

Договор на оказание платных медицинских услуг

г. Воркута

« ____ » _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждения здравоохранения Республики Коми «Республиканский противотуберкулезный диспансер», зарегистрированное инспекцией ФНС по г. Сыктывкар за основным государственным регистрационным номером 1021100512531 в Едином государственном реестре юридических лиц, именуемое в дальнейшем Исполнитель, действующего в соответствии с лицензией № ЛО41-01176-11/00322700 утвержденной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения № 6929 от 29.07.2022г., в лице главного врача Воркутинского филиала Панфиловой Людмилы Николаевны, действующего на основании Доверенности № б/н от 15 апреля 2023г., с одной стороны, и

именуемого в дальнейшем "Потребитель", с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. Предмет договора

- 1.1. Настоящий Договор обеспечивает реализацию прав Пациента на получение платных медицинских услуг.
- 1.2. Пациент добровольно берет на себя обязательство оплачивать Исполнителю затраты, связанные с оказанием платных медицинских услуг.
- 1.3. Исполнитель берет на себя обязательство оказать Пациенту медицинские услуги (далее - Услуги), отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Пациент обязуется оплатить их в порядке и размере, установленных настоящим Договором.
- 1.4. Исполнитель организует и обеспечивает оказание медицинской услуги в соответствии с перечнем видов медицинской деятельности, утвержденных Министерством здравоохранения Республики Коми, сертифицированных и разрешенных лицензией.

2. Основания и сроки

- 2.1. Основанием для предоставления платных Медицинских услуг является добровольное желание Пациента.
- 2.2. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

К настоящему договору прилагается в качестве его неотъемлемой части:
- информированное добровольное согласие Пациента (приложение № 1).

- 2.3. Срок действия настоящего договора вступает в силу с момента подписания и действует в течении десяти дней.

3. Права и обязанности сторон

3.1. Пациент обязуется:

- 3.1.1. оплатить медицинские услуги в размере и порядке, указанным в п. 4 настоящего Договора;
- 3.1.2. до назначения процедуры сообщить лечащему врачу все сведения о наличии у него других заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо процедур, а также другую информацию, влияющую на проведение процедуры указанной в п. 1.3.;
- 3.1.3. выполнять все требования медицинского персонала Исполнителя во время проведения процедуры;
- 3.1.4. соблюдать график приема врачей-специалистов;
- 3.1.5. соблюдать внутренний режим нахождения в ЛПУ;

3.2. Пациент имеет право:

- 3.2.1. требовать от Исполнителя предоставления сведений о наличии лицензии и сертификата, расчета стоимости оказываемых услуг;
- 3.2.2. выбрать лечащего врача (с учетом его согласия);
- 3.2.3. получать от Исполнителя для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме любые сведения о состоянии своего здоровья;
- 3.2.4. отказаться от медицинского вмешательства (в письменной форме);
- 3.2.5. требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии (врачебной тайны);
- 3.2.6. дать добровольное согласие на медицинское вмешательство;
- 3.2.7. отказаться от получения Услуги (до момента начала ее оказания) и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания Услуги.

3.3. Исполнитель обязуется:

- 3.3.1. Ознакомить Пациента с подробной информацией о предоставляемых медицинских услугах в соответствии со ст. 80, 81, 84 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"
- 3.3.2. оказывать медицинские услуги качественно, в соответствии с предусмотренными медицинскими технологиями и в срок, указанный в данном Договоре;
- 3.3.2. использовать в процессе лечения только лицензированные, запатентованные способы, рекомендованные российской и общемировой медицинской практикой;
- 3.3.3. в случае невыполнения взятых обязательств возместить Пациенту стоимость лечения.

3.3.4. не использовать без согласования с Пациентом способов лечения, медицинских препаратов и процедур, способных нанести вред здоровью и самочувствию Пациента;

3.3.5. соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья Пациента (врачебную тайну);

3.4. Исполнитель имеет право:

3.4.1. Требовать от Пациента соблюдения:

- графика прохождения процедур;
- соблюдения внутреннего режима нахождения в ЛПУ;

3.4.2. в одностороннем порядке прекратить или приостановить выполнение своих обязательств по настоящему Договору при неисполнении Пациентом своих обязательств. При этом Исполнитель возмещает Пациенту стоимость пропорционально оставшемуся сроку лечения за вычетом фактически понесенных Исполнителем расходов;

3.4.3. в случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются 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".

