

**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_**  
**О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

г. Ухга

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

**ГБУЗ РК «Ухтинская городская поликлиника»**, в дальнейшем именуемое «**Исполнитель**», в лице главного врача Пешковой А.П., действующей на основании Устава, Лицензии на Медицинскую деятельность № ЛО-11-01-001668 от 30.08.2016 г. выданной Министерством Здравоохранения Республики Коми находящимся по адресу: 167981, Республика Коми, г. Сыктывкар, ул. Ленина, д. 73, тел. (8212) 284-003. перечень работ (услуг) отражен в Приложении № 1, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора и граждан

\_\_\_\_\_ (ФИО Потребителя либо законного представителя Потребителя)  
гражданин \_\_\_\_\_ (ФИО Заказчика физического лица)  
\_\_\_\_\_ (наименование Заказчика юридического лица, должность лица заключающего договор от имени Заказчика, действующего на основании)

в дальнейшем именуемый(ая) «**Заказчик/Потребитель**», при совместном упоминании именуемые «**Стороны**», заключили настоящий Договор (далее по тексту Договор) о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. **Исполнитель** обязуется оказать **Заказчику/Потребителю** следующие медицинские услуги: Первичный, повторный прием. Врач: терапевт, хирург, кардиолог, невролог, лор, эндокринолог, уролог, онколог, офтальмолог, аллерголог, инфекционист, дерматолог, акушер-гинеколог, травматолог, гастроэнтеролог (*нужное выделить*)

УЗИ: \_\_\_\_\_

Анализ: \_\_\_\_\_

ЭКГ, РВГ, РЭГ, ВЭМ \_\_\_\_\_

ФГДС, колоноскопия, ректороманоскопия \_\_\_\_\_

Флюорография \_\_\_\_\_

рентгенография \_\_\_\_\_

на основании имеющейся у **Исполнителя** лицензии на Медицинскую деятельность, в согласованный сторонами срок, в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ, утвержденными обязательными стандартами и правилами, а **Заказчик/Потребитель** обязуется услуги принять и оплатить согласно Договора.

1.2. Конкретный перечень медицинских услуг и срок их оказания определены **Заказчиком/Потребителем** и **Исполнителем** в настоящем Договоре.

**2. СТОИМОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ**

2.1. Стоимость услуг определяется, согласно действующего на момент заключения Договора Прейскуранта, в соответствии с фактическим объемом услуг.

2.2. **Заказчик/Потребитель** производит оплату медицинских услуг, в порядке 100% предоплаты. **Заказчик/Потребитель** ознакомлен с Прейскурантом **Исполнителя** до подписания Договора.

2.3. Оплата осуществляется путем внесения наличных денежных средств в кассу **Исполнителя**, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет **Исполнителя** в срок непосредственно перед оказанием медицинских услуг.

2.4. Стоимость услуг по Договору согласно Прейскуранта составляет \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) рублей.

**3. УСЛОВИЯ И СРОКИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

3.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления **Заказчика/Потребителя** (законного представителя потребителя) и согласия **Заказчика/Потребителя** приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет собственных средств. **Заказчик/Потребитель** была предоставлена в доступной форме от **Исполнителя** необходимая информация о возможности получения медицинской помощи бесплатно в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также о медицинских работниках **Исполнителя**, об уровне их образования и об их квалификации.

3.2. **Заказчик/Потребитель** предоставляет **Исполнителю** всю медицинскую документацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

3.3. **Исполнитель** обеспечивает режим конфиденциальности в соответствии с действующим законодательством РФ.

3.4. **Заказчик/Потребитель** незамедлительно ставит в известность врачей **Исполнителя** о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

3.5. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета. Ее составление по требованию **Заказчика/Потребителя** является обязательным, при этом она будет являться неотъемлемой частью Договора.

3.6. Срок оказания платных медицинских услуг устанавливается с « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. по « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

**4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

4.1. **Исполнитель** обязуется:

- оказать **Заказчику/Потребителю** платные медицинские услуги надлежащего качества в установленный Договором срок;
- предоставить **Заказчику/Потребителю** бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемых услугах;
- в случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, **Исполнитель** обязан предупредить об этом **Заказчика/Потребителя**.

4.2. **Заказчик/Потребитель** обязуется:

- информировать медперсонал **Исполнителя** до оказания медицинских услуг о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;

- выполнять все медицинские указания, рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения, своевременно информировать лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья (самочувствии);

- оплатить предоставленную **Исполнителем** медицинскую услугу в сроки и порядке, которые определены Договором.

