

ДОГОВОР №
на оказание платных медицинских услуг

г. Орел

«__» _____ 2023 г.

Бюджетное учреждение здравоохранения Орловской области «Орловский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице исполняющего обязанности главного врача Дробязгина Игоря Григорьевича, действующего на основании приказа Департамента здравоохранения Орловской области № 25-ПУ от 11.04.2023 года, с одной стороны, и

_____,
(Ф.И.О. пациента)
документ, удостоверяющий личность: _____ серия _____ № _____,
выдан _____,
проживающий _____ (ая) _____ по
адресу: _____,

именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю на возмездной основе медицинские услуги:

№	Наименование услуги	Кол-во	Срок исполнения, дата	Цена услуги, руб.	Итого сумма к оплате, руб.

а Потребитель обязуется оплатить медицинские услуги по цене, в сроки и на условиях, установленных настоящим Договором.

1.2. Срок оказания платных медицинских услуг, предусмотренных п. 1.1 настоящего Договора, с момента оплаты до _____.

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

1.4. Исполнитель оказывает платные медицинские услуги по месту осуществления медицинской деятельности в соответствии с лицензией.

2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

2.1. Потребитель оплачивает медицинские услуги Исполнителю в объеме, установленном в пункте 1.1. Договора, в соответствии с действующим прейскурантом цен у Исполнителя на момент обращения за медицинскими услугами. Действующий прейскурант цен на платные медицинские услуги размещен на сайте <http://orel-aids.ru> и на информационных стендах Исполнителя.

2.2. Стоимость платных медицинских услуг составляет _____ руб.
_____ коп.

(_____ рублей _____ копеек).

2.3. Потребитель оплачивает медицинские услуги Исполнителю путем предоплаты в размере 100% стоимости услуг по прейскуранту. Денежные средства вносятся в кассу Исполнителя или перечисляются на расчетный счет Исполнителя.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказывать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии положениями об организации оказания медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи.

3.1.2. Предоставлять платные медицинские услуги при наличии информированного добровольного согласия Потребителя, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

3.1.3. При предоставлении платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

3.1.4. 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.

3.1.5. Предоставлять необходимую информацию Потребителю об условиях оказания и сроках ожидания платных медицинских услуг, их стоимости; сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации; график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг.

3.1.6. Предоставить Потребителю в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов 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.

3.1.7. Предупредить Потребителя о необходимости предоставления на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, на основании дополнительного соглашения к Договору.

3.1.8. Представлять для ознакомления по требованию Потребителя выписку из Единого государственного реестра юридических лиц.

3.1.9. Соблюдать врачебную тайну, деонтологию и медицинскую этику.

3.1.10. Выдавать Потребителю, после получения платных медицинских услуг, медицинские заключения, которые отражают состояние здоровья пациента включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, об используемых при лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в порядке, установленном приказом Минздрава РФ от 14.09.2020г. № 972н «Об утверждении Порядка выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений».

3.1.11. По требованию Потребителя предоставлять копии медицинских документов или выписки из них в порядке, установленном приказом Минздрава РФ от 31.07.2020г. № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них».

3.1.12. Информация, указанная в пунктах 3.1.5–3.1.8, а также иная обязательная информация, предусмотренная постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», размещена для ознакомления Потребителя на официальном сайте Исполнителя в сети «Интернет» <http://orel-aids.ru> и на информационных стендах.

3.2. Потребитель обязуется:

3.2.1. Оплатить медицинские услуги, предусмотренные п.1.1, в порядке и сроки, которые установлены Договором.

3.2.2. Являться на прием, лечение или процедуры в установленное время.

3.2.3. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

3.2.4. Выполнять все требования и назначения медицинского работника, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению им условий настоящего Договора.

3.2.5. Информировать Исполнителя до начала оказания медицинских услуг

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

3.2.6. Не позднее, чем за 24 часа информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения медицинской услуги.

3.2.7. Потребитель согласен на хранение и обработку его персональных данных (фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес проживания, место работы, должность, сведения о состоянии здоровья) согласно законодательным актам РФ.

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. Получать от Потребителя любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредоставления, неполного или неверного предоставления информации, Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до представления необходимой информации.

3.3.2. В случае возникновения неотложных состояний, представляющих угрозу здоровью или жизни Пациента, самостоятельно определить объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в т. ч. предусмотренной данным Договором.

