

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг
(с физическим лицом)

г. Астрахань

« » _____ 201__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Городская поликлиника №1», зарегистрированное при создании Регистрационной палатой Администрации г. Астрахани 11.10.2002 г., за основным государственным регистрационным номером 1023000829312 в Едином государственном реестре юридических лиц, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», действующей (го) на основании лицензии № ЛО30-01 001324 от 29 сентября 2015г. на осуществление медицинской деятельности, выданной Министерством здравоохранения Астраханской области (адрес местонахождения: г. Астрахань, ул. Татищева, 16 «В», тел/факс: (8512) 54-16-19), Устава, доверенности от _____ № _____, выданной Государственным бюджетным учреждением здравоохранения Астраханской области «Городская поликлиника №1» (в случае заключения договора от имени учреждения представителем, действующим на основании доверенности) с одной стороны, и граждан РФ

(ФИО полностью)

проживающий по адресу: _____

(полный адрес проживания)

паспорт серии _____ № _____, выдан " ____ " _____ 20__ г.

_____, код подразделения _____,
(наименование выдавшего органа), именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, вместе именуемые Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1. Исполнитель обязуется предоставить Потребителю на возмездной основе медицинские услуги определенного объема и качества в сроки, установленные настоящим Договором, а Потребитель обязуется своевременно их оплатить.
- 1.2. Исполнитель обязуется предоставить Потребителю медицинские услуги, вид и наименование которых определяется согласно прейскуранту платных медицинских услуг, оказываемых ГБУЗ АО «Городская поликлиника №1», утверждаемым приказом главного врача по согласованию с Министерством здравоохранения Астраханской области являющейся неотъемлемым приложением к настоящему договору.
- 1.3. Исполнитель оказывает услуги, перечисленные в настоящем договоре, на основании лицензии, выданной Министерством здравоохранения Астраханской области (лицензия № ЛО30-01 000954 от 21 февраля 2014 г.) на право осуществления медицинской деятельности по адресам: 414057, г. Астрахань, ул. М. Луконина, 12, корп.3, лит. А, пом. 081; 414045, г. Астрахань, ул. Б. Хмельницкого, 55, лит. А, пом. 001; 414057, г. Астрахань, ул. Звездная, 57, корп.4, лит.4, эт.1, 414045, г. Астрахань, ул. Бежецкая, 6 А, лит. А, 1 эт.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязан:

- оказать Потребителю квалифицированную, качественную медицинскую помощь в установленный договором срок;
- оказывать только те платные медицинские услуги, которые предусмотрены лицензией и являются предметом настоящего договора;
- составить смету на предоставление платных медицинских услуг по требованию Потребителя в разумный срок;
- предупредить Потребителя о необходимости предоставления на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором;
- предоставить в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – территориальная программа);
- при оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления;
- соблюдать в соответствии со ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 №323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» врачебную тайну.
- соблюдать требования действующего законодательства Российской Федерации в сфере обработки, передачи и защиты персональных данных, Положения о защите персональных данных пациентов Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Астраханской области «Городская поликлиника №1».

2.2. Исполнитель обязан предоставить для ознакомления по требованию Потребителя:

- копию учредительного документа медицинского учреждения;
- копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией;

2.3. При заключении настоящего договора по требованию Потребителя Исполнитель обязан предоставить в доступной форме информацию об оказываемых платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

- о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платной медицинской услуги;
- 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 других сведениях, относящихся к предмету договора.

2.4. Исполнитель обязан предоставить по требованию Потребителя в доступной для него форме следующую информацию:

- о состоянии здоровья Потребителя, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;
- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.5. Предоставление информации, указанной в п. 2.2, 2.3, 2.4 настоящего договора, осуществляется в разумные сроки по письменному требованию Потребителя.

2.6. До заключения настоящего договора Исполнитель в письменной форме уведомляет Потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемых платных медицинских услуг, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя. Форма такого уведомления разрабатывается учреждением, оказывающим платные медицинские услуги и является неотъемлемой частью настоящего договора (Приложение № 1).

2.7. Исполнитель имеет право:

- в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза и оказания медицинской помощи, в том числе не предусмотренных Договором.

2.8. Потребитель обязан:

- предоставить точную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;
- строго выполнять медицинские предписания;
- соблюдать лечебно - охранительный режим;
- своевременно производить необходимые финансово - экономические расчеты с лечебным учреждением.

