответствии с выданной лицензией на осуществление медицинской деятельности.

1.2. Предоставление медицинских услуг по настоящему договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия <Потребителя> (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, которое является неотъемлемым приложением к настоящему договору.

1.3. "Исполнитель" оказывает "Потребителю" следующие виды медицинских услуг:

(наименование услуги)

1.4. "Потребитель" (заказчик) оплачивает медицинские услуги в порядке, установленном настоящим договором. Стоимость медицинской услуги согласно прейскуранту составляет: (сумма)

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. "Исполнитель" обязуется:

2.1.1. Оказывать качественные медицинские услуги в соответствии со стандартами, а также нормативными документами, действующими в системе здравоохранения.

2.1.2. Обеспечить "Потребителя" (заказчика) бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о месте нахождения "Исполнителя", режиме работы, перечне платных услуг и их стоимости, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

2.1.3. Обеспечить выполнение прав "Потребителя" (заказчика), предусмотренных законодательством о защите прав потребителей.

2.2. "Потребитель" (заказчик) обязуется:

2.2.1. Заплатить стоимость предоставляемой медицинской услуги в порядке и по тарифам, установленным настоящим договором.

2.2.2. Выполнять требования "Исполнителя", обеспечивающие качественное предоставление платной медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений.

2.3. "Потребитель", пользующийся платными медицинскими услугами, вправе требовать предоставления услуг надлежащего качества, сведений о наличии лицензии и сертификата, о расчете стоимости оказанной услуги.

2.4. "Потребитель" (заказчик) вправе отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты "Исполнителю" фактически понесенных им расходов.

2.5. До заключения договора "Исполнитель" в письменной форме уведомляет "Потребителя" (заказчика) 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 здоровья "Потребителя".

3. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ ПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГЕ

3.1. Оказываемая платная медицинская услуга представляет собой: обследование, манипуляцию (нужное подчеркнуть).

3.2. "Потребитель" (заказчик) уведомляется, что данная медицинская услуга:

а) входит в программу обязательного медицинского страхования и должна оказываться ему бесплатно;

б) не предусмотрена программой обязательного медицинского страхования и может быть оказана за плату;

в) финансируется (не финансируется) из бюджета.

3.3. Медицинскую услугу "Потребителю" оказывает врач (ФИО врача)

3.4. "Потребитель" (заказчик) подтверждает, что ознакомлен с дополнительной информацией, касающейся особенностей данной медицинской услуги и условий ее предоставления, вывешенной на стенде информации медицинского учреждения, об условиях, о порядке оказания платных медицинских услуг, возможных осложнениях и других побочных воздействиях.

3.5. Потребитель > (Заказчик) подтверждает, что исполнитель уведомил его о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) <Исполнителя>, 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 здоровья <Потребителя>.

3.6. Подписав настоящий договор <Потребитель> (Заказчик) подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

3.7. Место оказания услуг: _____ (адрес)

4. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

4.1. Оплата за медицинские услуги производится в учреждении ГБУЗ "ВОККВД"

4.2. Стоимость предоставляемых медицинских услуг определяется в соответствии с прейскурантом, утвержденным "Исполнителем".

4.3. Расчеты за предоставляемые медицинские услуги производятся "Потребителем" (Заказчиком), физическими лицами путем оплаты стоимости медицинских услуг наличными деньгами, через контрольно-кассовую машину. Документом, подтверждающим расчет, служит кассовый чек.

4.4. В случае невозможности исполнения медицинской услуги, возникающей по вине "Потребителя" (Заказчика), услуга подлежат оплате в размере фактически понесенных "Исполнителем" расходов.

5. УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

5.1. "Исполнитель" приступает к оказанию услуг после подписания договора. Оплата услуг согласно п.1.1 договора производится "Потребителем" (Заказчиком) после ее предоставления, а так же может быть произведена в полном объеме при заключении договора или путем внесения аванса с его согласия.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

6.2. В случае нарушения "Исполнителем" сроков оказания услуг "Потребитель" (Заказчик) вправе по своему выбору:

- назначить новый срок оказания услуги;
- потребовать уменьшения стоимости предоставляемой услуги;
- потребовать исполнения услуги другим специалистом;
- расторгнуть договор и потребовать возмещения убытков.

