г. Уссурийск

**Договор**

**на оказание платных медицинских услуг**

«\_\_» \_\_\_\_ 202\_\_ г.

своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению им условий настоящего Договора.

* + 1. Информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения медицинской услуги.
    2. Потребитель согласен на хранение и обработку его персональных данных (фамилия, имя, отчество, дата

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Уссурийская центральная городская больница» в лице кассира, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ действующего на основании доверенности от 30.12.2019 №2, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(-ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель» , с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

## ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

* + - * 1. По настоящему Договору Исполнитель оказывает Заказчику следующие медицинские услуги, а Заказчик обязуется оплатить данные услуги:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Наименование** | **Кол- во** | **Цена, руб.** | **Итого сумма к оплате, руб.** |
|  |  |  |  |
| Всего: | | |  |

* + - * 1. Медицинские услуги предоставляются в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, утвержденными в установленном порядке федеральными органами исполнительной власти.
        2. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан (согласно Приложением №1 к настоящему Договору
        3. Срок предоставления медицинских услуг - с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
        4. Место оказания услуг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
        5. Медицинский работник, оказывающий медицинскую услугу, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

## СРОК И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ УСЛУГ

* + - * 1. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору производится Потребителем в полном объеме в кассу Исполнителя на условиях предоплаты в размере 100 % стоимости услуг.
        2. Если во время оказания медицинских услуг Потребитель или Исполнитель сочтут необходимым заменить один вид медицинских услуг другим, такая замена допускается по соглашению между сторонами в пределах действия настоящего договора.
        3. Стоимость медицинских услуг по настоящему Договору определяется согласно тарифам, действующим у Исполнителя на момент заключения настоящего Договора, и остается неизменной в течение всего срока действия Договора.

## ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

### Исполнитель обязуется:

Выполнить медицинские услуги качественно и в сроки установленные Договором.

Предоставить Потребителю (Заказчику) достоверную, доступную информацию о предоставляемых услугах.

Выдать документ строгой отчетности (кассовый чек), подтверждающий прием денежных средств от Потребителя.

В своей деятельности по оказанию медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты, дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.

Немедленно извещать Заказчика о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

Сохранять врачебную тайну Потребителя.

Выдать по окончанию оказания медицинских услуг документы, содержащие информацию о результатах оказанных услуг.

### Потребитель обязуется:

Оплатить медицинские услуги, предусмотренные договором.

Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

В случае выявления каких-либо недостатков в процессе оказания медицинских услуг, незамедлительно обратиться к Исполнителю.

Выполнять все требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг,

рождения, адрес проживания, место работы, должность, сведения о состоянии здоровья) согласно законодательным актам РФ.

* + 1. Соблюдать режим работы Исполнителя.

### Исполнитель имеет право:

* + 1. Отказаться от оказания услуг и установить другое время для их оказания в следующих случаях:
       - если Потребитель явился для оказания услуги в состояния алкогольного или наркотического опьянения.
       - В случае несоблюдения Потребителем рекомендаций по подготовке к оказанию услуги.
       - В случае неявки Потребителя в назначенное время и место оказание услуги.
       - В случае если действия Потребителя угрожают жизни и здоровью персонала Исполнителя.
       - В случае неоплаты Потребителем стоимости услуг до начала их оказания.
    2. На хранение и обработку персональных данных Потребителя (фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес проживания, место работы, должность, сведения о состоянии здоровья) согласно законодательству РФ.

### Потребитель имеет право:

* + 1. В доступной для него форме получать имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагностике, прогнозе, методах лечения, связанном риске, вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

## ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

* + - * 1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.
  1. Споры и разногласия сторон, связанные с неисполнением, либо с ненадлежащим исполнением своих обязательств будут разрешаться по возможности путем переговоров между сторонами. Если стороны не придут к соглашению, споры подлежат рассмотрению в порядке, определенном действующим законодательством РФ.
  2. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной и (или) недостоверной информации о своем здоровье.
  3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Потребителем условий настоящего Договора.

## ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ, РАСТОРЖЕНИЯ И СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

* + - * 1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания каждой из сторон и действует до момента исполнения обязательств.
  1. Изменение условий Договора допускается по соглашению сторон.
  2. Настоящий договор расторгается в случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг. Отказ Потребителя от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

## СВЕДЕНИЯ ОБ ИСПОЛНИТЕЛЕ

**Фирменное наименование:** Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Уссурийская ЦГБ» (КГБУЗ «Уссурийская ЦГБ»);

**Юридический адрес:** РФ, 692512, Приморский край, г.Уссурийск,ул.Пролетарская,50;

**ОГРН:** 1112511006376, Свидетельство о государственной регистрации юридического лица от 01.11.2011г. серия 25 №003677058, наименование регистрирующего органа – Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы №9 по Приморскому краю;

**Лицензия** на осуществление медицинской деятельности № ЛО-25-01-004673 от 06.06.2019 г., выдана Департаментом здравоохранения Приморского края (г. Владивосток, ул. 1-я Морская,2, тел. 8(423)241-35-14; 8(423)241-21-25.

