

Образец договора возмездных медицинских услуг с физическими лицами

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № _____

г. Севастополь

202__

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Севастополя «Севастопольский городской онкологический диспансер имени А.А.Задорожного» (ГБУЗС «СГОД им. А.А. Задорожного»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице медицинского регистратора поликлинического отделения Матвеевой Ольги Ивановны, действующего на основании доверенности от _____, с одной стороны и «Заказчик» (законный представитель), персональные данные которого (Ф.И.О., место жительства, телефон, паспортные данные), указаны в п. 1.2 настоящего Договора, с другой стороны, вместе 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 работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;

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

Потребитель - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги 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, независимо от организационно-правовой формы, а также индивидуальный предприниматель, оказывающие платные медицинские услуги в соответствии с Договором.

1. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА

1.1. Сведения об Исполнителе.

1.1.1. Наименование организации:

Полное - Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Севастополя «Севастопольский городской онкологический диспансер имени А.А.Задорожного»;

Сокращенное - ГБУЗС «СГОД им. А.А. Задорожного».

1.1.2. Адрес местонахождения: 299045, г. Севастополь, ул. Ерошенко, 13.

1.1.3. Адреса мест оказания медицинских услуг: 299045, г. Севастополь, ул. Ерошенко, 13 и 299045, г. Севастополь, ул.Ерошенко,15.

1.1.4. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ, с указанием органа, осуществляющего госрегистрацию: ОГРН 1149204050192, дата регистрации – 13.12.2014 г., данные о регистрирующем органе – Инспекция Федеральной налоговой службы по Ленинскому району г. Севастополя, ИНН 9201016688.

1.1.5. Исполнитель оказывает платные медицинские услуги в соответствии с лицензией №Л041-01138-92/00349146 на осуществление медицинской деятельности, выданной 18 мая 2020 года Департаментом здравоохранения города Севастополя, расположенного по адресу: 299011, г. Севастополь, ул. Генерала Петрова, д. 11, телефон: +7 (8692) 41-73-01, Уставом ГБУЗ С «СГОД им А.А. Задорожного» и прейскурантом цен (тарифов) Исполнителя (Далее – Прейскурант).

1.1.5.1. Срок действия лицензии №Л041-01138-92/00349146 на осуществление медицинской деятельности, выданной 18 мая 2020 года – бессрочно.

1.1.6. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, содержится в соответствующей лицензии Исполнителя, копия которой является частью настоящего договора (приложением к настоящему договору) и находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на официальном сайте Исполнителя.

1.2. В целях настоящего Договора Заказчик является Потребителем. Сведения о Потребителе:

1.2.1. Фамилия, имя и отчество (при наличии):

1.2.2. Адрес места жительства, иные адреса, на которые (при их указании в договоре) исполнитель может направлять ответы на письменные обращения: _____.

1.2.3. Телефон: _____.

1.2.4. Данные документа, удостоверяющего личность: *паспорт гражданина РФ* серия _____ выдан _____ № _____, код подразделения _____.

Вариант, дополнительно. Сведения о законном представителе Потребителя: _____ (Ф.И.О.), дата рождения "___" _____ г., данные документа, удостоверяющего личность: _____, адрес места жительства: _____, телефон: _____.

Вариант для случая, когда договор заключен Заказчиком - юридическим лицом в пользу Потребителя - физического лица. 1.2. Настоящий Договор заключен в пользу следующих Потребителей (вариант: в пользу Потребителей, указанных в Списке потребителей, являющемся Приложением N ____ к настоящему Договору):

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Исполнитель обязуется оказать Заказчику медицинские услуги на условиях, определенных настоящим Договором, а Заказчик обязуется оплатить указанные услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

2.1.1. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором:

№ п/п	Код услуги	Наименование медицинской услуги	Условия и сроки оказания медицинской услуги	Стоимость медицинской услуги
1.			<i>В этой графе указываем срок ожидания выполнения медицинской услуги</i>	
2.			Поликлиника Не более 2 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию	
			Стационар любой Не более 7 дней с момента обращения	

			пациента в медицинскую организацию	
3.				
4.				
		Всего к оплате:		—

2.2. Заказчик подтверждает, что согласен на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.3. При необходимости Заказчику могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень и сроки оказания которых согласуются Сторонами в дополнительном соглашении к настоящему Договору.

2.4. Стороны соглашаются с тем, что Заказчик информирован о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях, с тем что Заказчик информирован Исполнителем о возможности получения без взимания платы соответствующих видов и объемов медицинской помощи в рамках программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в соответствии с перечнем заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, в медицинских организациях, участвующих в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.5. Потребитель уведомлен о том, что несоблюдение назначений (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника), 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 потребителя.

2.6. Цена услуг определена в твердой смете. В случае превышения сметы исполнитель обязан немедленно предупредить потребителя. Потребитель вправе потребовать составления твердой сметы, которая не подлежит изменению.

2.7. Медицинские услуги оказываются в виде осуществления отдельных медицинских вмешательств с учетом стандарта медицинской помощи, утвержденного приказом Минздрава России от 19.02.2021 № 116н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях».

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе положениями об организации оказания медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи.

3.1.2. Обеспечить Заказчика бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской помощи.