4. Цена и порядок оплаты услуг

4.1. Стоимость Услуги устанавливается действующим прейскурантом и составляет _____ рублей.

4.2. Оплата Услуг осуществляется Пациентом в порядке 100-процентной предоплаты до получения Услуги путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

4.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Пациента с учетом уточненного диагноза, сложности операции и иных затрат на лечение, данные изменения к Договору должны быть произведены в простой письменной форме и подписаны обеими сторонами Договора.

5. Ответственность сторон

5.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязанностей по договору Исполнитель несет ответственность в размере реального ущерба, причиненного Пациенту таким неисполнением.

5.2. В случае причинения вреда здоровью или жизни Пациента по вине Исполнителя он несет ответственность в соответствии с законодательством РФ.

5.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора.

6. Прочие условия

6.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, стороны будут по возможности решать путем ведения переговоров. При невозможности достижения согласия спор подлежит передаче на рассмотрение суда в соответствии с законодательством РФ.

6.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами.

6.3. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе любой из сторон с обязательным предварительным уведомлением другой стороны.

7. Адреса и реквизиты сторон

Исполнитель: Воркутинский филиал ГБУЗ РК «РПТД»

ИНН 1101487400 КПП 110343001

Юр. адрес: 167981, г. Сыктывкар ул. Димитрова, 3

Тел.: /82151/ 3-90-18

Р/с: 03 22 46 43 87 000 0000 700

Отделение - НБ Республика Коми Банка России// УФК по

Республике Коми г. Сыктывкар

БИК 018702501

Потребитель (Заказчик): _____

Дата рождения: _____

Паспорт: _____

выдан _____

Прописан по адресу: Воркута _____

Контактный телефон _____

Главный врач _____ Л.Н. Панфилова

м.п.

Перечень платных медицинских услуг

№ п/п	Наименование медицинских услуг	Цена, руб.	Количество
1			
2			
Итого к оплате _____ (_____) рублей.			

Исполнитель:

Потребитель:

Главный врач _____ Л.Н. Панфилова

Дополнительное добровольное информированное согласие на оказание медицинской помощи
в Воркутинском филиале ГБУЗРК «РПТД» о предоставлении платных медицинских услуг

Мне, _____, до заключения

- договора о предоставлении платных медицинских услуг, в доступной для меня форме доведено следующее:
1. Разъяснены мои права, предусмотренные ст. 19, 21 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Законом Российской Федерации от 07.02.92 № 2300-1 «О защите прав потребителей», Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023г. №736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».
 2. В соответствии с требованиями ст. 20, 22 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 года, я информирован, что необходимым предварительным условием оказания медицинской помощи является получение добровольного информированного согласия, а также имею право отказаться от получения медицинской помощи, и дал такое согласие.
 3. Мне разъяснено моё законное право на медицинскую помощь в гарантированном объёме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальной программы, при соблюдении условий программ, а также положения данных программ.
 4. Мне разъяснено право на получение платных медицинских услуг, предоставляемых по моему желанию при оказании медицинской помощи, и платных немедицинских услуг (бытовых, сервисных, транспортных и иных услуг), предоставляемых дополнительно при оказании медицинской помощи, за счёт личных средств граждан, средств работодателей и или иных средств на основании договоров.
 5. Платные медицинские услуги оказываются по моему желанию на иных условиях, чем предусмотрено программой, территориальными программами и (или) целевыми программами в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объёме, превышающем объём выполняемого стандарта медицинской помощи:
- на иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и (или) целевыми программами;

- при оказании медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

- гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на её территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;

- при самостоятельном обращении за получение медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных ст. 21 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 года.

6. Отказ пациента от предлагаемых платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объёма оказываемой медицинской помощи, предоставляемых такому клиенту без взимания платы в рамках государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

7. Исполнитель уведомляет потребителя (пациента) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе не назначенного режима лечения, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

8. Прочитав всё вышеуказанное, я подтверждаю, что получил исчерпывающую информацию о лечении и его условиях в доступной для меня в форме, и выбираю оказание платных медицинских услуг, о чём свидетельствует моя подпись под этим документом.

Пациент _____ / _____ /
« _____ » _____ 20 ____ г.

Подтверждаю, что я довел(а) до пациента полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в медицинских учреждениях в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Подпись медицинского работника _____ / _____ /
« _____ » _____ 20 ____ г.