

**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)