

**ДОГОВОР N  
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

г. Армавир

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Армавирский противотуберкулезный диспансер» министерства здравоохранения Краснодарского края, далее "Исполнитель", в лице главного врача Степанова Андрея Владимировича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин (ка) или его законный представитель именуемый в дальнейшем "Заказчик", с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется оказать платные медицинские услуги:

№ по прейскуранту	Наименование услуги	Ед. изм.	Кол-во	Стоимость

Стоимость оказанной медицинской услуги составляет

1.2. При исполнении настоящего договора стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации и Краснодарского края, регулирующим предоставление гражданам платных медицинских услуг.

**2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**

2.1. Услуги Заказчику оказываются в соответствии с режимом работы Исполнителя, который доводится до сведения Заказчика при заключении договора.

2.2. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг, не предусмотренных пунктом 1.1 настоящего договора, они оформляются дополнительным соглашением к настоящему договору и оплачиваются Заказчиком согласно прейскуранту.

2.3. В случае необходимости привлечения третьих лиц для оказания медицинских услуг Заказчику, Исполнитель обязан привлечь третьих лиц, обладающих необходимыми разрешениями на оказание соответствующих медицинских услуг, а также обладающих необходимыми знаниями и квалификацией.

При привлечении третьих лиц для оказания медицинских услуг Заказчику, Исполнитель обязан довести до сведения Заказчика всю необходимую информацию о третьем лице, а также информацию о времени и месте оказания Заказчику данных медицинских услуг.

**3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

3.1. Оплата Заказчиком производится наличным платежом в кассу или по безналичному расчету на счет Исполнителя до предоставления медицинской услуги (предоплата).

3.2. При оплате наличным платежом в кассу Исполнитель обязан выдать Заказчику документы, подтверждающие прием наличных денег (кассовый чек или второй экземпляр квитанции, являющейся бланком строгой отчетности).

**4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

**4.1. Исполнитель обязан:**

4.1.1. Своевременно и качественно оказать Заказчику медицинские услуги в установленный договором срок;

4.1.2. Предоставить Заказчику доступную для его понимания достоверную информацию о предоставляемых услугах до подписания договора;

4.1.3. Обеспечить Заказчика в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о разрешении (лицензии) на медицинскую деятельность, о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг, их стоимости, условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов;

4.1.4. При оказании медицинских услуг использовать методы диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, медицинские изделия, разрешенные к применению в установленном законом порядке;

4.1.5. Вести установленную законодательством медицинскую документацию, а также учет видов, объемов и стоимости оказываемых Заказчику услуг;

4.1.6. Обеспечить Заказчику непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья.

4.1.7. Выдать Заказчику или его представителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Заказчика после получения платных медицинских услуг.

4.1.8. Хранить в тайне информацию, содержащуюся в медицинской документации Заказчика, и предоставлять ее без согласия Заказчика в установленных законом случаях, а также лицам, указанным Заказчиком.

**4.2. Исполнитель имеет право:**

4.2.1. Требовать от Заказчика предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему медицинских услуг;

4.2.2. В случае возникновения потенциальной угрозы жизни и здоровью Заказчика, а также в иных неотложных ситуациях, действуя в условиях крайней необходимости, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной договором;

4.2.3. Требовать от Заказчика полной оплаты оказанных услуг.

4.2.4. В случае невозможности оказания услуги отказаться от исполнения обязательств по договору при условии возврата Заказчику стоимости оплаченной услуги.

**4.3. Заказчик обязан:**

4.3.1. До получения медицинской услуги оформить согласие на обработку персональных данных и информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

4.3.2. Своевременно оплатить стоимость услуги;

4.3.3. Сообщить Исполнителю сведения, необходимые для качественного исполнения услуги (реакция на медикаменты, перенесенные заболевания и пр.);

4.3.4. Соблюдать в полном объеме рекомендации, полученные в результате оказанной медицинской услуги.

4.3.5. Своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Заказчиком условий договора, а также о необходимости изменения назначенного Заказчику времени получения медицинской услуги.

**4.4. Заказчик имеет право:**

4.4.1. Получать от Исполнителя полную, доступную для понимания, своевременную информацию о получаемой медицинской услуге;

4.4.2. Отказаться от получения услуги на любом этапе и получить оплаченную сумму с возмещением Исполнителю фактически понесенных затрат.

**5. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ УСЛУГЕ**

5.1. "Исполнитель" имеет лицензию на осуществление медицинской деятельности № ЛО-23-01-012190, выдана Министерством здравоохранения Краснодарского края 05.04.2018 года, перечень работ согл. приложений (адрес лицензирующего органа г. Краснодар, ул. Коммунаров, 276, тел. 861-99-25-368).

