

Уведомление Потребителя (Пациент, законный представитель)

Мне доведена информация о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, представляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья. Потребитель(подпись): V _____

Мне доведена и объяснена информация о праве получения бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Потребитель (подпись):V _____

Договор на оказание платных медицинских услуг № _____

г. Пенза

« _____ » _____ 20__ г

ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр СВМП»¹, именуемое в дальнейшем Исполнитель, имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-01166-58/00343071 от 22.12.2020, выданную бессрочно Министерством здравоохранения Пензенской области, г. Пенза, ул. Пушкина, 163 т.48-81-01, бессрочно, в лице главного врача Рыбалкина С. Б., действующего на основании Устава, с одной стороны и

_____ паспорт серии _____ номер _____
выдан _____, проживающий(ая) по адресу _____

_____, тел. _____ именуемый в дальнейшем «Потребитель»,

Этот раздел бланка заполняется только для лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан

Я, _____
(фамилия, имя, отчество полностью)

Паспорт _____ выдан _____,

являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем) Пациента

_____ ФИО ребенка или недееспособного гражданина – полностью

Дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным _____
число, месяц, год

с другой стороны, далее по тексту договора, именуемые совместно «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Заказчику) на возмездной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ в соответствии с перечнем видов медицинской деятельности, разрешенных лицензией Исполнителя, по действующим тарифам, а Потребитель (Заказчик) обязуется своевременно оплатить оказанные медицинские услуги в порядке и размере, установленным настоящим договором.

1.2. Перечень оказываемых услуг отражен в Приложении №1, являющегося неотъемлемой частью настоящего договора

1.3. Срок оказания ПМУ: в течение не более 10 рабочих дней.

1.4. Исполнитель оказывает услуги по настоящему договору по адресу: г. Пенза, ул. Куйбышева/Красная, д.33а/23 (ул. Володарского, д.33, ул. Калинина, д.115, пр. Победы, д.122)

1.5. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Исполнителя и доведены до сведения Потребителя.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Потребитель (Заказчик) имеет право:

2.1.1. Получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями порядков оказания медицинской помощи, стандартов и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи.

2.1.2. Получить от Исполнителя полную и достоверную информацию о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях/противопоказаниях к применению.

2.1.3. В любое время отказаться от получения платной медицинской услуги, при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

2.1.4. Потребитель (Заказчик), при обнаружении недостатков оказанных услуг, вправе потребовать безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги, уменьшения цены оказанной услуги, назначить новый срок оказания ПМУ или расторгнуть договор и потребовать полного возмещения понесенных им убытков.

2.2. Потребитель обязан

2.2.1. Точно выполнять назначения и рекомендации специалистов Исполнителя, указания медицинского персонала, соблюдать правила внутреннего (больничного) распорядка и пожарной безопасности, бережно относиться к имуществу Исполнителя.

2.2.2. Предоставить точную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, информировать врача до оказания ПМУ о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях и иные сведения, которые могут повлиять на качество оказываемых услуг, либо вызвать осложнения.

2.2.3. Своевременно, в полном объеме оплачивать ПМУ.

2.3. Исполнитель имеет право

2.3.1. Самостоятельно назначать время, очередность приема, выбрать специалистов, устанавливать объемы и виды обследования и лечения.

2.3.2. Получать от пациента письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

¹* Свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 58 № 001230405, выданное Инспекцией Федеральной налоговой службы по Первомайскому району г. Пензы 31.03.2006г.

**Лицензия на медицинскую деятельность при оказании доврачебной и врачебной медицинской помощи по лабораторной диагностике, бактериологии, сестринскому делу, рентгенологии, функциональной диагностике, физиотерапии, дерматологии, инфекционным болезням, акушерству и гинекологии, медицинскому освидетельствованию, косметологии, вакцинации.

2.3.3. При возникновении экстренных состояний у Потребителя самостоятельно определять объем и технологию оказания ему неотложной помощи.

2.3.4. Расторгнуть настоящий Договор при невыполнении потребителем п.1.1 и 2.2.3.

2.4. Исполнитель обязан:

2.4.1. Обеспечить Потребителя (Заказчика) доступной, полной и достоверной информацией о видах, объеме, стоимости и порядке предоставления ПМУ, о квалификации специалистов, оказывающих ПМУ и возможных последствиях оказания ПМУ.

2.4.2. Оказать ПМУ качественно, своевременно и в объеме, предусмотренном данным договором.

2.4.3. Согласовать с Потребителем (Заказчиком) назначение на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, потребность в которых возникла в ходе оказания платной медицинской услуги, и перед их выполнением оформить дополнительной соглашением к настоящему договору либо новый договор.

