

ДОГОВОР
ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ №

г. Петропавловск-Камчатский

«___» _____ 202__ г.

(указывается полностью ФИО ребенка)

(данные документа, удостоверяющего личность)

Ф.И.О. число, месяц и год рождения потребителя / законного представителя потребителя (родители, усыновители, опекуны)
паспорт: серия _____ № _____ выдан (когда и кем) _____
адрес места жительства: _____
телефон: _____
именуемый «Потребитель» (или законный представитель потребителя), с одной стороны,

Ф.И.О. число, месяц и год рождения заказчика
паспорт: серия _____ № _____ выдан (когда и кем) _____
наименование и адрес заказчика - юридического лица в пределах его мест нахождения, основной государственный регистрационный номер и идентификационный номер налогоплательщика:

именуемый «Заказчик», с другой стороны, и Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Камчатского края «Петропавловск - Камчатская городская детская поликлиника № 1» (далее – ГБУЗ КК ПК ГДП № 1), адрес места нахождения: Камчатский край, ул. Войцешка, 5, свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц, выданное инспекцией Федеральной налоговой службы по г. Петропавловску-Камчатскому, серия 41 № 000543766 от «09» января 2013 г.; ОГРН № 1024101035122, ИНН № 4101042036, www.gdp1pk.ru, в лице _____, действующей на основании Устава, лицензии на осуществление медицинской деятельности: № ЛО 41-01025-41/00363101 от 19.12.2019, выданная Министерством здравоохранения Камчатского края, 683003 г. Петропавловск-Камчатский, ул. Ленинградская, 118 именуемые «Исполнитель», с третьей стороны, в дальнейшем именуемые Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

Понятия, используемые в настоящем Договоре

Для целей настоящего Договора используются следующие основные понятия:

Платные медицинские услуги - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;

Заказчик - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором в пользу потребителя;

Потребитель - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с настоящим Договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

Исполнитель - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги Потребителям.

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель на основании обращения Заказчика, Потребителя (или законного представителя потребителя) обязуется оказать Потребителю медицинские услуги (перечень услуг), а Заказчик, Потребитель обязуется уплатить Исполнителю стоимость оказанных медицинских услуг в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором (далее – медицинские услуги);

1.2. Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения, по адресу: г. Петропавловск-Камчатский, ул. Войцешка, 5.

2. Порядок оплаты

2.1. Стоимость оказываемых медицинских услуг устанавливается на основании утвержденного прейскуранта стоимости платных медицинских услуг и составляет:

2.2. Заказчик, Потребитель (или законный представитель потребителя) вносит плату за оказываемые услуги, в кассу Исполнителя с выдачей Исполнителем кассового чека.

3. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг

3.1. Услуги оказываются специалистом _____

3.2. Срок проведения процедур: с момента подписания сторонами договора до полного исполнения сторонами договорных обязательств, но не более _____ календарных дней, начиная с даты подписания договора.

3.3. Срок проведения процедур по настоящему договору может быть изменен по согласованию сторон, оформленному в виде дополнительного соглашения к настоящему договору, по объективным причинам при наличии соответствующих оснований.

4. Права и обязанности сторон

4.1. Исполнитель обязуется:

- 4.1.1. Обеспечить Заказчика, Потребителя (или законного представителя потребителя) бесплатной, доступной и достоверной информацией, касающейся оказания платных медицинских услуг, в соответствии с действующим законодательством.
- 4.1.2. Оказывать Заказчику, Потребителю (или законному представителю потребителя) услуги в порядке и в сроки, определённые настоящим договором.
- 4.1.3. Нести ответственность в установленном законом порядке за качество, объём и порядок оказания медицинской Услуги.
- 4.1.4. Выдать Заказчику или Потребителю (или законному представителю потребителя) кассовый чек, подтверждающий оплату Медицинских услуг, произведённую в кассу Исполнителя.
- 4.1.5. Сохранять врачебную тайну о факте и причине обращения Потребителя (или законного представителя потребителя).
- 3.1.6. Представлять Потребителю (или законному представителю потребителя) материалы и заключения о ходе оказания услуг выписку, результаты анализов и исследований в печатном виде, копии медицинской карты.

