

ДОГОВОР №
на оказание платных медицинских услуг

г. Керчь

" " 2021г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым «Керченский родильный дом», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача учреждения Тихолаза Олега Юрьевича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданина(ки)

Ф.И.О

именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, поскольку «Исполнитель» имеет возможность оказать платную медицинскую услугу, указанную в п.п.1.1 Настоящего договора в соответствии с уведомлением № 349 от 21.05.2015 платную медицинскую услугу (или услуги) у «Исполнителя», стороны заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Настоящий договор определяет условия оказания платных медицинских услуг. «Пациент» поручает, а «Исполнитель» обязуется оказать «Пациенту» платную медицинскую услугу (или услуги) согласно п.п. №2, утвержденного главным врачом учреждения, Прейскуранта.

1.2. Подписав настоящий Договор, Заказчик подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

2. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

2.1. Цена услуги, при отсутствии необходимости выполнения других работ, не предусмотренных в договоре, устанавливается на уровне _____ руб.

2.2. Оплата производится до оказания медицинской услуги в кассу «Исполнителя» или перечислением на расчетный счет. Оплата может быть произведена самим «Пациентом», его страховой компанией либо третьим заинтересованным физическим или юридическим лицом на основании счета, выписанного «Исполнителем». Оплата производится в полном объеме.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. «Исполнитель» обязан:

- оказать «Пациенту» квалифицированную, качественную, медицинскую помощь в установленный договором срок;
- предоставить «Пациенту» бесплатную, доступную, полную, достоверную информацию о заболевании, предоставляемой услуге и возможных осложнениях.

3.2. «Исполнитель» имеет право:

- в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в т.ч. и не предусмотренной договором.

3.3. «Пациент» обязан:

- своевременно оплатить стоимость услуг;
- сообщить врачу до начала медицинского вмешательства полные сведения о состоянии своего здоровья, перенесенных и наследственных заболеваниях, противопоказаниях, профессиональных вредностях, вредных привычках (курение, употребление алкоголя, наркотиков, токсических веществ), переносимости лекарственных средств, аллергических проявлениях, эпидемиологических данных;
- соблюдать назначения лечащего врача и медицинского персонала;
- соблюдать установленные предписания и правила при пребывании в лечебном учреждении;
- не применять не назначенные препараты и иные методы диагностики и лечения;
- консультироваться со специалистами других медицинских учреждений только по согласованию с исполнителями медицинских услуг и сообщать об их результатах.

3.4. «Пациент» имеет право:

- на предоставление информации о медицинской услуге;
- знакомиться со своей медицинской документацией, документами, подтверждающими специальную правоспособность учреждения и его врачей;
- получить заключение с указанием результатов проведенных исследований, лечебных мероприятий и необходимых рекомендаций;
- на возмещение вреда, в случае ненадлежащего оказания медицинской услуги;
- отказаться от получения медицинской услуги и получить обратно оплаченную сумму с возмещением «Исполнителю» затрат, связанных с подготовкой оказания услуги.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. В случае ненадлежащего оказания медицинской услуги «Пациент» вправе потребовать безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги.

4.2. «Исполнитель» освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения «Пациентом» своих обязанностей или по Другим основаниям, предусмотренным законодательством.

4.3. «Пациент» обязан возместить медицинскому учреждению фактически произведенные расходы по оказанию услуги, если «Исполнитель» не смог или был вынужден прекратить ее оказание по вине «Пациента».

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента заключения и подписания и действует до выполнения «Исполнителем» платной медицинской услуги.

5.2. Все претензии и споры, возникшие по данному договору, разрешаются сторонами путем переговоров.

5.3. Если спор не будет разрешен путем переговоров, то такой спор разрешается в соответствии с законодательством РФ.

6. ПЕРЕЧЕНЬ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

6.1. В соответствии с настоящим Договором Исполнитель обязуется оказать Заказчику следующие платные медицинские услуги:

№	Дата	Медицинские услуги	ФИО, должность медицинского работника оказывающего медицинские услуги	Стоимость услуги (руб.)	Общая стоимость медицинских услуг (руб.)
1					
2					
3					
4					
		ВСЕГО			

Список лиц, проходящих обследование, прилагается.

Исполнитель

ГБУЗ РК «Керченский РД»
Адрес: 298302, Республика Крым, г. Керчь,
ул. Крупской, д.25

Заказчик

Потребитель:
Паспорт
Выдан:

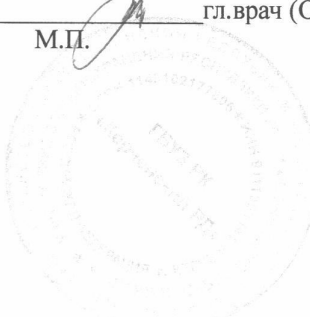
Р/с 40102810645370000035
ИНН/КПП 9111009044/911101001
БИК 013510002 ОТДЕЛЕНИЕ РЕСПУБЛИКА КРЫМ

Адрес: г. Керчь
Ф.И.О. потребителя:
С договором ознакомлен(а):

М.П.

гл.врач (О.Ю.Тихолаз)

(подпись)



СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, ФИО, являясь законным представителем (мать, отец, попечитель, опекун, усыновитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____, в соответствии с требованиями ст. 9 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие ГБУЗ РК «Керченский РД» (298302 Республика Крым, г. Керчь, ул. Крупской, д.25) на обработку моих/представляемого мною лица/ персональных данных с целью предоставления мне/предоставляемому мной лицу/ медицинских услуг, а также заполнения медицинской, финансовой и др. документации.

Перечень персональных данных: ФИО, дата/месяц/год рождения, адрес, телефон, данные о состоянии здоровья и заболеваниях, предыдущем лечении. Согласие действительно со дня его подписания до дня письменного отзыва.

_____ подпись

дата _____ 2021г.

Приложение №2

ИНФОРМАЦИОННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, ФИО, являясь законным представителем (мать, отец, попечитель, опекун, усыновитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____, в соответствии со ст.32 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан», добровольно даю согласие на проведение мне/предоставляемому мною лицу/ медицинских обследований, процедур и манипуляций.

Я информирован(а) о целях, объемах, характере и возможных неблагоприятных эффектах предлагаемого обследования и лечения; о возможных временных дискомфортных ощущениях.

Я понимаю, что медицинский персонал будет предпринимать все необходимые меры для излечения меня/представляемого мною лица/, однако никаких гарантий излечения не может быть предоставлено. Я осознаю, что несоблюдение рекомендаций, бесконтрольное самолечение могут усложнить лечебный процесс и негативно отразиться на состоянии здоровья.

Мне в доступной форме разъяснены альтернативные методы обследования и/или лечения, а также возможные последствия отказа от обследования и/или лечения.

Я подтверждаю, что все интересующие меня вопросы были заданы и я получил(а) понятные мне ответы на них; что решение о проведении обследования и/или лечения принято мною осознанно, без принуждения и навязывания со стороны третьих лиц.

Я ознакомлен(а) со всем текстом данного документа и согласен(сна) со всем изложенным выше.

_____ подпись

дата _____ 2021г.