

Договор на оказание платных услуг №

г. Москва

дата

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы "Городская клиническая больница №67 имени Л.А. Ворохобова Департамента здравоохранения города Москвы" (далее ГКБ№67), именуемое в дальнейшем "Исполнитель", имеющее лицензии на осуществление медицинской деятельности № _____ от _____ г. выдана Департаментом здравоохранения города Москвы в лице Заместителя руководителя Департамента здравоохранения города Москвы А.В.Старшина, лицензирующий орган: 107023, г. Москва, пл. Журавлева, д.12, тел. +7 (495) 652-82-46, в лице _____, действующей на основании доверенности _____, с одной стороны, и (ФИО Заказчик -----) далее именуемый "Заказчик", с другой стороны, совместно именуемые Стороны,

заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Определения

1.1. Определения, используемые в настоящем Договоре: «потребитель» - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные услуги лично в соответствии с настоящим Договором. Потребитель, получающий платные услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; «заказчик» - физическое лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором в пользу Потребителя.

2. Предмет Договора

2.1. По настоящему Договору Исполнитель предоставляет Потребителю услуги по своему профилю деятельности в соответствии с выданной лицензией на осуществление медицинской деятельности, согласно Прейскуранту цен (тарифов) на медицинские услуги (далее – Прейскурант), утвержденным в установленном порядке, а Потребитель (Заказчик) обязуется оплатить оказанные услуги.

2.1.1. Медицинские услуги предоставляются в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации, утвержденными в установленном порядке.

2.1.3. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Заказчика (Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, которое является Приложением №1 к настоящему Договору.

2.2. Перечень медицинских (и иных) услуг, оказываемых Потребителю в соответствии с настоящим Договором, определяется в Приложении №2, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.3. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012 г. №1006);

- ознакомил его с действующим у Исполнителя Прейскурантом цен (тарифов) на платные услуги, утвержденным в установленном порядке;

- уведомил его 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;

- уведомил его (Заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

2.4. Срок предоставления платных услуг определяется «Исполнителем».

2.5. Место оказания услуг: г.Москва, ул. _____ д. _____ стр. _____

3. Права и обязанности Сторон

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать Потребителю платные услуги в соответствии с Перечнем оказываемых Потребителю платных услуг, согласно п. 2.2. настоящего Договора.

3.1.2. Оказывать платные услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором, после внесения Потребителем (Заказчиком) денежных средств, в порядке, определенном разделом 4 настоящего Договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату.

3.1.3. Исполнитель обязан предоставить дополнительные платные услуги по экстренным показаниям, для устранения угрозы жизни Потребителя, при внезапных острых заболеваниях и осложнениях, без взимания платы.

3.1.4. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством РФ порядке.

3.1.5. Исполнитель обязан соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся здоровья Потребителя

3.1.6. По окончании оказания услуг предоставить заказчику Акт оказанных услуг (Приложение № 3)

3.2. Потребитель (Заказчик) обязуется:

3.2.1. Оплатить предоставленные Исполнителем услуги, перечень которых указан в Приложении №2, до начала их оказания, согласно Прейскуранту цен (тарифов), и в порядке, определенном разделом 4 настоящего Договора.

3.2.2. Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные 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.

3.2.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных услуг по настоящему Договору.

3.2.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги по настоящему Договору.

3.2.5. При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) о любых изменениях самочувствия.

3.2.6. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Исполнителем (медицинским работником, предоставляющим платные медицинские услуги) употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав и т. д.

3.2.7. Соблюдать внутренний режим нахождения в медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

3.3. Потребитель (Заказчик) имеет право на получение платных не медицинских услуг (бытовых, сервисных, транспортных и иных) предоставляемых Исполнителем дополнительно при оказании медицинских услуг.

4. Цена и порядок оплаты услуг

4.1. Стоимость платных услуг, оказываемых Пациенту определяется в соответствии с Приложением 2 к настоящему Договору согласно Прейскуранту цен (тарифов) платных услуг, действующих в Учреждении.

4.2. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг оформляется дополнительный Перечень оказываемых платных медицинских услуг, который является неотъемлемой частью настоящего Договора.

4.3. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Потребителем (Заказчиком) до начала их оказания в кассу Учреждения. Потребителю (Заказчику) после оплаты медицинских услуг выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых медицинских услуг, установленного образца.

5. Ответственность сторон

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье.

5.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Потребителем (Заказчиком) условий настоящего Договора.

5.5. Стороны освобождаются от ответственности за исполнение обязательств в случае форс-мажорных обстоятельств.

6. Порядок изменения и расторжения Договора

6.1. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны уполномоченными представителями Сторон.

6.2. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Потребителя после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Отказ Потребителя от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме. При этом Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

7. Заключительные положения

7.1. Договор на оказание платных услуг заключён в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

7.1.1. В случае, если настоящий Договор заключается между Исполнителем и Заказчиком в пользу Потребителя, то настоящий Договор заключается в 3-х экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй у Заказчика, третий у Потребителя.

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

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

Неотъемлемой частью настоящего Договора являются:

Приложение № 1 - Информированное согласие об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг;

Приложение № 2 – Перечень оказываемых услуг на платной основе;

Приложение № 3 – Акт об оказании услуг;

8. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА СТОРОН

Исполнитель:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города
Москвы "Городская клиническая больница №67 имени Л.А.
Ворохобова Департамента здравоохранения города Москвы"
123423, Москва г, Саяма Адиля ул, д. 2/44
ОГРН 1037734010467

Зарегистрировано ГУ Московской регистрационной палатой свидетельство
ИНН 7734091519 КПП 773401001
Департамент финансов города Москвы (ГКБ № 67 л/с 2605441000450513)
р/с 40601810245253000002 ГУ Банка России по ЦФО г.Москва 35 БИК
044525000 ОКАТО 45283582000 КБК 00000000000000000130

Потребитель:

ФИО, дата рождения заказчика

паспорт №
Кем выдан, дата

Адрес:

Телефон:

Заказчик

ФИО, дата рождения

Адрес места жительства

Паспорт №

Кем выдан, дата

Телефон

Подпись _____

Заказчик

Я хочу получать материалы рекламного, новостного а также информационного характера от ГБУЗ "ГКБ№67 им Л.А. Ворохобова ДЗМ", включая его филиалы в виде:

смс сообщений на указанный в данной анкете номер сотового телефона на указанный в данной анкете

адрес электронной почты _____

Меня особо интересует следующая информация:

Акции проводимые ГБУЗ "ГКБ№67 им Л.А. Ворохобова ДЗМ"

Скидки

Новости ГБУЗ "ГКБ№67 им Л.А. Ворохобова ДЗМ"

Любая возможная информация

**Информированное согласие
об объеме и условиях оказываемых платных медицинских и иных услуг**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

в рамках договора на оказание платных медицинских услуг № _____ от _____
желаю получить платные медицинские услуги в ГКБ №67 (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 согласен(на) 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 иных платных услуг.

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен (на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей Учреждения.

Я подтверждаю, что при подписания 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 и иных 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 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 (Заказчик) _____

Паспорт _____ № _____
Выдан _____ Кем выдан, дата _____

Адрес _____

Телефон _____

дата, время