

Утверждаю:
Главный врач ОГБУЗ
«Зиминская городская больница»

И.В. Наливкина



Приложение №4
к Приказу № 44
от «01» сентября 2023г.

Договор на оказание платных медицинских услуг

«__» _____ 2023г.

г.Зима

Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Зиминская городская больница» (ОГБУЗ «Зиминская городская больница»), в лице главного врача _____, действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», и _____ именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель», при совместном упоминании именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора:

- 1.1. По договору об оказании платных медицинских услуг Исполнитель обязуется оказать Потребителю услуги, указанные в п. 1.2. настоящего Договора, а Потребитель обязуется оплатить эти услуги.
- 1.2. Исполнитель обязуется оказать следующие медицинские услуги:
_____, (далее – услуги).
(перечисляются медицинские услуги, предоставляемые в соответствии с договором)

2. Стоимость и порядок оплаты услуг:

- 2.1. Стоимость услуг устанавливается действующим прейскурантом и составляет _____
(Сумма цифрами и прописью)
- 2.2. Оплата Услуг по настоящему договору осуществляется Пациентом в порядке 100 % предоплаты до получения Услуги путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя.
- 2.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Пациента с учетом уточненного диагноза, сложности операции и иных затрат на лечение, данные изменения к Договору должны быть произведены в простой письменной форме и подписаны обеими сторонами Договора.

3. Сведения об Исполнителе:

- 3.1. Исполнитель внесен в Единый государственный реестр юридических лиц (ЕГРЮЛ), Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ серия 38 № 003394057 от 25.12.2012г, основной государственный регистрационный номер 1023800983139, регистрирующий орган – Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы № 17 по Иркутской области
- 3.2. Исполнитель имеет лицензию на осуществление медицинской деятельности № _____

4. Права и обязанности Сторон:

- 4.1. Исполнитель обязан:
 - 4.1.1. Предоставлять Потребителю услуги, качество которых должно соответствовать медицинским стандартам, а при их отсутствии требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида. При этом услуги могут предоставляться Исполнителем в полном объеме стандарта медицинской помощи, либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.
 - 4.1.2. При предоставлении услуг соблюдать порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения РФ.
 - 4.1.3. Оказать Потребителю услуги в полном объеме и в срок, указанный в п. 5.2. договора.
 - 4.1.4. Предоставить Потребителю бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемой услуге, об условиях, порядке, форме предоставления.
 - 4.1.5. По требованию Потребителя (законного представителя Потребителя) предоставлять в доступной для Потребителя форме информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, об используемых при предоставлении услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, показаниях (противопоказаниях) к применению.
 - 4.1.6. Обеспечить сохранение врачебной тайны.
- 4.2. Потребитель обязан:
 - 4.2.1. Предварительно оплатить услуги по цене, указанной в п. 2.1. настоящего договора.
 - 4.2.2. Выполнять требования, обеспечивающие безопасность и надлежащее качество предоставляемой услуги, включая сообщение достоверных и необходимых для этого сведений, в том числе информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях. Точно выполнять назначения врача.
- 4.3. Исполнитель имеет право:
 - 4.3.1. Самостоятельно определить объем дополнительных медицинских услуг в случае, если при предоставлении услуг потребуются предоставление дополнительных услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний. В таком случае дополнительные медицинские услуги оказываются без взимания платы.
 - 4.3.2. В одностороннем порядке отказаться от оказания услуги в случае появления медицинских противопоказаний для оказания услуги.
- 4.4. Потребитель имеет право:
 - 4.4.1. Требовать от Исполнителя предоставления сведений о наличии лицензии и сертификата, расчета стоимости оказываемых услуг.
 - 4.4.2. На получение информации о получаемой им платной медицинской услуге.

4.4.3. Отказаться от медицинского вмешательства (в письменной форме).

5. Информация о предоставляемой медицинской услуге:

5.1. Медицинская услуга представляет собой

5.2. Медицинская услуга предоставляется в согласованный с Потребителем срок и в назначенное Исполнителем время: _____ (указывается дата и время оказания услуги)

5.3. Перед оказанием медицинской услуги Исполнитель устанавливает отсутствие противопоказаний. В случае наличия противопоказаний по желанию Потребителя срок оказания услуги может быть перенесен до момента устранения противопоказаний.