4.3. **Исполнитель** вправе:

- самостоятельно определять объем диагностических и лечебных мероприятий для **Заказчика/Потребителя**, с учетом медицинских показаний и противопоказаний. В случае возникновения экстренных показаний, **Исполнитель** самостоятельно определяет объем исследований, манипуляций, и других методов лечения, необходимых для оказания надлежащей медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных Договором;

- приостановить проведение лечебно-диагностических мероприятий в случае не оплаты услуг (за исключением проведения лечения по жизненно важным, экстренным показаниям).

4.4. **Заказчик/Потребитель** вправе:

- требовать предоставления услуг надлежащего качества;
- выбрать лечащего врача из штата **Исполнителя**, с учетом его согласия;
- получать заключения с указанием результатов проведенных исследований, лечебных мероприятий и необходимых рекомендаций;

- ознакомиться с информацией о порядках, стандартах и методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах, о конкретном медицинском работнике предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

- отказаться от получения платных медицинских услуг и получить обратно уплаченную сумму при условии возмещения (оплаты) **Исполнителю** фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору.

## 5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН, РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ И ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

5.1. Стороны несут ответственность за неисполнение условий Договора в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. **Исполнитель** несет ответственность перед **Заказчиком/Потребителем** за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, обязательных на территории РФ, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни **Заказчика/Потребителя**.

5.3. Платные медицинские услуги по Договору оказываются **Заказчику/Потребителю** по его просьбе и с его добровольного информированного согласия, что не нарушает права **Заказчика/Потребителя** на бесплатную медицинскую помощь в рамках «Программы государственных гарантий».

5.4. **Заказчик/Потребитель** дает **Исполнителю** согласие на обработку необходимых персональных данных **Заказчика/Потребителя**, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст 9 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных», для целей исполнения **Исполнителем** обязательств по Договору.

5.5. До заключения Договора **Исполнитель** в письменной форме уведомляет **Заказчика/Потребителя** о том, что не соблюдение указаний (рекомендаций) **Исполнителя** (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 **Заказчика/Потребителя**.

5.6. Споры и разногласия, которые могут возникнуть при исполнении настоящего Договора, по возможности, разрешаются путем переговоров между **Сторонами**. При не урегулировании **Сторонами** возникших разногласий спор разрешается в судебном порядке. при этом **Сторонами** соблюдается претензионный порядок урегулирования спора, срок ответа на претензию составляет 15 рабочих дней.

5.7. Договор составлен в \_\_\_\_\_ экземплярах имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон Договора.

## 6. СРОК ДЕЙСТВИЯ, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до исполнения **Сторонами** своих обязательств.

6.2. Договор может быть расторгнут в случаях и по основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

6.3. В случае отказа **Заказчика/Потребителя** после заключения договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. **Исполнитель** информирует **Заказчика/Потребителя** о расторжении Договора по инициативе **Заказчика/Потребителя**, при этом **Заказчик/Потребитель** оплачивает **Исполнителю** фактически понесенные **Исполнителем** расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

6.4. Все изменения и дополнения Договора производятся сторонами путем заключения дополнительного соглашения к Договору.

## 7. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

**Исполнитель:** ГБУЗ РК «Ухтинская городская поликлиника», юридический адрес: 169300, РК, г. Ухта, пр. Космонавтов, д. 1 Тел. 76-49-75.

Свидетельство о внесении записи в ЕИРЮЛ о юридическом лице, зарегистрированном до 1 июля 2002 года, дата внесения записи: 28 августа 2002 г., ОГРН 1021100731310, Свидетельство серия П № 000811769, наименование регистрирующего органа: Инспекция Министерства Российской Федерации по налогам и сборам по г. Ухте.

ИНН/КПП 1102017196/110201001, р/с 40601810400003000001, КБК 0000000000000000130, ОКПО 24940067, ОГРН 1021100731310

ГРКЦ НБ Республики Коми Банка России г. Сыктывкар

Получатель: Министерство финансов РК (ГБУЗ РК «Ухтинская городская поликлиника» л/с Б8540110802-УхГП)

Главный врач \_\_\_\_\_ (Пешкова А.П.)

М. П. \_\_\_\_\_ (подпись)

**Заказчик/Потребитель:**

гражданин \_\_\_\_\_ (ФИО Потребителя, либо законного представителя Потребителя)

паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ выдан кем \_\_\_\_\_

когда « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. адрес места жительства \_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ (ФИО) \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

гражданин \_\_\_\_\_ (ФИО заказчика физического лица)

паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ выдан кем \_\_\_\_\_

когда « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. адрес места жительства \_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ (ФИО) \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

(Наименование, реквизиты, адрес места нахождения Заказчика юридического лица)

Должность: \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ (ФИО) \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

М. П.