

ДОГОВОР № _____

о предоставлении платных медицинских услуг

город Кстово, Нижегородская область

_____ 201__ года

ИСПОЛНИТЕЛЬ: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области «Кстовская центральная районная больница» (находящееся по адресу: Нижегородская обл., г. Кстово, ул. Талалушкина, д.14; свидетельство о внесении записи в Единственный государственный реестр юридических лиц от 26.12.2011г. серия 52 №004657649, основной государственный регистрационный номер 1025201992441, выданное межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №6 по Нижегородской области; лицензия на осуществление медицинской деятельности №ЛО52-01-005578 выдана Министерством здравоохранения Нижегородской области (ул. Нестерова, 7, Нижний Новгород 603005, 8 (831) 435-31-20) 05.10.2016г.; перечень работ/услуг, составляющих медицинскую деятельность Исполнителя указан в приложении № 4 к лицензии, являющейся неотъемлемой частью настоящего договора – Приложение № 1 к настоящему договору), в лице главного врача Цопова Александра Владимировича, действующей на основании Устава, с одной стороны, и

ЗАКАЗЧИК: _____, гражданин РФ,
(Ф.И.О.)
_____ рождения, паспорт: серия _____ № _____, выдан _____,
(дата выдачи и кем выдан)

за оказанием медицинской помощи в поликлинику ГБУЗ НО «Кстовская ЦРБ», медицинская карта амбулаторного больного № _____ от _____, заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязан оказать Заказчику следующие платные медицинские услуги:

_____ именуемые в дальнейшем Услуги, а Заказчик обязуется оплатить эти Услуги.

1.2. Сроки оказания Услуг.

1.2.1. Начало оказания Услуг определяется датой заключения договора. Окончание срока оказания Услуг зависит от состояния здоровья Заказчика, периода, необходимого для качественного и безопасного оказания услуг, графика визитов Заказчика, расписания работы врача и согласовывается Сторонами устно.

2. Права и обязанности Исполнителя.

2.1. Исполнитель на основании результатов обследования дает Заказчику разъяснения и рекомендации о необходимости и наиболее безболезненных и качественных способах лечения.

2.2. Исполнитель обязуется:

2.2.1. Обеспечить Заказчика бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о месте нахождения учреждения, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации специалистов.

2.2.2. Оказать Услуги, указанные в пункте 1.1. настоящего договора, в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации.

2.2.3. Сделать письменную отметку в медицинской карте амбулаторного больного об ознакомлении Заказчика с предварительным диагнозом, планом лечения и возможными

осложнениями. После проведения лечения Заказчику выдается выписка из медицинской карты амбулаторного больного.

2.2.4. Выдать Заказчику кассовый чек, подтверждающий получение наличных денег.

2.2.5. Обеспечить конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья Пациента (соблюдать врачебную тайну).

3. Права и обязанности Заказчика:

3.1. Заказчик обязан:

3.1.1. Предоставить лечащему врачу полную и достоверную информацию, необходимую для правильной постановки диагноза и назначения лечения.

3.1.2. Выполнять обязательства, принятые на себя по настоящему договору, и все требования лечащего врача и медицинского персонала, оптимизирующие процесс получения медицинских услуг, и способствующих снижению риска возможных осложнений.

3.1.3. Являться на лечение в определенное время, согласованное с врачом и соблюдать правила поведения, режим, установленный в лечебном учреждении.

3.1.4. Поставить в известность лечащего врача (медицинский персонал) обо всех проблемах со здоровьем, перенесенных заболеваниях (вирусном гепатите, носительстве австралийского антигена, ВИЧ-инфекции, перенесенной черепно-мозговой травме), индивидуальной непереносимостью лекарств, а также о злоупотреблении алкоголем, наркотическими препаратами.

3.1.5. Оплатить услуги.

3.1.6. Внимательно ознакомиться с информацией, касающейся лечения.

3.1.7. Учитывать возможность осложнений, указанных в информационном согласии (Приложение № 2 к настоящему договору), учитывать возможность своей индивидуальной реакции на применяемые медикаменты.

