

# ДОГОВОР № \_\_\_\_\_ НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Тверь

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тверской области «Тверской областной клинический наркологический диспансер» (ГБУЗ «ТОКНД»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель» (Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц о юридическом лице, зарегистрированном до 1 июля 2002 года серия 69 № 000720196, выдано Межрайонной инспекцией Министерства РФ по налогам и сборам №1 по Тверской области, лицензия -№ЛО-69-01-001863 от 25.05.2016г., выдана Министерством здравоохранения Тверской области, расположенного по адресу: г. Тверь, ул. Советская, д.23, тел:8 (4822) 32-04-82), в лице медицинского регистратора ГБУЗ «ТОКНД» ОЖОГИНОЙ Юлии Олеговны, действующей на основании доверенности № 47 от 29.12.2017г., с одной стороны, и

(фамилия, имя, отчество)

именуемый/ая/в дальнейшем «Потребитель» с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

## 1. Предмет договора.

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, в соответствии с действующим Прейскурантом на платные медицинские услуги, а Потребитель обязуется принять и оплатить эти услуги согласно действующему на момент оказания услуг Прейскуранту и виду услуг, указанных в пункте 1.2. настоящего договора, в порядке и в соответствии с условиями, предусмотренными настоящим договором.

1.2. Потребителю оказываются следующие медицинские услуги: \_\_\_\_\_

Общая сумма договора согласована сторонами и составляет: \_\_\_\_\_

1.3. Потребителю представлена достоверная информация о предоставляемых ему услугах. Потребитель подписанием настоящего договора дает информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (оказание вышеуказанных услуг). Потребитель информирован о видах медицинских услуг, которые могут быть оказаны ему бесплатно согласно «Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ на территории Тверской области медицинской помощи». Потребитель осознанно желает получить вышеуказанные медицинские услуги на платной основе с учетом условий заключаемого договора.

1.4. Потребитель дает согласие на обработку своих персональных данных с учетом сохранения врачебной тайны.

## 2. Права и обязанности сторон.

### 2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. в доступной форме представить полную информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи;

2.1.2. оказывать Услуги с надлежащим качеством и в полном объеме в течение 10 рабочих дней с момента обращения Потребителя за медицинской услугой;

2.1.3. при выявлении у Потребителя медицинских противопоказаний к проведению лечебно-диагностических мероприятий - прекратить проведение этих мероприятий и возратить уплаченные им денежные средства;

2.1.4. по завершении оказания услуг при необходимости выдать заключение с указанием результатов проведенных исследований и лечебных мероприятий;

2.1.5. выдать Потребителю документ, подтверждающий произведенную оплату представленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности).

### 2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. приостановить оказание Услуг в случае невыполнения Потребителем указаний лечащего врача 1 раз и более до устранения причин, послуживших основанием приостановления действия договора

2.2.2. при необходимости привлечь для оказания медицинских услуг сторонних исполнителей и соисполнителей по согласованию с Потребителем.

### 2.3. Потребитель обязан:

2.3.1. своевременно оплатить Услуги, указанные в пункте 1.2. Договора;

2.3.2. до начала оказания Услуг правдиво информировать лечащего врача о наследственности, о перенесенных заболеваниях, травмах и операциях, известных ему аллергических реакциях, употреблении алкоголя, наркотических и токсических веществ, других противопоказаниях к проведению лечебно-диагностических процедур;

2.3.3. точно выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление платной медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений.

2.3.4. возместить убытки в случае причинения ущерба Потребителем имуществу Исполнителя.

### 2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. знакомиться с документами, подтверждающими специальную правоспособность учреждения и его врачей, их квалификации и сертификации;

2.4.2. на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;

2.4.3. получать Услуги на условиях анонимности;

2.4.4. выбрать лечащего врача из штата учреждения, оказывающего необходимый вид услуги, поменять лечащего врача в процессе лечебно-диагностических мероприятий с учетом согласия врача;

2.4.5. получить заключение с указанием результатов проведенных исследований и лечебных мероприятий, а также необходимые рекомендации;

2.4.6. отказаться от получения Услуг и получить обратно оплаченную авансом сумму за вычетом фактических произведенных затрат Исполнителя.

## 3. Порядок расчетов и предоставления услуг.

3.1. За оказываемые медицинские услуги Потребитель вносит 100% предоплату в соответствии с п.1.2. Договора на основании направления на оплату или счета им лично, либо его страховой компанией, либо третьим заинтересованным физическим или юридическим лицом по его поручению через кассу или путем перечисления на расчетный счет Исполнителя

3.2. Потребитель вправе оплачивать каждую услугу отдельно непосредственно перед ее исполнением на основании счета, выписанного Исполнителем.

3.3. Обязательство Потребителя перед Исполнителем по оплате Услуг считаются исполненными с момента внесения в полном объеме наличных денежных средств в кассу Исполнителю либо поступления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3.4. За медицинской услугой Потребитель обязан обратиться к Исполнителю в течение суток с момента заключения настоящего договора и внесения платы за медицинские услуги, указанные в пункте 1.2. настоящего договора.

