

ДОГОВОР
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

« _____ » _____ 200__ г. № _____

Государственное учреждение здравоохранения

МУ Шатровская центральная районная больница в лице _____ главного врача Улыбиной Людмилы Николаевны, именуемого в дальнейшем «Исполнитель», действующего на основании Устава, с одной стороны,

и _____,

(Ф.И.О.)

проживающий(ая) по адресу _____,

(адрес)

именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент» (или его законный представитель) с другой стороны, при полном взаимном согласии заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1. «Исполнитель» обязуется оказывать «Пациенту» сверх Территориальной программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи и на возмездной основе медицинские услуги:

№ Программа предоставления услуг Стоимость Кол-во Сумма

1.

2.

отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а «Пациент» (или его законный представитель) обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых медицинских услуг в порядке и сроки, предусмотренные настоящим договором.

1.2. «Пациент» (или его законный представитель) вправе потребовать ему информации о медицинской услуге, документов, подтверждающих специальную правоспособность учреждения и его специалистов, всех необходимых сертификатов и лицензий.

2. Сумма договора и порядок расчетов.

2.1. Общая стоимость медицинской услуги состоит из сумм выставяемых по настоящему договору в соответствии с утвержденными тарифами на медицинские услуги и составляет _____ рублей.

2.2. Оплата услуги может производиться: путем наличного расчета с применением контрольно-кассовой машины, или путем перевода причитающейся «Исполнителю» суммы на его расчетный счет.

2.3. Оплата услуг производится в форме 100% предоплаты, по согласованию сторон возможен иной порядок оплаты.

3. Условия и порядок оказания услуг.

3.1. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в помещении «Исполнителя» по адресу: с. Шатрово, ул. Гагарина, 26^а

3.2. «Исполнитель» оказывает услуги по настоящему Договору в дни и часы работы, которые установлены администрацией «Исполнителя».

3.3. Предоставление услуг по настоящему договору происходит в порядке предварительной записи «Пациента» (или его законного представителя). Предварительная запись «Пациента» _____ на прием осуществляется по телефону 9-14-98

4. Права и обязанности сторон.

4.1. «Исполнитель»:

- обязан обеспечить соответствие предоставляемых услуг лицензии учреждения и требованиям, предъявляемым к методикам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации;

- обеспечить информацией о режиме работы, перечне платных услуг с указанием их стоимости по прейскуранту, условиях их предоставления, сведения о квалификации специалистов;

- обеспечить выполнение принятых на себя обязательств силами собственных специалистов, сотрудников клиник и кафедр медицинских учреждений, базирующихся в больнице или внешних консультантов:

- своевременно информировать пациента о применяемых методах обследования и лечения, возможности развития осложнений;

- ознакомить Пациента (или его законного представителя) с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию Пациента (или его законного представителя) копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья Пациента.

4.1.1. В своей деятельности по оказанию медицинских услуг использовать только разрешенные к применению методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные

средства, иммунологические препараты и дезинфекционные средства.

4.2. Пациент (или его законный представитель):

- обязан сообщить до оказания услуги о перенесенных заболеваниях известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;
- точно выполнять назначения врача;
- надлежащим образом исполнять условия настоящего договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению;
- имеет право на выбор лечащего врача или иного специалиста, оказывающего услугу с учетом его согласия;
- в доступной для него форме получать информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, на возмещение вреда в случае некачественного оказания услуги подтвержденного Актами экспертизы, отказаться от медицинского вмешательства в любое время, оплатив при этом Исполнителю фактически понесенные затраты.

4.2.1. В случае изменения цены услуги в ходе действия настоящего Договора «Пациент» имеет право на оказание услуги по цене, действующей на момент заключения Договора.

4.2.2. «Пациент» (или его законный представитель) вправе обратиться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу «Исполнителя».

5. Ответственность сторон.

5.1. «Исполнитель» несет ответственность в размере реального ущерба, причиненного «Пациенту» неисполнением или ненадлежащим исполнением условий настоящего Договора, несоблюдением требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а также в случае причинения вреда здоровью «Пациента».

5.2. «Исполнитель» отвечает за ненадлежащее качество используемых при оказании услуги лекарственных препаратов и других материалов, только если они были предоставлены «Исполнителем».

5.3. «Исполнитель» оставляет за собой право одностороннего отказа от исполнения Договора при условии полного возмещения убытков «Пациенту», при этом в случаях угрожающих жизни «Пациента», исполнитель не может в одностороннем порядке отказаться от исполнения Договора.

6. Заключительные положения

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами.

6.2. Срок действия настоящего Договора с _____ по _____

6.3. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, при этом один остается у «Исполнителя», а другой передается «Пациенту» (или его законному представителю).

6.4. «Пациент» (или его законный представитель) ознакомлен с программой предоставления услуг и дает свое информированное согласие персоналу учреждения на их реализацию.

Адреса и реквизиты сторон

Пациент (или его законный
Представитель)

(Ф.И.О.)
Паспорт _____
(серия, номер, выдан)
Подпись _____ / _____ /

Исполнитель:
Наименование

ИНН _____
банковские реквизиты

Юридический адрес

Подпись _____ / _____ /
МП