

Договор № _____ на оказание платных медицинских услуг

г. Тюмень

от _____ 2021

Государственное автономное учреждение здравоохранения Тюменской области "Городская поликлиника № 6", лицензия на осуществление медицинской деятельности (ЛО-72-01-003322 от 19.02.2020), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача _____, действующей на основании приказа Департамента здравоохранения Тюменской области № _____ от _____, с одной стороны, и гражданка (гражданин) _____, именуемая (ый) в дальнейшем "Пациент", с другой стороны, вместе именуемые "Стороны", заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Пациента (законного представителя пациента), обязуется оказать ему медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, а Потребитель обязуется оплатить данные медицинские услуги.

1.2. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых по настоящему договору, определяется в Счете-заказе, являющемся неотъемлемой частью настоящего договора.

1.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1.4. В приложениях (Актах об оказанных услугах) к настоящему договору фиксируются условия о конкретной услуге и ее стоимости, оплата Пациентом услуги на предложенных условиях считается её акцептом. Акцепт услуги означает полное и безоговорочное принятие Пациентом условий настоящего договора.

1.5. Сроки оказания Услуг(и) определяются исходя из установленного диагноза, выбора методов лечения в соответствии с планом лечения.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Оказывать медицинские услуги в полном объеме с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.1.2. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Пациента. Без согласия Пациента Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.3. По требованию Пациента предоставить ему в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

- порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;

- информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

- информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

- другие сведения, относящиеся к предмету настоящего договора.

2.1.4. Исполнитель предоставляет Пациенту (законному представителю пациента) по его требованию и в доступной для него 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 платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.1.5. Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления услуг по настоящему договору.

2.1.6. Вести всю необходимую медицинскую документацию в установленном действующим законодательством порядке.

2.1.7. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Пациенту услуг, а также денежных средств, поступивших от Пациента.

2.1.8. Немедленно извещать Пациента о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора. Дополнительные медицинские услуги при необходимости их оказания предоставляются в случае оказания Пациенту стационарной помощи - на основании дополнительного соглашения к настоящему договору, в иных случаях - на основании отдельно заключаемого договора.

2.1.9. сохранять конфиденциальность информации о здоровье Пациента в рамках конституционно установленного.

2.2. Пациент обязан:

2.2.1. Оплатить стоимость предоставляемых Услуг в соответствии с Прейскурантом цен на платные медицинские и иные услуги, оказываемые за счет личных средств граждан и юридических лиц, действующим на момент оказания медицинских услуг; выполнить требования, обеспечивающие качественное предоставление Услуг(и), включая сообщение необходимых для этого сведений. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

2.2.2. Внимательно ознакомиться с информацией, касающейся его лечения, строго исполнять рекомендации медицинского персонала Исполнителя.

2.2.3. Соблюдать действующий внутренний распорядок Исполнителя

2.2.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения.

2.3. Пациент имеет право:

2.3.1. Требовать предоставления Услуг(и) надлежащего качества.

2.3.2. Получение сведений о наличие лицензии.

2.3.3. Выбор лечащего врача с учётом его согласия.

2.3.4. Расторгнуть договор в одностороннем порядке, при условии оплаты Исполнителю фактически понесённых им расходов.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ(И) И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость Услуг(и) устанавливается в приложениях (Актах об оказанных услугах) к настоящему договору и определяется согласно Прейскуранту цен на платные медицинские и иные услуги, оказываемые за счет личных средств граждан и юридических лиц, действующим на момент оказания медицинских услуг. Полный комплекс лечебных, диагностических и прочих услуг определяется в процессе лечения (обследования) с учётом состояния здоровья Пациента, индивидуальных особенностей организма, а также с учётом услуг, оказанных по желанию Пациента.

3.2. Оплата Услуг(и) осуществляется Пациентом в порядке 100% предоплаты до получения Услуг(и) (кроме стоматологических услуг) путём внесения наличных денежных средств в кассу, пластиковой картой или на расчётный счёт Исполнителя. Оплата стоматологических услуг осуществляется Пациентом после завершения каждого этапа лечения. Ортопедические услуги в стоматологии оплачиваются путём внесения предоплаты, размер которой определяется врачом индивидуально в зависимости от сложности работ. Полный расчёт за ортопедические Услуги в стоматологии производится по завершению лечения.

3.3. Потребителю в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

3.4. При досрочном расторжении настоящего договора денежные средства, внесённые Пациентом, возвращаются ему за вычетом стоимости медицинских услуг фактически оказанных Пациенту.

3.5. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится, либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Пациента удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Пациентом по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. В случае причинения Исполнителем вреда здоровью Пациенту, Исполнитель обязуется возместить ему причинённый вред в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.2. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Пациентом неполной информации о своем здоровье либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п. 2.2.4 настоящего договора.

4.3. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

4.4. Исполнитель не несёт ответственности за медицинские осложнения, возникшие в результате нарушения Пациентом предписаний и рекомендаций Исполнителя.