4.2. Заказчик, Потребитель (или законный представитель потребителя) обязуется:

- 4.2.1. Сообщить Исполнителю известную ему информацию о состоянии своего здоровья (состоянии здоровья несовершеннолетнего).
- 4.2.2. По запросу Исполнителя предоставить ему необходимые медицинские документы и материалы.
- 4.2.3. Оформить информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство при оказании платных медицинских услуг (в соответствии с приложением № 1 к настоящему договору).
- 4.2.4. Оплатить услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.
- 4.2.5. Произвести оплату и представить для ознакомления кассовый чек об оплате Исполнителю услуги.
- 4.2.6. Своевременно уведомить Исполнителя о наличии уважительной причины (болезни) для переноса сроков выполнения услуг с последующим представлением подтверждающих документов.
- 4.2.7. Своевременно подписывать акты об оказании услуг Исполнителем. (по форме в приложении № 2 к настоящему договору).
- 4.2.8. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период нетрудоспособности, а также «Правила поведения пациентов, их законных представителей в ГБУЗ КК ПК ГДП № 1, утвержденных приказом ГБУЗ КК ПК ГДП № 1 № 13-прА от 18.01.2023.
- 4.2.9. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора.

4.3. Исполнитель имеет право:

- 4.3.1. Получать от Потребителя (законного представителя потребителя) любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае, непредставления либо неполного или неверного предоставления информации Потребителем (законным представителем потребителя) Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до получения необходимой информации.
- 4.3.2. Требовать от Потребителя (законного представителя потребителя) соблюдения правил оказания медицинских услуг.
- 4.3.3. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.
- 4.3.4. Сотрудничать при оказании услуг по настоящему Договору с иными медицинскими учреждениями и специалистами.
- 4.3.5. Отказаться:
 - в оказании платной услуги при наличии медицинских противопоказаний со стороны здоровья Потребителя (несовершеннолетнего);
 - в оказании платной медицинской услуги при отсутствии медицинских показаний и риске нанесения вреда здоровью Потребителю (несовершеннолетнему);
 - в возврате денежных средств, в связи с несоблюдением указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), или в связи с необоснованностью жалобы.

4.4. Заказчик, Потребитель (законный представитель потребителя) имеет право:

- 4.4.1. Получать от Исполнителя информацию о медицинской услуге. На основании заявления бесплатно получать от Исполнителя выписку, результаты анализов и исследований, копии медицинской карты.
- 4.4.2. Получать от Исполнителя услуги в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.
- 4.4.3. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам и качеству исполнения услуг:
 - назначить новый срок оказания медицинской услуги;
 - потребовать исполнения услуги другим специалистом;
 - потребовать возврата денежных средств;
 - расторгнуть договор и потребовать возмещения убытка или ущерба в установленном законом порядке.
- 4.4.4. Предоставление Исполнителем дополнительных услуг оформляется, дополнительным соглашением сторон.

5. Ответственность сторон и порядок рассмотрения споров

- 5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность, предусмотренную договором и действующим законодательством РФ.
- 5.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, по вине самого Заказчика, Потребителя (законного представителя потребителя) в иных случаях, предусмотренных законодательством.
- 5.3. Потребитель (законный представитель потребителя) обязан полностью возместить учреждению понесённые убытки, если оно не смогло оказать услугу или было вынуждено прекратить её оказание по вине Потребителя (законного представителя потребителя).
- 5.4. Споры, возникшие у сторон в связи с исполнением настоящего договора при не достижении ими соглашения, разрешаются в судебном порядке, в соответствии с действующим законодательством РФ, с соблюдением досудебного претензионного порядка урегулирования спора и сроком рассмотрения претензии – 20 дней.

6. Срок действия и иные условия договора

- 6.1. Настоящий договор вступает в силу со дня его заключения сторонами и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств.
- 6.2. Изменения и дополнения в настоящий договор могут быть внесены в форме дополнительного соглашения по письменной договорённости сторон.
- 6.3. Настоящий договор, может быть, расторгнут досрочно:
- по инициативе Потребителя (законного представителя потребителя) в письменном виде;
- в связи с нарушением Исполнителем или Потребителем (законным представителем потребителя) условий настоящего договора;
- при наличии иных обстоятельств, предусмотренных законодательством РФ.
- 6.4. В случае отказа Потребителя (законного представителя потребителя) после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Потребитель (законный представитель потребителя) оплачивает Исполнителю фактически понесённые Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.
- 6.5. По всем вопросам, не урегулированным в настоящем договоре, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.
- 6.6. Договор составлен в трех (двух) экземплярах, имеющих равную юридическую силу.