3.2. Заказчик вправе:

3.2.1. В одностороннем порядке отказаться от исполнения обязательств по настоящему договору, оплатив Исполнителю фактически понесенные им расходы.

3.2.2. Требовать предоставления ему услуг надлежащего качества, сведений о лицензии и о сертификатах специалистов Исполнителя.

3.2.3. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни в соответствии с законодательством РФ.

4. Стоимость услуг и порядок платежей

4.1. Стоимость Услуги за _____ составляет _____ (_____) рублей, в соответствии с Прейскурантом Цен (Приложение №3 к Договору), НДС не облагается.

4.2. Оплата Услуг осуществляется Заказчиком в порядке 100% предоплаты в кассу Исполнителя до получения Услуги. Оплата за медицинские услуги может быть произведена перечислением причитающейся суммы на расчетный счет Исполнителя предприятием или организацией, в которой работает Заказчик или другим юридическим, или физическим лицом (спонсором).

5. Ответственность сторон

5.1. В случае неоплаты Заказчиком услуг, Исполнитель имеет право отказать Заказчику в оказании услуг до полной ее оплаты.

5.2. Исполнитель не несет ответственности за результаты оказания услуги в случаях несоблюдения Заказчиком рекомендаций по лечению и иных неправомерных действий.

5.3. Претензионный порядок разрешения споров:

5.1.1. Сторона, считающая, что ее права нарушены, обязана направить другой Стороне письменную претензию.

5.1.2. Претензия должна содержать требования заинтересованной стороны и их обоснование с указанием нарушенных другой стороной норм законодательства и (или) условий договора. К претензии должны быть приложены копии документов, подтверждающих изложенные в ней обстоятельства.

5.1.3. Сторона, которая получила претензию, обязана ее рассмотреть и в течение 10 (десяти) рабочих дней направить письменный мотивированный ответ другой стороне. Претензия направляется заказным письмом с уведомлением о вручении.

5.1.4. В случае неполучения ответа на претензию Стороной в течении 10 (десяти) календарных дней с момента направления претензии, заинтересованная Сторона вправе обратиться в суд.

6. Качество услуг

6.1. Качество оказания услуг определяется соблюдением технологии лечения.

7. Срок действия договора

7.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до момента фактического оказания медицинских услуг в соответствии с настоящим договором.

7.2. Любые изменения и дополнения к настоящему договору должны быть оформлены в письменной виде и подписаны сторонами.

7.3. Настоящий договор может быть расторгнут по инициативе сторон в случаях и в порядке, установленным законодательством РФ.

8. Дополнительные условия

8.1. Заказчику в доступной форме разъяснены и понятны принципы и методы предстоящих медицинских услуг, медицинские манипуляции и лекарственная терапия, необходимые по состоянию здоровья Заказчика.

8.2. Настоящий договор имеет три приложения:

Приложение № 1 – Копия Лицензии №ЛО52-01-005578 от 05.10.2016 – на ___ л в 1 экз.

Приложение № 2 – Соглашение об объеме и условиях, оказываемых платных медицинских услуг (информационное согласие) – на 1 л, в 1 экз.

Приложение № 3 – Прейскурант Цен – на ___ л, в 1 экз.

Адреса, реквизиты и подписи сторон.

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ГБУЗ НО «Кстовская ЦРБ»

Адрес: 607650, Нижегородская обл., г. Кстово,
ул. Талалушкина, д. 14.

Телефон: (83145) 7-93-49, факс: (83145) 224-90.

ИНН 5250006565, КПП 525001001

ОГРН1025201992441

Минфин Нижегородской области

(ГБУЗ НО Кстовская ЦРБ» л/с № 24001120330)

Расчетный счет: 40601810422023000001

Банк Волго-Вятское ГУ Банка России,

БИК 042202001

ЗАКАЗЧИК:

_____,
гражданин РФ,

_____. рождения,

паспорт

_____, выдан

_____,

Зарегистрирован

_____.

_____.

Телефон: _____.

Главный врач

_____ **Цопов А.В.**