Потребитель имеет право:

- на предоставление полной и достоверной информации о медицинских услугах;
- на ознакомление с документами, подтверждающими специальную правоспособность лечебного учреждения и его специалистов на оказание платных медицинских услуг;
- на возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания медицинских услуг;
- на отказ от получения медицинских услуг и получение уплаченной Потребителем суммы с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуг;
- на иные действия/бездействия, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации, в том числе Законом от 07.02.1992 № 2300 -1 «О защите прав потребителей».

2.9. С учетом технологии выполнения медицинской услуги Потребитель должен знать и осознавать вероятность (но не обязательность) побочных эффектов медицинского вмешательства и осложнений, что может причинить вред здоровью Потребителя.

2.10. Исполнитель не несет ответственности за наступление осложнений, если медицинская услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований и осложнения возникли в связи с тем, что побочные эффекты и осложнения, возникают вследствие биологических особенностей организма и используемая технология оказания платной медицинской услуги не может полностью исключить их вероятность.

3. УСЛОВИЯ И СРОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

3.1. Основанием для оказания платных медицинских услуг является добровольное волеизъявление Потребителя (законного представителя Потребителя) при условии предоставления в доступной форме необходимой информации о возможности получения медицинской помощи бесплатно в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

3.2. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан (Приложение №2 к настоящему договору).

3.3. Исполнитель обязан предоставить услугу в течение 30 дней с момента подписания настоящего договора в соответствии с режимом работы медицинской организации.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. В случае ненадлежащего оказания медицинской услуги, либо несоблюдения Исполнителем обязательств по срокам исполнения услуг Потребитель вправе по своему выбору:

- потребовать безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги;
- потребовать оказания услуги другим специалистом;
- назначить новый срок для оказания услуги;

4.2. Вред, причиненный жизни и здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.3. В случае нарушения Потребителем п. 5.1. настоящего договора в пользу Исполнителя начисляются пени в размере 0,5% от подлежащей уплате суммы за каждый день просрочки.

4.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы (социальные конфликты, стихийные бедствия, природные и техногенные условия, не позволяющие оказывать соответствующие услуги и др.), либо в силу не зависящих от Исполнителя обстоятельств, нарушения Потребителем своих обязанностей или по другим основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

4.5. Потребитель обязан полностью возместить медицинскому учреждению понесенные убытки, если оно не смогло оказать услуги или было вынуждено прекратить оказание по вине Потребителя.

5. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

5.1. Расчеты между сторонами осуществляются в 100 % размере в день подписания настоящего договора.

5.2. Цена оказываемой (ых) медицинской (их) услуги (г) определяется Исполнителем в соответствии с действующими на момент подписания настоящего договора актами Министерства здравоохранения Астраханской области, и иными актами, положения которых необходимо учитывать при определении цены оказываемых платных медицинских услуг и составляет _____ рублей.

5.3. Оплата медицинских услуг производится безналичным перечислением на расчетный счет лечебного учреждения, либо вносится наличными средствами в кассу учреждения.

5.4. При возникновении необходимости выполнения дополнительных услуг, не предусмотренных договором, они выполняются с согласия Потребитель с определением цены согласно п. 5.2 настоящего договора.

5.5. Исполнитель обязан выдать Потребителю бланк-квитанцию строгой отчетности установленного образца .

6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

6.1. Стороны берут взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего Договора, а также обязуются принимать все необходимые меры, чтобы избежать даже частичного нарушения конфиденциальности;

6.2. Стороны несут ответственность за последствия, вызванные нарушением обязательств по конфиденциальности, независимо от того, было ли это совершено преднамеренно или случайно;

6.3. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанное по настоящему договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой стороны. Те же действия, осуществляемые в отношении сведений, составляющих врачебную тайну, возможны исключительно в случаях, регламентированных действующим законодательством;

7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

7.1. Условия настоящего Договора могут быть изменены по письменному соглашению Сторон.

7.2. Договор может быть расторгнут по письменному соглашению Сторон или по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации, в том числе и в одностороннем порядке с условием полного возмещения фактически понесенных стороной договора расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему договору.

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

8.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до момента исполнения обязательств Сторонами.

8.2. По исполнении взаимных обязательств, Сторонами в двустороннем порядке подписывается акт об оказании услуг по настоящему договору.

9. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

- 9.1. Споры и разногласия регулируются путем переговоров, в порядке досудебного производства, а при не урегулировании - в судебном порядке. Претензионный порядок урегулирования споров обязателен. Ответ на претензию, должен быть направлен стороной в течение 10 дней с момента её получения.
- 9.2. До обращения в суд по поводу качества оказанных услуг Стороны договорились о проведении независимой экспертизы за счет стороны, выступающей в качестве инициатора судебного разбирательства.
- 9.3. Подсудность по настоящему договору определяется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации на момент обращения в суд.
- 9.4. Требования к платным медицинским услугам, в том числе к их объему и срокам оказания, определяются по соглашению сторон договора, если федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации не предусмотрены другие требования.
- 9.5. Отказ Потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому Потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы.
- 9.6. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме, предусмотренном стандартом медицинской помощи, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе Потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем либо уменьшающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

10. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель:

Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения Астраханской области
«Городская поликлиника №1»
Юр. адрес: 414057, г. Астрахань, ул. Луконина, 12, корп.3,
литер А, пом. 081.
ОГРН 1023000829312
ИНН/КПП 3017017946/302501001

Потребитель:

АКТ

об оказании услуг

по договору оказания платных медицинских услуг от _____ 20__ г. № _____

_____, именуемое в дальнейшем «Потребитель», в лице _____ с одной стороны, и ГБУЗ АО «ГП №1», в лице главного врача Беловой Елены Петровны, действующей на основании Устава учреждения, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с другой стороны, составили настоящий акт о нижеследующем:

1. Исполнителем по договору оказания платных медицинских услуг от _____ 20__ г. № _____ оказаны Потребителю следующие услуги:

№	Наименование работы (услуги)	Сумма, руб.	НДС, руб.	Сумма с НДС, руб.
	Итого			

Всего оказано услуг на сумму: _____ руб. _____ коп., _____.

2. _____.

3. Услуги, оказанные Исполнителем Потребителю, соответствуют требованиям, установленным договором оказания платных медицинских услуг от _____ 20__ г. № _____, претензий по качеству оказанных услуг у Потребителя не имеется.

4. Расчеты по договору оказания платных медицинских услуг от _____ 20__ г. № _____ произведены в полном объеме

Подписи сторон:

Я _____ уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций)
(Ф.И.О. пациента – полностью)

Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой(ых) услуги(г), повлечь за собой невозможность её(их) завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья уведомлен.

« ____ » _____ 20 ____ г.

Потребитель _____
(подпись, расшифровка подписи)

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ
«ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №1»

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)
_____ года рождения, проживающий (ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:
Я, паспорт: _____, выдан _____
являюсь законным представителем (**мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель**) ребенка или лица, признанного
недееспособным _____
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

поставлен (поставлена) в известность, что я (представляемый) получил(а) разъяснения по поводу предварительно установленного мне диагноза и получил (а) информацию: об особенностях течения заболевания, вероятной длительности лечения, о возможном прогнозе заболевания и опасностях, связанных с дальнейшим развитием этого заболевания.

Я понимаю необходимость предложенного плана обследования и лечения. Мне даны полные разъяснения о характере, целях, методике и продолжительности лечебно-диагностических манипуляций, а также о том, что предстоит мне делать до, во время и после их проведения. Мне известно, что в ходе медицинского вмешательства возможны неблагоприятные эффекты (побочные действия, осложнения, отдаленные последствия), при возникновении которых медперсонал предпримет все необходимые действия на их устранение.

Я осознаю, что во время проведения медицинского вмешательства могут возникнуть обстоятельства, препятствующие выполнению его в необходимом объеме и в предполагаемый срок, или выявится ситуация, требующая изменения предложенного плана. В данном случае персоналом будут созданы условия, снижающие негативные последствия такой ситуации, о чем мне (или моему законному представителю) будет сообщено дополнительно.

Я имел(а) возможность задать любые интересующие вопросы касательно состояния здоровья, заболевания и лечения и получил(а) на них удовлетворительные ответы. Я утверждаю, что мною сообщены все мои жалобы, имеющиеся заболевания, все отклонения от нормы и особые реакции.

Я извещен(а) о вероятном течении заболевания при отказе от лечения.

Я получил(а) информацию об альтернативных исследованиях (методах лечения), а также об их примерной стоимости.

Особые замечания пациента:

Я удостоверяю, что текст листа согласия на информированное добровольное медицинское вмешательство мною прочитан и, что полученные мною разъяснения меня удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа, и я выражаю свое _____ на проведение медицинского вмешательства, в чем _____

(согласие, не согласие – заполняется рукой пациента)

_____ расписываюсь собственноручно.

(Ф.И.О. пациента или его законного представителя полностью, подпись)