

Договор на оказание платных медицинских услуг

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калининградской области «Гусевская центральная районная больница» в лице руководителя учреждения (главного врача, и.о. главного врача), действующего на основании Устава, имеющее лицензию на медицинскую деятельность №ЛО-39-01-002322 от 21.07.2020, регистрационный номер лицензии ЛО41-01157-39/00571341, (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), выданную Службой по контролю качества медицинской помощи и лицензированию Калининградской области г. Калининград, ул. Московский проспект 95, тел. +7(4012)46-53-10, +7(4012)46-53-11, а также Свидетельство Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 1 по Калининградской области серия 39 № 001485611 о внесении записи в ЕГРЮЛ, дата внесения записи 18.01.2012 г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны и Гражданин (ка) _____, именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель» с другой стороны, на основании ФЗ «Об охране здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ, Закона РФ «О защите прав потребителя» и Постановления Правительства № 736 от 11.05.2023г., заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1. По настоящему Договору Потребитель покупает, а Исполнитель оказывает потребителю медицинскую Услугу (и) и обеспечивает удобную дату и время посещения врача или выполнения лечебно-диагностических процедур, подбор врача желаемой квалификации и специализации.
- 1.2. Потребитель и Исполнитель признают в качестве расчетной цены за Услугу (и) договорную цену, указанную в настоящем Договоре и кассовом (ых) чеке (ах), выдаваемом (ых) Пациенту.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязан:

- выдать Потребителю направление на получение Услуги с указанием наименования Услуги, ее стоимости, даты ее оказания;
- по желанию Потребителя предоставить ему информацию по методике расчета цены Услуги и ее расчету;
- исполнять требования правил предоставления платных медицинских Услуг населению Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Калининградской области «Гусевская центральная районная больница».

2.2. Потребитель обязан:

- до оказания медицинской Услуги информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;
- соблюдать правила внутреннего распорядка, техники безопасности, противопожарной безопасности, принятые Исполнителем, выполнять все назначения медицинского персонала и сотрудников Исполнителя;
- уплатить в кассу Исполнителя договорную цену на Услуги, указанные в п.11 настоящего Договора, путем предоплаты 100 % стоимости;
- полностью возместить Исполнителю понесенные убытки, если Услуга не могла быть оказана или ее оказание прервано по вине Потребителя;
- Потребитель согласен на хранение и обработку его персональных данных (фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес проживания, место работы, должность, сведения о состоянии здоровья) согласно законодательным актам РФ.

2.3. Исполнитель имеет право:

- отказать в оказании Услуги в случаях:
 1. Состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
 2. Действия Потребителя угрожают жизни и здоровью медицинского персонала Исполнителя;
- на хранение и обработку персональных данных Потребителя (фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес проживания, место работы, должность, сведения о состоянии здоровья) согласно законодательным актам РФ.

2.4. Потребитель имеет право:

- отказаться от получения Услуги (до начала ее оказания) и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания Услуги;
- в случае неполучения Услуги в сроки, указанные в направлении, по согласованию с уполномоченным представителем Исполнителя назначить новый срок оказания Услуги;

2.5. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГИ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

- 3.1. Стоимость Услуги устанавливается действующим прейскурантом (в российских рублях).
- 3.2. Оплата Услуг осуществляется Потребителю в порядке 100 % предоплаты Услуги путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя.
- 3.3. При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ по результатам обследования и лечения стоимость Услуги не может быть изменена Исполнителем без надлежащего уведомления и согласия Потребителя с учетом уточненного диагноза. Выполнение дополнительных услуг осуществляется после заключения дополнительного соглашения к договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости. Исполнитель не вправе предоставлять медицинские услуги на возмездной основе, если иное не оговорено в основном договоре.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 4.1. В случае не оплаты Пациентом стоимости Услуги на условиях, указанных в разделе 3 настоящего Договора, Исполнитель имеет право отказать Потребителю в оказании Услуги.

4.2. В случаях несоблюдения Потребителем рекомендаций по лечению и иных неправомерных действий Исполнителя не несет ответственности за результаты оказания Услуги.

4.3. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим Договором ил в связи с ним, Стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров. В остальных случаях Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5. УВЕДОМЛЕНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ

5.1. Я предупрежден (а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) 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. Я имел (а) возможность задать любые интересующие меня вопросы, касательно платной медицинской услуги.

5.2. До меня доведена информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

5.3. Я проинформирован(а) о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи (при наличии), применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, а также о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи; о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации); других сведениях, относящиеся к предмету договора.

