

ДОГОВОР №
на оказание платных медицинских услуг

г. Ижевск _____ 20 ____ года

Бюджетное учреждение здравоохранения Удмуртской Республики «Республиканский клинично-диагностический центр Министерства Здравоохранения Удмуртской Республики» свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 18 « 1180512, выдано Инспекцией МНС России по Первомайскому району г. Ижевска Удмуртской Республики, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», сотрудник _____, действующий на основании приказа 05-04/30 от 11.02.2010, с одной стороны и гражданин(ка) _____, именуемый(я) в дальнейшем Пациент (карта пациента № _____), с другой стороны, заключили настоящий договор (далее – Договор) о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1. Исполнитель, в соответствии с установленными профессиональными (медико-экономическими) стандартами, лицензией № ЛО-18-01-002032 от 14.06.2016г., выданной Управлением по лицензированию медицинской и фармацевтической деятельности при Правительстве УР (УЛМД УР), расположенным по адресу: г. Ижевск, ул. В. шоссе, 57, тел. 204911 (далее – лицензия) разрешением на предоставление платных медицинских услуг, Тарифами на медицинские услуги Исполнителя оказывает Пациенту следующую медицинскую услугу: обследование; стационарное лечение; амбулаторное лечение; проведение лечебных процедур; консультацию или иное, а именно: _____

_____ именуемую в дальнейшем – Услуга, а Пациент обязуется оплатить Услугу.

1.2. Услуга оказывается Исполнителем Пациенту на основании получения последним полной информации о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в учреждении Исполнителя, в рамках гарантированного законодательством объема бесплатной медицинской помощи, в случае если она включена в Территориальную программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Удмуртской Республике.

1.3. Оплата стоимости Услуги в кассу Исполнителя, является согласием Пациента на получение Услуги на условиях, установленных настоящим договором и доказательством заключения сторонами в письменной форме договора на оказание платных медицинских услуг, путем публичной оферты. Положение данного пункта не распространяется на случаи оказания Услуг оп стационарному и амбулаторному лечению Пациента, для получения которых сторонами подписываются два экземпляра договора на оказание платных медицинских услуг и приложений к нему.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать услугу в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, в день обращения пациента в течение 90 календарных дней с момента подписания настоящего договора.

2.1.2. При обследовании выдать Пациенту заключение о результатах обследования, а после проведения лечения выдать Пациенту выписку из истории болезни.

2.1.3. Исполнитель обязуется сохранить конфиденциальность информации о состоянии здоровья Пациента.

2.1.4. Информировать Пациента о предлагаемых методах обследования и (или) лечения, возможности развития осложнений при проведении лечебно-диагностических мероприятий.

2.1.5. Не допускать неоправданных расходов на обследование и (или) лечение Пациента.

2.1.6. При оплате Пациентом Услуги выдать кассовый чек или квитанцию.

2.1.7. Ознакомить Пациента с перечнем медицинских услуг, оказываемых учреждением в соответствии с лицензией.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований и (или) оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и непредусмотренных договором.

2.2.2. Определять длительность лечения и (или) объем лечебно-диагностических услуг и (или) необходимость перевода в отделение профиля соответствующего состоянию здоровья Пациента.

2.2.3. Прекратить оказание Услуги, немедленно уведомив об этом Пациента, в следующих случаях:

- при наличии медицинских противопоказаний, заведомой невозможности достичь результата лечения;

- при неоплате Услуги Пациентом;

- при предоставлении Пациентом неполных и (или) недостоверных сведений, связанных со здоровьем;

- при нарушении Пациентом правил внутреннего распорядка, не выполнении медицинских назначений.

2.3 Пациент обязуется:

2.3.1. Оплатить Услугу в порядке, установленном пунктом 3.2 настоящего договора.

2.3.2. До начала оказания Услуги информировать Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях и всю иную информацию, связанную с его здоровьем, необходимую для оказания Услуги.

2.3.3. Полностью возместить Исполнителю понесенные убытки, если Услуга не могла быть оказана или ее оказание было прервано по вине Пациента.

2.3.4. Соблюдать правила внутреннего распорядка Исполнителя, выполнять все назначения, рекомендации и советы медицинского персонала Исполнителя и (или) являться на процедуры и (или) диагностические исследования в назначенное время, соблюдать правила санитарно-эпидемиологического режима.

2.3.5. В случае согласия на получение Услуги в виде стационарного или амбулаторного лечения, ознакомиться и подписать информированное согласие на получение Услуги (Приложение № 1 к настоящему договору).

2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. Отказаться от получения Услуги (до момента начала ее оказания) и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания Услуги. Уплаченная сумма, не использованная Исполнителем, на оказание Услуги подлежит возврату Пациенту в случае невозможности оказания Услуги по независящим от сторон обязательствам.

2.4.2. Получать информацию о состоянии своего здоровья, ходе обследования и (или) лечения, стоимости иных услуг, необходимость проведения которых возникла в ходе оказания Услуги.

2.4.3. Получать Услуги, предусмотренные в Тарифах, на медицинские услуги Исполнителя и не указанные в пункте 1.1 настоящего договора.

3. Стоимость Услуг, срок и порядок расчета.

3.1. Стоимость Услуги, в соответствии с действующим Тарифами на медицинские услуги Исполнителя, составляет _____ руб (_____ руб. 00 копеек).