3.3.3. Требовать от Потребителя соблюдения правил оказания медицинских услуг.

3.3.4. Получать оплату за оказанные медицинские услуги по настоящему Договору.

3.4. Потребитель имеет право:

3.4.1. На предоставление платных медицинских услуг надлежащего качества.

3.4.2. На предоставление информации о платных медицинских услугах.

3.4.3. На получение медицинских заключений, справок, копий медицинских документов установленном порядке.

3.4.4. Знакомиться с правоустанавливающими документами Исполнителя и получать копии медицинских документов и информацию в соответствии с пунктами 3.1.10. и 3.1.11. Договора.

3.4.5. На получение (по требованию) документов, подтверждающих фактические расходы Потребителя на оказанные медицинские услуги и (или) приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения.

3.4.6. На возмещение вреда, причиненного ненадлежащим оказанием медицинских услуг по вине Исполнителя, в соответствии с Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей».

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

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

4.2. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения принятых на себя обязательств (за исключением случаев, когда качество медицинских услуг не соответствуют требованиям по причинам, не зависящим от Исполнителя), стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

4.3. Исполнитель не несёт ответственности за качество предоставляемых услуг, если Пациент не выполняет предписание лечащего врача или прерывает лечение.

4.4. Споры и разногласия сторон, связанные с неисполнением, либо с ненадлежащим исполнением своих обязательств решаются путем переговоров или в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.5. До обращения в суд по поводу качества оказанных услуг стороны договорились о проведении независимой экспертизы за счет заинтересованной стороны.

5. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, РАСТОРЖЕНИЯ И СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

5.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до полного исполнения обязательств.

5.2. Датой окончания предоставления платной медицинской услуги, предусмотренной договором, считается дата подписания Потребителем акта об оказании платных медицинских услуг.

5.3. В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения платных медицинских услуг, Договор расторгается, при этом Потребитель оплачивают Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

5.4. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, при этом Потребитель оплачивает только фактические затраты за оказанные услуги.

5.5. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу. Один экземпляр для Исполнителя, другой – для Потребителя.

5.6. Подписывая настоящий Договор, Потребитель подтверждают, что были проинформированы о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий

бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

6. СВЕДЕНИЯ ОБ ИСПОЛНИТЕЛЕ

Полное наименование: бюджетное учреждение здравоохранения Орловской области «Орловский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»;

Сокращённое наименование: БУЗ Орловской области «Орловский центр СПИД»;

Юридический адрес: 302040, Россия, Орловская область, г. Орел, ул. Лескова, д. 31
ОГРН 1025700832376, регистрация в Инспекции Федеральной налоговой службы по Советскому району г. Орла;

Лицензия на осуществление медицинской деятельности: № Л041-01142-57/00364257 от 11.07.2019г., выдана Департаментом здравоохранения Орловской области: 302021, Россия, Орловская область, г. Орел, пл. Ленина, д.1; тел. 8(4862) 47-53-47;

Адреса мест осуществления работ (услуг), выполняемых (оказываемых) в составе лицензируемого вида деятельности: 302040, Россия, Орловская область, г. Орел, ул. Лескова, д. 31 (4 ЭТАЖ)

С перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией, можно ознакомиться на официальном сайте Исполнителя в сети «Интернет» <http://orel-aids.ru> и на информационных стендах.

7. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

<p>Исполнитель: БУЗ Орловской области «Орловский центр СПИД» Адрес места нахождения: 302040, г. Орел, ул. Лескова, д. 31 (4 ЭТАЖ) Почтовый адрес: 302040, г. Орел, ул. Лескова, д. 31 Банковские реквизиты: Департамент финансов Орловской области (БУЗ Орловской области «Орловский центр СПИД», л/с 20546Ц71390) ИНН 5753024120 КПП 575301001 Р/с 03224643540000005400 ОТДЕЛЕНИЕ ОРЕЛ БАНКА РОССИИ//УФК по Орловской области г. Орел К/с 40102810545370000046 БИК 015402901 Телефон: (4862) 59-42-78 (регистратура) Email: buz_spid@orel-region.ru</p>	<p>Заказчик: Ф.И.О. _____ _____ _____ Паспорт _____ _____ _____ Адрес места жительства _____ _____ _____ Телефон _____</p>
<p>И.о. главного врача _____/ Дробязгин И.Г./</p>	<p>_____ (подпись, Ф.И.О.)</p>