2.4.4. Выдавать Потребителю (его законному представителю, при наличии письменного заявления) заключения о результатах обследования, лечения, копии медицинских документов, выписки из медицинских документов на бумажном носителе без взимания дополнительной платы.

2.4.5. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя (заказчика) за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при обследовании и лечении (врачебная тайна). С согласия Потребителя или его представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим лицам, в том числе должностным лицам в интересах обследования и лечения Потребителя. Представление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Потребителя или его представителя допускается в случаях, предусмотренных ст.13 ФЗ от 21.11.2021г. № ФЗ-232 «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации».

3. Стоимость услуг и порядок расчетов

3.1. Потребитель (Заказчик) оплачивает ПМУ после подписания данного Договора и до получения услуг в соответствии с Тарифами, утвержденными в установленном порядке, действующими на день оказания услуги и Приложением № 1 к данному договору, (Акт выполненных работ).

3.2. Оплата услуг осуществляется в порядке 100% предоплаты путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или через банковский терминал (безналичным расчетом).

3.3. При прекращении оказания медицинских услуг по инициативе Потребителя (заказчика), Потребитель (заказчик) обязуется оплатить Исполнителю фактически понесенные расходы (за оказанные услуги сумма не возвращается).

3.4. Общая сумма договора составляет _____ руб.

4. Ответственность сторон

4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством РФ. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента при оказании платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством РФ

4.2. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение услуги, если докажет, что это произошло в следствии невыполнения Потребителем своих обязанностей, или вследствие непреодолимой силы и форс-мажорных обстоятельств, или по другим основаниям, предусмотренных законодательством.

4.3. Исполнитель не несет ответственность за качество биологического материала Потребителя, забор, хранение и доставка которого была произведена Потребителем (Заказчиком) самостоятельно.

5. Срок действия договора, рассмотрение споров, порядок изменения и расторжения договора

5.1. Настоящий договор действует с момента подписания и до полного исполнения обязательств сторонами.

5.2. Все споры и разногласия решаются путем переговоров, привлечения экспертизы и в судебном порядке

5.3. Изменения и дополнения к настоящему договору оформляются дополнительным соглашением, подписанным Сторонами.

5.4. Договор может быть расторгнут до истечения срока выполнения сторонами своих обязательств: по соглашению сторон и по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

5.5. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному Исполнителя и Потребителя. При необходимости, третий экземпляр договора составляется для Заказчика.

6. Особые условия.

6.1. До заключения договора Потребитель, находящийся на лечении, уведомлен о том, что он должен соблюдать режим лечения и правила поведения в медицинской организации.

6.2. Подтверждением оказания медицинских услуг является Акт выполненных работ (Приложение №2).

6.3. Потребитель (Заказчик) признает правомерность и юридическую силу факсимильной подписи главного врача (иного лица) Исполнителя на настоящем договоре, а также на документах, связанных с исполнением договора.

7. Реквизиты и подписи сторон

Пациент: Ф.И.О. _____

Паспорт серия _____ номер _____ выдан _____

Адрес места жительства _____

Телефон _____

Я подтверждаю, что текст настоящего договора мною прочитан и мне понятен.

_____(Подпись Пациента)

Исполнитель: ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр СВМП», 440052, г. Пенза. ул. Куйбышева/Красная, 33а/23, ИНН 5837027215, КПП 583701001, ОГРН 1065837014957, л/с 855010963 в Министерстве финансов Пензенской области (ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр СВМП») Казначейский счет 0322464356000005500 Отделение Пенза Банка России/УФК по Пензенской области г.Пенза
_____/С. Б. Рыбалкин/

Приложение № 1 к договору № _____ от «__» ____ 20 ____ г.

Перечень услуг

№п/п	Наименование услуги	Стоимость услуги	Кол-во	Сумма
ИТОГО:				

Реквизиты и подписи сторон:

Пациент: Ф.И.О. _____

 Паспорт серия _____ номер _____
 выдан _____

 Адрес места жительства _____

 Телефон _____
 _____ (Подпись Пациента)

Исполнитель:
 ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр СВМП»,
 440052, г. Пенза. ул. Куйбышева/Красная, 33а/23,
 ИНН 5837027215, КПП 583701001, ОГРН 1065837014957,
 л/с 855010963 в Министерстве финансов Пензенской
 области (ГБУЗ «Пензенский областной клинический
 центр СВМП») Казначейский счет
 0322464356000005500 Отделение Пенза Банка
 Рссии//УФК по Пензенской области г.Пенза
 _____/С. Б. Рыбалкин/