В случае, когда Услугой является стационарное или амбулаторное лечение, объем и наименование Услуги, оказываемой Пациенту, также указываются в Приложении № 1 к договору – информированном согласии Пациента на получение Услуги по стационарному или амбулаторному лечению.

3.2. Оплата услуги осуществляется Пациентом в порядке 100% предоплаты – до получения Услуги путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3.3. При возникновении необходимости выполнения дополнительных услуг по результатам обследования и лечения общая стоимость Услуг не может быть изменена Исполнителем с согласия Пациента с учетом уточненного диагноза, сложности и иных затрат на лечение. Согласием Пациента на получение дополнительных к данному договору услуг, является оплата стоимости таких Услуг.

3.4. В случае если стоимость Услуги окажется меньше суммы, уплаченной Пациентом, Исполнитель возвращает неиспользованные денежные средства Пациенту не позднее 5-ти рабочих дней со дня окончания предоставления Услуги в той же форме, в которой Пациент их оплатил.

3.5. В случае превышения стоимости Услуги над суммой предоплаты, Пациент обязан не позднее 5-ти дней со дня окончания предоставления Услуги произвести доплату оставшейся суммы.

4. Ответственность сторон.

4.1. В случае неоплаты Пациентом Услуги на условиях, указанных в разделе 3 настоящего договора, Исполнитель имеет право отказать Пациенту в оказании Услуги до ее оплаты.

4.2. Споры, связанные с исполнением договора, стороны разрешают путем переговоров.

4.3. Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством.

4.4. При предоставлении Пациентом анализов и заключений иных медицинских учреждений, Исполнитель исходит из добросовестности Пациента и 3-х лиц и не несет ответственности за свои действия, основанные на этих данных в случае их несоответствия действительности.

4.5. При стационарном лечении Исполнитель не отвечает за имущество Пациента, не сданное на хранение.

4.6. Исполнитель не отвечает за осложнения, возникшие вследствие индивидуальных особенностей Пациента, если Услуга оказана с соблюдением технологических стандартов.

4.7. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств, если докажет, что это произошло вследствие действий непреодолимой силы или нарушения Пациентом требований п.2.3.2. настоящего договора, а также в случае несоблюдения Пациентом рекомендаций Исполнителя.

5. Качество услуги

5.1. Качество оказания Услуг определяется соблюдением технологий медпомощи, применяемых в РФ.

5.2. Услуга считается оказанной с надлежащим качеством, если Пациент не заявил претензий в течение 3-х дней с момента ее оказания, а в случае стационарного или амбулаторного лечения в период его получения или после выписки в течение 30 дней.

6. Срок действия договора

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и прекращается получением Пациентом Услуги (подтверждением получения пациентом Услуги является Заключение по результатам диагностического обследования или Выписки из истории болезни), а также осуществлением сторонами расчетов по договору или в случаях, указанных в п. 2.2.3 настоящего договора. В случае стационарного или амбулаторного лечения настоящий договор вступает в силу после подписания Пациентом Приложения № 1 к настоящему договору.

7. Адреса и реквизиты сторон

Исполнитель	Пациент
Бюджетное учреждение здравоохранения Удмуртской Республики «Республиканский клинично-диагностический центр Министерства здравоохранения Удмуртской Республики»	ФИО _____
426009, г. Ижевск, ул. Ленина, 87Б	адрес _____
ОГРН 1021801651321	_____
ИНН 1835052473 КПП 183501001	_____
л/с 06855132060 Министерство финансов УР	тел. _____
р/с 40603810400003000002 БИК 049401001	_____
ГРКЦ НБ - Удмуртской Республики Банка России	_____
_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____

С перечнем медицинских услуг, оказываемых Исполнителем в соответствии с лицензией, ознакомлен.

Подпись пациента _____ / _____ / _____

Главному врачу БУЗ УР
«РКДЦ МЗ УР»
Рящикову С.Н.
пациента

_____,
проживающего по адресу:

ЗАЯВЛЕНИЕ

об оказании платных медицинских услуг

Прошу оказать мне платные медицинские услуги.

Настоящим подтверждаю, что я проинформирован(а) медицинским работником данного учреждения здравоохранения старшей медицинской сестрой Савельевой М.Н.

(должность, Ф.И.О. медработника структурного подразделения, оказывающего медуслуги в рамках Терпрограммы ОМС)
о возможности получения мной (моим ребенком) на безвозмездной основе медицинских услуг:

в течение 30 дней, в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Удмуртской Республики.

Подпись пациента _____

Подпись медицинского работника _____

Кроме того, я проинформирован(а) медицинским работником данного учреждения здравоохранения

старшей медицинской сестрой Савельевой М.Н.
(должность, Ф.И.О. медработника структурного подразделения, оказывающего медуслуги в рамках Терпрограммы ОМС)
о возможности получения мной (моим ребенком) платных медицинских услуг.

_____ 20__ года по цене _____,00 руб. вне порядка и условий, установленных Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Удмуртской Республики.

Подпись пациента _____

Подпись медицинского работника _____

Сравнив возможность получения медицинских услуг на безвозмездной и платной основе, я добровольно и сознательно выбираю указанные выше платные медицинские услуги.

Подпись пациента _____ / _____ /

_____ 20__ года