### Перечень работ, составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией: Первичная доврачебная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях по:

лабораторной диагностике, сестринскому делу, лечебному делу, сестринское дело в педиатрии, физиотерапии, функциональной диагностике, акушерскому делу, вакцинации (проведению профилактических прививок), рентгенологии, стоматологии, лечебной физкультуре, медицинской статистике, медицинскому массажу, неотложной медицинской помощи, организации сестринского дела, стоматологии профилактической, общей практике, медико-социальной помощи,

### Первичная врачебная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях по:

педиатрии, терапии, вакцинации (проведению профилактических прививок), общей врачебной практике (семейной медицине) организации здравоохранения и общественному здоровью, неотложной медицинской помощи,

### Первичная врачебная медико-санитарная помощь в условиях дневного стационара по:

общей врачебной практике (семейной медицине), организации здравоохранения и общественному здоровью, терапии,

# Исполнитель

**8. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН**

# Потребитель

педиатрии, клинической лабораторной диагностике,

### Первичная специализированная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях по:

ультразвуковой диагностике, рентгенологии, акушерству-гинекологии (за исключением использования

# КГБУЗ «Уссурийская ЦГБ»

692512, Приморский край, г.Уссурийск,

вспомогательных репродуктивных технологий), детской хирургии, клинической лабораторной диагностике, неврологии,

ул.Пролетарская,50

Адрес места жительства

оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, стоматологии общей практики,

ИНН/КПП 2511076701/251101001

физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, организации здравоохранения и общественному здоровью,

Дальневосточное ГУ Банка России по Приморскому

Телефон

гематологии, гигиеническому воспитанию, дерматовенерологии, инфекционным болезням, кардиологии, лечебной физкультуре и спортивной медицине, нефрологии, онкологии, профпатологии, психиатрии-наркологии, пульмонологии, ревматологии, рефлексотерапии, травматологии и ортопедии, урологии, эндокринологии, эндоскопии, гастроэнтерологии,

краю г.Владивосток, БИК 040507001,

р/с 40601810505071000001,

лицевой счет в казначействе 20206Ц08100,

колопроктологии, диетологии, аллергологии и иммунологии, детской кардиологии, психиатрии, психотерапии, детской урологии-андрологии, детской эндокринологии, косметологии,

КБК 00000000000000000130

### При оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях по: терапии,

**Первичная специализированная медико-санитарная помощь в условиях дневного стационара по:**

нефрологии, онкологии, трансфузиологии, хирургии,

**Специализированная, в т.ч. высокотехнологичная, медицинская помощь: специализированная**

**Кассир**

# Подпись

**/ /**

### медицинская помощь в условиях дневного стационара по:

акушерству и гинекологии (за исключением использования

Приложение № 1

вспомогательных репродуктивных технологий), организации здравоохраненияи общественному здоровью, эндокринологии

**Специализированная, в т.ч. высокотехнологичная, медицинская помощь: специализированная медицинская помощь в стационарных условиях по:** терапии, дезинфектологии, диетологии, инфекционным болезням, клинической лабораторной диагностике, лабораторной диагностике, медицинской статистике, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, организации сестринского дела, педиатрии, сестринскому делу, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, физиотерапии, эпидемиологии, бактериологии, акушерскому делу, акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), анестезиологии и реаниматологии, вакцинации (проведению профилактических прививок), гематологии, гистологии, детской хирургии, кардиологии, клинической фармакологии, лечебной физкультуре, медицинскому массажу, неврологии, нейрохирургии, неонатологии, онкологии, операционному делу, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, патологической анатомии, психиатрии, психотерапии, пульмонологии, радиологии, ревматологии, рентгенологии, рефлексотерапии, сестринскому делу в педиатрии, стоматологии хирургической, терапии, травматологии и ортопедии, управлению сестринской деятельностью, урологии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии, эндоскопии, мануальной терапии, нефрологии, педиатрии,

**Проведение медицинских осмотров по:** медицинские осмотры (предварительные, периодические),медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым), медицинским осмотрам профилактическим;

к договору на оказание платных медицинских услуг

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

**Информированное согласие**

**об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в рамках договора на оказание платных медицинских услуг

№\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г., желаю получить платные медицинские услуги в КГБУЗ «Уссурийская ЦГБ» (далее по тексту – Учреждение), при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг и даю своё согласие на их получение, и осознаю, что мне могут оказать, аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе.

Я согласна с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Учреждение не несет ответственности за их возникновение.

Мне разъяснено, что я могу получить, один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен (на) исполнять все назначения,

### Проведение медицинских освидетельствований:

медицинское освидетельствование кандидатов в

рекомендации и советы врачей Учреждения.

усыновители, опекуны (попечители) или приемные родители; медицинское освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; медицинское освидетельствование на наличие противопоказаний к управлению транспортным средством; медицинское освидетельствование на наличие инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа иностранным гражданам и лицам без гражданства в выдаче либо аннулировании разрешения на временное проживание, или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации;

**Проведение медицинских экспертиз по:** экспертизе временной нетрудоспособности, экспертизе профессиональной пригодности.

## ДРУГИЕ УСЛОВИЯ

* 1. Взаимодействие сторон, не урегулированные в настоящем договоре, регулируются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
  2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах. Оба экземпляра идентичны и имеют одинаковую юридическую силу. У каждой из сторон находится один экземпляр настоящего договора.

Я подтверждаю, что при подписании настоящего информированного согласия меня уведомили о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников Учреждения, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на моем состоянии здоровья.

Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом, и я даю свое согласие на их

оплату.

Не возражаю против записи медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием – исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Я подтверждаю, что даю свое согласие на обработку Учреждением моих персональных данных, ставших ему известных, при подписании настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения от медицинских работников понятны и меня удовлетворяют. Настоящее информированное согласие подписано мною после проведения предварительной беседы и является приложением к Договору на оказание платных медицинских услуг.

Потребитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

/ / Подпись