3.1.3. Уведомить Заказчика о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

3.1.4. После исполнения Договора выдать Заказчику медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях.

3.2. Заказчик обязуется:

3.2.1. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

3.2.2. Информировать Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

3.2.3. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. Получать от Заказчика информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

3.3.2. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

3.4. Заказчик имеет право:

3.4.1. Получать от Исполнителя услуги, предусмотренные настоящим Договором.

3.4.2. Получать информацию о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья.

3.5. Заказчик и Исполнитель обладают иными правами и несут иные обязанности, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

4. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

4.1. Стоимость услуг по настоящему договору определяется исходя из действующего у Исполнителя прейскуранта в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг и соответствует стоимости, указанной в п.п. 2.1.1 настоящего Договора.

4.2. Оплата Заказчиком стоимости услуг осуществляется путем перечисления суммы денежных средств, указанных в пункте 4.1 настоящего Договора, на расчетный счет Исполнителя, указанный в настоящем договоре, или путем внесения в кассу Исполнителя в течение трех рабочих дней с момента выставления счета Исполнителем / не позднее дня оказания услуги Исполнителем.

4.3. Заказчик ознакомлен с прейскурантом до подписания настоящего договора.

5. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

5.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Заказчика (законного представителя Заказчика) и согласия Заказчика приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Заказчика.

5.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензиями на медицинскую деятельность, порядками, стандартами, другими документами в соответствии с действующим законодательством России.

5.3. Заказчик предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

5.4. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством России.

5.5. Заказчик незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

5.6. Исполнителем после исполнения договора выдаются Заказчику (законному представителю Заказчика) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

5.7. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия Заказчика (законного представителя Заказчика).

5.8. Заказчик дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Заказчика в объеме и способами, указанными в Федеральном законе от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

6.1. Исполнитель несет перед Заказчиком ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации, за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Заказчика.

6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента (Заказчика) в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.3. За нарушение установленных настоящим Договором сроков исполнения услуг Заказчик вправе требовать с Исполнителя выплаты неустойки в размере 0,1 % за каждый день просрочки от стоимости услуги, срок оказания которой нарушен Исполнителем.

6.4. Заказчик несет ответственность за нарушение условий договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством России.

6.5. За нарушение установленных настоящим Договором сроков оплаты медицинских услуг Исполнитель вправе требовать с Заказчика выплаты неустойки в размере 1 % за каждый день просрочки от стоимости услуги, не оплаченной Заказчиком.

6.6. Заказчик несет ответственность за нарушение условий договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.7. В случаях, предусмотренных пунктами 6.4, 6.6 Договора, Исполнитель вправе приостановить проведение лечебно-диагностических мероприятий, за исключением проведения лечения по жизненным показаниям (экстренной помощи).

6.8. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

7.1. Настоящий Договор может быть изменен и дополнен по соглашению Сторон.

7.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

7.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме.

7.4. В случае отказа Заказчика после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Заказчика о расторжении договора по инициативе Заказчика, при этом Заказчик оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

8.1. Стороны обязуются все возникающие разногласия решать путем переговоров.

8.2. При неурегулировании Сторонами возникших разногласий спор разрешается в судебном порядке.

8.3. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством.

9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ

9.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует в течение 1 (одного) года, но в любом случае до надлежащего исполнения Сторонами принятых по Договору обязательств.

9.2. Срок действия Договора не освобождает Стороны от ответственности за нарушения обязательств, предусмотренных Договором и не является препятствием для проведения окончательных взаиморасчетов между Сторонами.

9.3. Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

10. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:

ГБУЗС «СГОД им. А.А. Задорожного»
299045, г. Севастополь, ул. Ерошенко, 13
ОГРН 1149204050192
ИНН 9201016688 КПП 920101001
Получатель: ГБУЗС «СГОД им. А.А.
Задорожного» л/с 802Ц8384000
Банк получателя: Волго-вятское ГУ Банка
России/УФК по Нижегородской области, г.
Нижний Новгород
БИК 012202102
р/с 03224643670000003200
ЕКС 40102810745370000024
тел. (8692) 24-01-48
Адрес электронной почты: onko_sev@mail.ru

Медицинский регистратор поликлинического
отделения, действующий на основании
доверенности _____

О.И. Матвеева

Заказчик:

Адрес _____

Документ, удостоверяющий личность:

Паспорт гражданина РФ серия _____ №
_____, выдан _____, код подразделения

Телефон: _____

Даю своё согласие на обработку и использование
персональных данных.

(Подпись)

(фио)

Пациент/Потребитель услуги:

Адрес _____

Документ, удостоверяющий личность:

Паспорт гражданина РФ серия _____ №
_____, выдан _____, код подразделения

Телефон: _____

Даю своё согласие на обработку и использование
персональных данных.

(Подпись)

(фио)

Я, _____ ознакомлен(а)
с положениями статей 29–32 Закона № 2300-1 «О защите прав потребителей», в том числе
с правом на отказ от исполнения договора, правом на уменьшение цены при обнаружении
недостатков, правом на составление твердой сметы по моему требованию. Понимаю, что могу
получить аналогичную медицинскую помощь бесплатно в рамках программы ОМС, о чем
проинформирован(а) отдельно».