

Уведомление

Я, _____
(Ф. И. О. пациента, полностью)

информирован(а) о возможности получения отдельной 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. До заключения договора Потребитель (Заказчик) ознакомлен с прейскурантом, положением о гарантийных сроках и сроках службы на услуги, порядком оказания платных медицинских услуг, расположенных на сайте больницы gbsaki.ru, информационном стенде.

«__» _____ 20__ г. _____ / _____ /
(подпись) (Ф. И. О.)

ДОГОВОР

**на оказание платных медицинских услуг при проведении осмотров или обследований
(медицинских осмотров, врачебных комиссий и иных освидетельствований)**

г. _____ " ____ " _____ 202_ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым «Сакская районная больница», имеющее государственную лицензию на медицинскую деятельность Лицензия Л041-01177-91/00370171 от 14 декабря 2016, выданную: Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, именуемое в дальнейшем «Исполнитель» в лице

(должность и ФИО руководителя структурного подразделения)
действующего на основании доверенности, с одной стороны и граждан
(Ф.И.О) _____

_____, именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется предоставить платные медицинские услуги качество, которых должно соответствовать условиям настоящего договора, согласно Прейскуранту, утвержденным в установленном порядке, а Потребитель обязуется оплатить оказанные услуги в размере, порядке и сроки, установленные настоящим договором. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, является неотъемлемой частью настоящего договора (приложением № 1).

1.2. Сроки оказания медицинских услуг, предусмотренных в п.1.1. настоящего Договора: с «__» _____ 20__ г. по с «__» _____ 20__ г..

1.3. При необходимости Заказчику могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень и сроки оказания которых согласуются Сторонами в дополнительном соглашении к настоящему Договору

1.4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется 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".

2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

2.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю согласно п. 1.1. настоящего Договора, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом цен (тарифов) платных медицинских услуг, и составляет _____ (_____) рублей 00 копеек (прописью).

2.2. 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)).

2.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя.

Без оформления 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.

2.4. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного договора.

2.5. Оплата услуг по договору осуществляется на основании Перечня предоставленных платных медицинских услуг, подписанного Сторонами, на условиях предоплаты в размере 100% стоимости услуги, указанной в п. 2.1 настоящего Договора, наличными денежными средствами или с использованием платежных банковских карт по выбору Потребителя.

2.6. 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 Потребителя удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Потребителем по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Организовать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе положениями об организации оказания медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, проведение медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи.

3.1.2. Обеспечить Потребителя бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской помощи.

3.1.3. Данные медицинского обследования заносятся в амбулаторную медицинскую карту, где отражаются заключения врачей-специалистов, результаты лабораторных и инструментальных исследований, заключение по результатам периодического медицинского осмотра.

3.1.4. После исполнения Договора выдать Потребителю заключение о результатах осмотров или обследований.

3.1.5. Строго соблюдать медицинские нормы и правила, соблюдать санитарно-эпидемиологический режим.

3.1.6. Строго соблюдать врачебную тайну.

3.2. Потребитель обязуется:

3.2.1. Оплачивать оказанную Исполнителем медицинскую услугу (выполненную работу) в порядке и сроки, установленные настоящим договором.

3.2.2. Представить Исполнителю направление на проведение осмотров или обследований (при наличии).

3.2.3. Информировать Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1 Получать от Потребителя информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

3.4. Потребитель имеет право:

3.4.1. Получать от Исполнителя услуги, предусмотренные настоящим Договором.

3.4.2. В доступной для него форме получить информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания.

3.5. Потребитель и Исполнитель обладают иными правами и несут иные обязанности, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

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

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

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

4.2. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье в соответствии с п. 3.2.3 настоящего договора.

4.3. При наличии в настоящем договоре условий, ущемляющих права Потребителя, которые могут повлечь причинение ему убытков, они подлежат возмещению Исполнителем в полном объеме в соответствии со статьей 13 Закона РФ от 7 февраля 1992 г. N 2300-I "О защите прав потребителей". Требование Потребителя о возмещении убытков подлежит удовлетворению в течение десяти дней со дня его предъявления.