5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

5.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

5.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Пациента за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

6. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

6.1. В случае отказа Пациента от медицинских услуг Исполнитель возвращает ему денежные средства за вычетом стоимости фактически оказанных услуг.

6.2. В случае, если Пациент оплатил медицинские услуги, а Исполнитель не имеет возможность оказать их по причинам, не зависящим от Исполнителя, то Исполнитель возвращает уплаченные Пациентом денежные средства в соответствии с п. 3 ст. 781 ГК РФ.

6.3. До заключения настоящего договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя 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.

6.4. Настоящий договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

6.5. 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 фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

6.6. Настоящий договор составлен в двух аутентичных экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

6.7. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

7. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

"Исполнитель"	"Пациент"
ГАУЗ ТО "Городская поликлиника №6 ИНН 7203116204 КПП 720301001 ОГРН 1027200833725 Департамент финансов и налоговой политики Администрации города Тюмени (ГАУЗ ТО "Городская поликлиника №6) (07000700310)) р/с 40701810600003000002 в Отделение Тюмень, г. Тюмень БИК 047102001 (3452) 560 011, 207 108, 207 175.	Ф.И.О. Паспорт: Дата Адрес: Выдан: выдачи:

СПЕЦИФИКАЦИЯ

Приложение № 1
к Договору № _____ от 18.05.2021

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Кол-во	Единица изм.	Цена (руб.)	Сумма (руб.)
1	В04.047.00	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-терапевта	1		204.00	204.00
Итого:						204.00

Без налога (НДС)

204.00 руб. (Двести четыре рубля 00 копеек.)

"Исполнитель"

(подпись) (Ф.И.О.)

"Заказчик"

(подпись)

(Ф.И.О.)

АКТ выполненных работ

Приложение № 1
к Договору № _____ от 18.05.2021

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Кол-во	Единица изм.	Цена (руб.)	Сумма (руб.)
1	В04.047.00	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-терапевта	1		204.00	204.00
Итого:						204.00

Без налога (НДС)

Всего оказано наименований услуг 1, на сумму:

204.00 руб. (Двести четыре рубля 00 копеек.)

Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

"Исполнитель"

(подпись) (Ф.И.О.)

"Заказчик"

(подпись)

(Ф.И.О.)

Согласие пациента на оказание платных медицинских услуг и заключение договора оказания платных медицинских услуг

Я, гражданин (ка) _____

(ФИО прописывается собственноручно полностью, паспортные данные)

до получения платной медицинской услуги в ГАУЗ ТО " Городская поликлиника №6 и до заключения договора оказания платных медицинских услуг в доступной для меня форме, проинформирован(а) о нижеследующем:

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы, в рамках реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, принятой на текущий год, как в ГАУЗ ТО " Городская поликлиника №6, так и в других медицинских организациях Тюменской области;
- о перечне платных медицинских услуг, предоставляемых ГАУЗ ТО " Городская поликлиника №6 (Исполнитель), о ценах на платные услуги, условиях, форме и порядке их предоставления и оплаты;
- о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, уровне их профессионального образования и квалификации;
- мне предоставлена вся необходимая информация об учреждении, в том числе, о режиме работы учреждения, графике работы медицинских работников;
- о контролирующих органах, как по надзору в сфере здравоохранения, так и в сфере защиты прав потребителей (их адреса и телефоны), иная информация, предусмотренная правилами предоставления платных медицинских услуг;
- мне предоставлены актуальные сведения о лицензиях ГАУЗ ТО " Городская поликлиника №6 на осуществление медицинской деятельности, я ознакомлен(а) с перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензиями;
- я информирован(а) о целях, характере, факторах риска и возможных осложнениях при оказании платных медицинских услуг;
- я предупрежден(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья;
- я информирован (а), что отказ потребителя от заключения договора оказания платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы ОМС;
- мною добровольно, своей волей и в своем интересе, без какого-либо принуждения, выбраны виды платных медицинских услуг, которые я хочу получить в ГАУЗ ТО " Городская поликлиника №6, я ознакомлен (-а) с действующим прейскурантом на платные медицинские и иные платные услуги ГАУЗ ТО " Городская поликлиника №6 и согласен(-на) их оплатить в соответствии с ним.

Я, получив полную информацию о возможности и условиях оказания пациенту бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС, хочу воспользоваться своим правом на получение платных медицинских и иных услуг в соответствии со статьей 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю свое согласие на их получение и готов (а) их оплатить. Я удостоверяю, что текст настоящего информированное согласия мною прочитан, его положения мне понятны, я даю свое согласие на получение и оплату платных медицинских и иных платных услуг в ГАУЗ ТО " Городская поликлиника №6 и на заключение договора оказания платных медицинских и иных услуг.

_____/ (подпись потребителя/ законного представителя/ заказчика)

_____/ (расшифровка подписи)

« _____ » _____ 20 ____ г.