6.3. За нарушение установленных настоящим договором сроков исполнения услуг "Исполнитель" уплачивает "Потребителю" (Заказчику) за каждый день просрочки неустойку в размере 3% тарифа на оказанную услугу.

6.4. В случае обнаружения недостатков в оказанной услуге "Потребитель" (Заказчик) вправе по своему выбору потребовать:

- безвозмездного устранения недостатков оказанной медицинской услуги;
- соответствующего уменьшения тарифа на оказанную услугу;
- возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги своими силами или третьими лицами.

6.5. Недостатки оказанной услуги должны быть устранены "Исполнителем" в срок, назначенный "Потребителем" (Заказчиком).

6.6. "Потребитель" (Заказчик) вправе расторгнуть договор об оказании услуги и потребовать полного возмещения убытков, если недостатки оказанной услуги не устранены "Исполнителем" в установленный договором срок.

6.7. "Исполнитель" освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы или нарушения "Потребителем" (Заказчиком) рекомендаций "Исполнителя", а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

6.8. Споры, возникающие между сторонами, разрешаются в претензионном и судебном порядке по месту нахождения "Исполнителя", так и "Потребителя" (Заказчик).

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до окончания медицинской услуги.

7.2. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимиле подписи на настоящем договоре а так же в акте выполненных работ к данному договору

7.3. Адреса и реквизиты сторон:

"Исполнитель"
ГБУЗ "ВОККВД"

Адрес:

Гл.врач _____

(согласно приказа)

"Потребитель"

Ф.И.О. _____

Дата рождения _____

Паспорт _____

Подпись _____

Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для "Исполнителя" и "Потребителя".

Составил (а) :

Информированное добровольное согласие пациента
на оказание медицинских услуг за плату

Я, пациент _____, амбулаторная карта пациента _____, в рамках договора об оказании платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в ГБУЗ "ВОККВД", при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от работника ГБУЗ "ВОККВД" полную информацию о возможности и условиях представления мне бесплатных медицинских услуг в ГБУЗ "ВОККВД", в рамках программы государственных гарантий получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов(а) их оплатить.

2. Мне разъяснено и я осознал(а), что могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов медицинских услуг.

3. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат и что при проведении операции и после нее, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде времени, возможны различные осложнения, обусловленные индивидуальными биологическими особенностями организма.

4. Я согласен(а) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных индивидуальными биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ГБУЗ "ВОККВД" не несет ответственности за их возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(а) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ГБУЗ "ВОККВД", оказывающих мне платные медицинские услуги.

6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с лечащим врачом выбраны виды дополнительных медицинских услуг, которые я хочу получить в ГБУЗ "ВОККВД" и я согласен(а) их оплатить.

7. Я ознакомлен(а) с действующим в ГБУЗ "ВОККВД" прейскурантом цен на платные медицинские услуги и согласен(а) оплатить стоимость медицинской услуги в соответствии с ним.

8. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом и я даю свое согласие на их оплату в кассу (по безналичному расчету) в ГБУЗ "ВОККВД".

9. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания, могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в ГБУЗ "ВОККВД".

10. Настоящее согласие мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Пациент _____ / _____ /
(Ф.И.О., подпись, дата)

Настоящее согласие подписано пациентом на приеме у лечащего врача _____ после проведения разъяснительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг от _____.

Лечащий врач _____ / _____ /

АКТ
Выполненных работ к Договору N _____
ГБУЗ "ВОККВД"

Ф.И.О. Потребителя _____

Дата _____

N чека. _____

4.7 (наименование услуги)

Количество услуг :

Шифр _____

Ф.И.О. исполнителя _____

Врач _____

Медрегистратор _____

Исполнитель _____

Потребитель _____