4.4. 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.

5. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

5.1. При заключении настоящего договора Потребителю предоставлена следующая информация:

- перечень платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, указанной в п. 1.1. настоящего договора, с указанием цен в рублях (Приложение 1);

- иная информация, предусмотренная Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.

5.2. Потребитель подтверждает, что на момент заключения настоящего договора ему в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, информацию указанную в п.5.2 и другие сведения, относящиеся к предмету договора.

5.3. Потребитель уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать правила поведения пациента в медицинских организациях.

5.4. Потребитель может направить обращение (жалобу) в письменном виде на бумажном носителе по почте, электронном виде с использованием информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", в том числе официального сайта органа государственного надзора, иных уполномоченных федеральных органов исполнительной власти, а также может быть принято при личном приеме заявителя.

- *Министерство здравоохранения Республики Крым*

Почтовый адрес: 295015, Республика Крым, г. Симферополь, пр.Кирова, 1

Электронный адрес: minzdrav2014@mzdrav.rk.gov.ru (канцелярия),

- *Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Республике Крым и городу федерального значения Севастополю*

Адрес: 295034, Республика Крым, г. Симферополь, ул. Полевая, 24 (/ул. Троллейбусная, 23)

Электронный адрес: roszdravkrimsev@yandex.ru

Телефон: +7 (3652) 60-16-86

5.5. После исполнения настоящего договора Исполнитель выдает Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения.

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

5.7. Потребитель дает свободно, своей волей и в своем интересе согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения настоящего договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.

5.8. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг настоящий договор расторгается, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

5.9. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Потребителя.

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

5.11. Неотъемлемые части Договора:

- Перечень платных медицинских услуг (Приложение 1);
- Акт об оказании услуг (Приложение 2).

6. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

<p>Исполнитель: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым «Сакская районная больница» Адрес: 296500, Республика Крым, г. Саки, ул. Лобозова, д.22 E-mail: buh@rbsaki.ru ИНН/КПП 9107004533/910701001 ОГРН 1149102171811 ЕКсчет 401028106453700000035 Ксчет 03224643350000007500 в ОТДЕЛЕНИЕ РЕСПУБЛИКА КРЫМ БАНКА РОССИИ//УФК по Республике Крым г. Симферополь, БИК банка -013510002 л/с: 20756Ц93800 КБК 00000000000000000130 Должность и Ф.И.О. лица, подписывающего договор _____ М.П.</p>	<p>Потребитель (ФИО) _____ _____ Паспортные данные: _____ _____ Адрес: _ места жительства _____ _____ Иные адреса (при наличии) _____ _____ Телефон: _____ Подпись _____</p>
--	--

Перечень медицинских услуг

№ п/п	Пункт прейскуранта	Наименование мед. Услуг	Цена Прейскуранту	стоимость
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
		К оплате		

Потребитель (Ф. И. О.) _____ (подпись)

Исполнитель _____ (Ф. И. О.) _____ (подпись)

**Акт
об оказании услуг**

г. _____

«__» _____ 20__ г.

Медицинская организация Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым «Сакская районная больница», именуемая в дальнейшем Исполнитель, в лице _____

(должность и ФИО руководителя структурного подразделения)

действующего на основании доверенности, с одной стороны, и гражданин(ка) _____,

именуемый(ая) в дальнейшем Потребитель, с другой стороны, составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. Исполнитель оказал, а Пользователь принял следующие медицинские услуги:

№	Наименование медицинских услуг	Стоимость
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
Итого		

2. Услуги оказаны в согласованные сторонами сроки.

3. Подписывая настоящий Акт, Пациент подтверждает, что не имеет претензий к объему и качеству оказанных медицинских услуг.

4. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

<p>Исполнитель: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым «Сакская районная больница» _____ Должность и Ф.И.О. лица, подписывающего договор М.П.</p>	<p>Заказчик (ФИО) _____ _____ Подпись _____</p>
--	--