5.2. "Заказчик" уведомлен о том, что данный вид медицинской услуги не входит (входит) в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Краснодарском крае и не финансируется (финансируется) из средств бюджета или обязательного медицинского страхования.

Я, информирован(а) об альтернативной возможности получения медицинской помощи за счет государственных средств, а также о правилах оказания данных видов помощи в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в \_\_\_\_\_

Я отказываюсь от представления медицинской помощи за счет государственных средств и подтверждаю свое желание на получение платных медицинских услуг в ГБУЗ АПТД с момента начала предоставления медицинской услуги до момента ее окончания. Я добровольно даю согласие на проведение медицинского вмешательства.

Подпись \_\_\_\_\_

5.3. Перед оказанием медицинской услуги врач обследует Заказчика и устанавливает отсутствие противопоказаний.

5.4. Налог предоставления медицинской услуги считается:

5.4.1. При стационарном лечении - день госпитализации;

5.4.2. При амбулаторном лечении - первичный осмотр и обследование.

5.5. Продолжительность услуги: \_\_\_\_\_ дней, с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

5.6. Лечение производит врач (врачи): \_\_\_\_\_

5.7. Заказчик дает согласие на обработку персональных данных согласно Федеральному закону от 27.07.2006г № 152-ФЗ "О персональных данных".

5.8. Заказчик дает разрешение на предоставление информации о состоянии своего здоровья, результатах обследования и лечения следующим лицам: \_\_\_\_\_

5.9. Заказчик дает согласие на получение информации о своем здоровье лично (отказывается от получения информации). При отказе эти сведения сообщить: \_\_\_\_\_

5.10. Заказчику по его требованию выдается листок нетрудоспособности в случаях, предусмотренных действующими нормативными актами.

5.11. Заказчик информирован:

5.11.1. О возможных (но не обязательных) осложнениях медицинской услуги, которые могут причинить вред здоровью:

В случае возникновения осложнений Исполнитель предпринимает действия, направленные на устранение их последствий без дополнительной оплаты.

5.11.2. В случае оказания услуги, связанной с медицинским вмешательством, Исполнитель обязан до начала оказания услуги получить информированное добровольное согласие Заказчика.

#### 6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Исполнителем условий договора Заказчик вправе по своему выбору потребовать:

6.1.1. Назначения нового срока оказания услуги;

6.1.2. Уменьшения стоимости предоставленной услуги;

6.1.3. Исполнения услуги другим специалистом;

6.1.4. Расторжения договора и возмещения убытков, в том числе понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги, если это необходимо, в других медицинских учреждениях.

6.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

#### 7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ЕГО РАСТОРЖЕНИЯ

7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до исполнения обязательств сторонами.

7.2. Условия договора могут быть изменены по соглашению сторон путем оформления в письменной форме дополнений, являющихся неотъемлемой частью договора.

7.3. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

#### 8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

8.1. Споры и разногласия, возникающие в процессе исполнения данного договора, разрешаются путем переговоров, а в случае не достижения согласия - в судебном порядке.

8.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой стороны.

#### РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:

Заказчик:

ГБУЗ АПТД

352932, г. Армавир, ул. Ефремова, 254

ИНН 2302024700 КПП 230201001 ОГРН 1022300635334

Получатель: Минфин КК (ГБУЗ АПТД л/с 828521980).

Наименование Банка: Южное ГУ Банка России/УФК по Краснодарскому краю

г. Краснодар БИК ТОФК : 010349101

Единый казначейский счет: 40102810945370000010

Казначейский счет: 03224643030000001800

ОКОНХ 91513 ОКВЭД 85.11.1

Тел/факс (86137) 5-47-74e-mail armtubd@miackuban.ru

Главный врач ГБУЗ АПТД

МП \_\_\_\_\_ /А.В. Степанов/

#### АКТ

сдачи-приемки медицинских услуг

г. Армавир

Мы, нижеподписавшиеся, ГБУЗ АПТД, в лице главного врача Степанова Андрея Владимировича, действующего на основании Устава, именуемый «Исполнитель», с одной стороны и именуемый «Заказчик» с другой стороны, составили настоящий акт в том, что согласно договору № \_\_\_\_\_ Исполнитель выполнил работу в полном объеме на сумму \_\_\_\_\_

Исполнитель: Главный врач

\_\_\_\_\_ А.В. Степанов

Заказчик:

\_\_\_\_\_ /

2