5.4. Я уведомлен(а) о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязан(а) соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правилах поведения пациента в медицинских организациях.

5.5 Я проинформирован о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации, а также сообщает почтовый адрес или адрес электронной почты (при наличии), на которые может быть направлено обращение (жалоба).

6. ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ ОБ ОБЪЕМЕ И УСЛОВИЯХ ОКАЗЫВАЕМЫХ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

6.1. Я ознакомлен (а) с методами оказания медицинской помощи, связанными с ними рисками, видами медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи, а также с общим планом предполагаемого обследования и лечения в ГБУЗ КО «Гусевская центральная районная больница». Уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру обследования, или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций. Со мною обсуждены последствия отказа от обследования и лечения. Я получил (а) исчерпывающие и понятные мне ответы на вопросы и имел (а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное мне обследование и лечение. Подбор и осуществление медикаментозного и других видов лечения обследования, доверяю лечащему врачу. Перечень видов медицинских вмешательств, на которые даю Информированное добровольное согласие:

- Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;

Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование;

- Антропометрические исследования;
- Термометрия; Тонометрия;
- Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций;
- Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);
- Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические;
- Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных);
- Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования;
- Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно;
- Медицинский массаж;
- Лечебная физкультура.

7. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

7.1. Стороны несут ответственность по настоящему Договору в соответствии с действующим законодательством.

7.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действуют до момента исполнения обязательств.

7.3. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе любой из сторон.

8. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

8.1 Настоящий Договор может быть расторгнут до истечения срока выполнения сторонами своих обязательств:

8.1.1. по соглашению сторон Договора;

8.1.2.в одностороннем порядке Потребителем в любое время до момента начала оказания Услуг (ги), при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору;

8.1.3.в одностороннем порядке Потребитель в случае нарушения Исполнителем принятых на себя обязательств по Договору и невозможности исполнения исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Потребителя, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

9.ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

9.1.Стороны согласились, что при заключении настоящего Договора они вправе пользоваться факсимильным воспроизведением подписи с помощью средств механического или иного копирования.

10. ДАТА ПОДПИСАНИЯ ДОГОВОРА « _____ » _____ 202 _____ г.

11. ПЕРЕЧЕНЬ РЕАЛИЗУЕМЫХ УСЛУГ И ИХ ЦЕНА

Номер п/п	Наименование услуг или номер по прейскуранту	Цена
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
ИТОГО:		

Итого(сумма прописью)

11.1 Условия и сроки ожидания платных медицинских услуг _____

12 ДРУГИЕ УСЛОВИЯ

12.1 После исполнения договора Потребитель имеет право письменно запросить, а Исполнитель в течении пяти рабочих дней предоставить копии медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы;

12.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах. Оба экземпляра идентичны и имеют одинаковую юридическую силу. У каждой из сторон находится один экземпляр настоящего Договора.

12.3. По обращению Потребителя Исполнитель в течение семи рабочих дней предоставляет документы, подтверждающие фактические расходы потребителя на оказанные медицинские услуги и (или) приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения:

- копию договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения);
- справку об оплате медицинских услуг по установленной форме;
- рецептурный бланк с проставленным штампом «Для налоговых органов Российской Федерации, идентификационный номер налогоплательщика», заверенный подписью и личной печатью врача, печатью медицинской организации;
- документы установленного образца, подтверждающие оплату лекарственных препаратов (кассовый чек, бланк строгой отчетности или иной документ, подтверждающий факт осуществления расчета)

13. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

13.1.Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калининградской области «Гусевская центральная районная больница» 238051, г. Гусев, ул. Московская, д. 56. Адрес сайта: gusev-crb.infomed39.ru

Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ: серия 39 № 001536493 от 19.03.2013 г., выдано МИФНС № 1 по Калининградской области, ОГРН 1023900551619 ИНН 3902001417 КПП 390201001 Получатель: МИНИСТЕРСТВО ФИНАНСОВ КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ (Гусевская ЦРБ, л/с 20356451100) Казначейский счет № 032 246 432 700 000

035 00 Единый казначейский счет № 40102810545370000028 БИК ГОФК 012748051 Отделение Калининград//УФК по Калининградской области, г. Калининград ОКТМО 27709000 КБК0000000000000000000130

Перечень работ составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией: При проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим). При проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством.

13.2. Потребитель: Ф И О . _____

Адрес: _____

Паспорт: _____

13.3 Подписи сторон

Руководитель учреждения
(Главный врач, и.о главного врача)

Потребитель

(расшифровка подписи)

(расшифровка подписи)

КАЛИНИНГРАДСКИЙ ЦЕНТР