3.5. Надлежащее исполнение обязательств по предоставлению Услуг и их оплате подтверждается актом, подписанным Сторонами, и являющимся неотъемлемой частью настоящего договора (приложение №1).

3.6. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя. Без согласия Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

## 4. Ответственность сторон и порядок разрешения споров

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.2. Исполнитель освобождается от ответственности в случаях:

— возникновения осложнений по вине Потребителя (невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших отклонениях и нарушениях в состоянии здоровья и др.);

— прекращения лечения по инициативе Потребителя.

4.3. Споры и разногласия, которые могут возникнуть при исполнении настоящего договора, будут по возможности разрешаться путем переговоров между Сторонами.

4.4. В случае невозможности разрешения споров путем переговоров сторона считающая, что ее права по настоящему договору нарушены, направляет другой стороне письменную претензию. В случае не получения ответа на претензию в десятидневный срок со дня ее вручения, сторона, направившая претензию, вправе обратиться в суд за защитой своих прав.

## 5. Конфиденциальность

5.1. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении.

5.2. С согласия Потребителя или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим лицам указанным Потребителем или его законным представителем.

5.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Потребителя или его законного представителя, допускается в случаях, установленных законом.

## 6. Порядок изменения и расторжения договора

6.1. Настоящий договор может быть расторгнут по соглашению Сторон или в судебном порядке и при наличии оснований, предусмотренных действующим законодательством.

6.2. Потребитель вправе отказаться от исполнения настоящего договора в одностороннем порядке при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

6.3. Исполнитель вправе отказаться от исполнения обязательств по настоящему договору в одностороннем порядке в случае:

— отказа от оплаты медицинских услуг;

6.4. Исполнитель обязан своевременно информировать Потребителя о том, что соблюдение указаний Потребителя и иные обстоятельства, зависящие от Потребителя, могут снизить качество оказываемой Услуги или повлечь за собой невозможность ее завершения в срок. Если Потребитель, несмотря на своевременное и обоснованное информирование Исполнителем, в разумный срок не изменит указаний о способе оказания Услуги, либо не устранил иных обстоятельств, которые могут снизить качество оказываемой Услуги, исполнитель вправе отказаться от исполнения договора на оказание платной медицинской услуги и потребовать полного возмещения убытков.

## 7. Заключительные положения

7.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств по нему. Окончание оказания Исполнителем платных медицинских услуг Потребителю оформляется Актом выполненных работ (приложение №1).

7.2. Все изменения и дополнения к настоящему договору должны быть составлены в письменной форме и подписаны сторонами.

7.3. Подписывая данный договор, Потребитель подтверждает, что делает это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения, что полностью ознакомлен со стоимостью всех услуг Исполнителя, сроками и условиями гарантии и согласен с ними.

7.4. Подписывая данный договор, Я (ФИО)

даю добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи согласно требованиям статьи 20 Федерального Закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», и в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального Закона от 27.07.2006г. «О персональных данных» №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку персоналом ГБУЗ «ТОКНД» моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты полиса ОМС (ДМС), данные о состоянии моего здоровья, и иные персональные данные в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг. В процессе оказания мне медицинской услуги я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющую врачебную тайну, другим лицам в интересах моего обследования и лечения, либо на основаниях, указанных в действующем законодательстве РФ. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Настоящее согласие действует бессрочно.

(подпись).

7.5. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу - по одному для каждой стороны.

<b>Исполнитель:</b> ГБУЗ «Тверской областной клинический наркологический диспансер» Место нахождения: г. Тверь, ул. Королева, д. 10.. ИНН 6902022317, п/с 40201810700000000019. ОГРН 1026900570300, выдан МРИ ФНС №12 по Тверской области Тел: (4822)721340, (4822)721320  Медицинский регистратор ГБУЗ «ТОКНД» _____ Ожогина Ю.О.  М.П.	<b>Потребитель:</b> _____ ФИО Адрес: _____ _____ Паспорт: серия _____ № _____ выдан _____ _____ тел.: _____ _____ подпись
--	--

## УВЕДОМЛЕНИЕ

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

находясь на лечении в ГБУЗ Тверской области «Тверской областной клинический наркологический диспансер» в отделении платных медицинских услуг предупрежден, что за несоблюдение 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 потребителя.

Пациент \_\_\_\_\_  
(подпись пациента, Ф.И.О.)

или законный представитель пациента \_\_\_\_\_  
(подпись, фамилия, имя, отчество)

Вид документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_

Дата оформления « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

## АКТ № \_\_\_\_\_

(Приложение №1)

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

об исполнении обязательств по договору на оказание платных медицинских услуг

Настоящим актом Стороны по договору подтверждают надлежащее исполнение взаимных обязательств по оказанию платных медицинских услуг и их оплату в полном объеме согласно перечня услуг, а также отсутствие взаимных претензий на момент подписания настоящего акта.

**Исполнитель:**

**Потребитель:**

ГБУЗ «ТОКНД», г. Тверь, ул. Королева, д.10

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

Врач ГБУЗ «ТОКНД» \_\_\_\_\_

м.п

(подпись)

(расшифровка подписи)

(подпись)

(расшифровка подписи)