7. Адреса и реквизиты сторон:

Исполнитель:

ГБУЗ КК ПК ГДП № 1
683031, г. Петропавловск-Камчатский
ул. Войцешека, 5

_____ (_____)

Потребитель:
(законный представитель потребителя)

Заказчик:

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ
(ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПОТРЕБИТЕЛЯ)
на медицинское вмешательство при оказании платных медицинских услуг**

Я, нижеподписавшийся (- аяся) _____
(Ф.И.О пациента / законного представителя (родители, усыновители, опекуны)), далее Пациент / законный представитель пациента обратился в Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Камчатского края «Петропавловск – Камчатская городская детская поликлиника № 1» адрес места нахождения: 638031, Камчатский край, г. Петропавловск-Камчатский, ул. Войцешка 5, (далее учреждение) для получения платных медицинских услуг и добровольно подтверждаю следующее:

Лечащий врач представил мне гарантию конфиденциальности передаваемых ему сведений.

Мне предоставлена информация об Учреждении: полное фирменное наименование, адрес местонахождения, режим работы, виды деятельности, сведения о лицензии.

Я получил сведения о медицинских услугах, в т.ч. которые будут мне оказаны: качество оказания, основные потребительские свойства, перечень услуг и их стоимость, виды и объемы услуг, условия предоставления и получения услуг, правила (условия и порядок) оказания услуг, правила и условия эффективного и безопасного использования услуг, сведения о квалификации и наличии сертификатов у специалистов, график их работы, место предоставления услуг, а также информацию по адресам и телефонам вышестоящих организаций и органа защиты прав потребителей.

Я подтверждаю, что мне предоставлена информация о состоянии здоровья: наличии заболевания, диагнозе, содержании медицинской помощи, вариантах и результатах обследования, вариантах медицинского вмешательства, прогнозе, последствиях, степени риска.

Я извещен о том, что мне необходимо сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, невозможности выполнения обязательств по договору, а также предъявлять жалобы, замечания и предложения, в т.ч. должностным лицам и главному врачу.

Я подтверждаю, что вся информация, представленная мне лечащим врачом, является своевременной, необходимой, достоверной, наглядной и доступной.

В связи с вышесказанным, я информирован, добровольно и осознанно согласен на предоставление мне платных медицинских услуг, которые мне необходимы и являются наиболее оптимальными.

Мне разъяснено, и я осознаю, что во время оказания медицинских услуг могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен на то, что вид и тактика оказания медицинских услуг могут быть изменены врачами по их усмотрению.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состояния лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

Я предупрежден о возможности бесплатного получения медицинской услуги по территориальной программе ОМС плановом порядке (в порядке предварительной записи) и согласен получить данную услугу на платной основе, ознакомлен и никем не введен в заблуждение.

Содержание данного документа, являющегося приложением к договору, мною прочитано, полностью понятно и согласовано, что я удостоверяю подписью.

Я даю согласие на обработку своих персональных данных.

от Исполнителя

от Потребителя (законного представителя
Потребителя)

_____ (наименование должности)

_____ (Ф.И.О.)

_____ (подпись, расшифровка подписи)

_____ (подпись, расшифровка подписи)

« ____ » _____ 202__ г

« ____ » _____ 202__ г

Пациент уведомлен, что данную медицинскую услугу можно получить бесплатно, в рамках программы ОМС.

_____ (ФИО, подпись, дата)

Акт об оказании платных медицинских услуг по договору № _____ от _____ 2023 г.

г. Петропавловск-Камчатский

« ____ » _____ 2023 г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Камчатского края «Петропавловск-Камчатская городская детская поликлиника № 1», именуемое в дальнейшем «Исполнитель» в _____, действующего(ей) на основании Устава с одной стороны, и _____

именуемый в дальнейшем Потребитель (законный представитель потребителя) составили настоящий акт о нижеследующем:

1. В соответствии с заключенным сторонами договором об оказании платных медицинских услуг № _____ от « ____ » _____ 202__ г. Исполнителем выполнены медицинские услуги: (перечень услуг) _____

2. Услуги оказаны в полном объеме и в срок. Стороны по договору претензий друг к другу не имеют.

3. Стоимость оказанных услуг согласно заключенному договору составляет: _____

Подписи:

от Исполнителя

от Потребителя (законного
представителя Потребителя)

(наименование должности)

(Ф.И.О.)

(подпись, расшифровка подписи)

(подпись, расшифровка подписи)

« ____ » _____ 202__ г

« ____ » _____ 202__ г

М.П.