5.4. Медицинские услуги оказывает: _____ (Ф.И.О., должность, категория, наличие сертификата)

5.5. В связи с оказанием медицинской услуги в предусмотренных нормативными актами случаях Потребителю по его требованию выдается листок нетрудоспособности.

6. Ответственность Сторон:

6.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством РФ.

6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством РФ.

6.3. Потребитель обязан полностью возместить Исполнителю понесенные им убытки, если оказание услуг было прекращено по вине Потребителя.

6.4. Исполнитель не несет ответственности перед Пациентом в случае несоблюдения Пациентом рекомендаций по лечению и поведению до и после оказания услуги, а также в случае нарушения Пациентом предписаний, требований и условий, обеспечивающих качественное оказание услуги.

7. Порядок изменения и расторжения договора:

7.1. Любые изменения и дополнения к настоящему договору имеют силу только в том случае, если они оформлены в письменном виде и подписаны обеими сторонами.

7.2. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7.3. Исполнитель вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения настоящего договора в случае наличия у Потребителя неустраняемых противопоказаний к оказанию медицинской услуги. При этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы.

8. Порядок разрешения споров:

8.1. Споры и разногласия, которые могут возникнуть при исполнении настоящего договора, будут по возможности разрешаться путем переговоров между сторонами.

8.2. В случае невозможности разрешения разногласий путем переговоров они разрешаются в судебном порядке в соответствии с законодательством РФ.

9. Прочие условия

9.1. Настоящий договор вступает в действие с момента подписания и действует до исполнения Сторонами своих обязательств по настоящему договору.

9.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

9.3. Вопросы, не урегулированные настоящим договором, разрешаются в соответствии с действующим законодательством РФ.

9.4. Неотъемлемой частью настоящего договора являются:

- Информированное добровольное согласие Потребителя с общим планом обследования и лечения

10. Местонахождение и банковские реквизиты сторон:

Потребитель: (Ф.И.О.) _____ Адрес места жительства: _____ Паспортные данные: _____ Телефон _____ Потребитель: _____ / _____ « » 20 г.	Исполнитель: ОГБУЗ «Зиминская городская больница», Адрес: 665382, Иркутская обл. г. Зима, ул. Калинина, 88. ИНН 3806001340, КПП 380601001 Минфин Иркутской области (ОГБУЗ «Зиминская городская больница» л/с 80302030146), Отделение Иркутск Банка России/УФК по Иркутской области, г. Иркутск р/с 401028101453700000026 к/с 03224643250000003400 БИК 012520101 Исполнитель: ОГБУЗ «Зиминская городская больница» Главный врач _____ Н.Э.Наливкина « » 20 г.
--	--

Главный врач  Н.Э.Наливкина

ОГБУЗ «Зиминская городская больница»

Информированное добровольное согласие Потребителя

С общим планом обследования и лечения

(оформляется до заключения договора об оказании платных медицинских услуг)

Я, _____

Обратившись за медицинской помощью в _____ ОГБУЗ «Зиминская городская больница»

Ознакомлен(а) с планом обследования и возможными методами оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи. Я имел(а) возможность задать любые интересующие вопросы касательно обследования и лечения, мною получены полные и понятные мне разъяснения по плану обследования и лечения, в том числе о возможных рисках.

Я извещен(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я ознакомлен(а) с возможностью получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в РФ.

Я информирован(а) о том, что моя (моего представляемого) медицинская документация является конфиденциальной в соответствии со статьей № 13 ФЗ № 323-ФЗ от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», мне подтверждена гарантия конфиденциальности сведений, касающихся моего здоровья (здоровья представляемого мною).

Я разрешаю (не разрешаю) представлять мою (моего представляемого) медицинскую информацию:

- всем без ограничений;

- ограниченному кругу лиц: _____

С предложенным планом обследования и лечения согласен

(ненужное

От предложенного плана обследования и лечения отказался

зачеркнуть)

Пациент (законный представитель) _____

Лечащий врач (представитель ЛПУ) _____

Дата « ____ » _____ 20__ г.

Главный врач

 Н.Э.Наливкина