

Договор
Об оказании платных медицинских услуг БУЗ Орловской области «Поликлиника №2»

г. Орел

« _____ » _____ 201__ г.

Бюджетное учреждение здравоохранения Орловской области «Поликлиника №2» (БУЗ Орловской области «Поликлиника №2») (адрес осуществления деятельности г. Орел, ул. 8 Марта, д.2 действующее на основании Устава, свидетельства о постановке на учет юридического лица в налоговом органе выдано ИФНС по Советскому району г. Орла 30.12.1992 г. ОГРН № 1025700833960, лицензии серия ЛО-57 № ЛО-57-01-001228, выдана Департаментом здравоохранения Орловской области 14.09.2017 г. перечень работ (услуг) - согласно приложениям к лицензии, (адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа 302021, г. Орел, пл. Ленина, д. 1, тел.4862 (47-53-47), в лице **главного врача, Петиной Н.В.**, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», с одной стороны и гражданин (-ка)

Фамилия имя отчество телефон, адрес проживания

Именуемый в дальнейшем «**Пациент**», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1. «**Пациент**» поручает, а **Исполнитель** обязуется предоставить следующие платные медицинские услуги:

Исполнитель по согласованию с «**Пациентом**» назначает время очередности приема; самостоятельно устанавливает объем, сроки и характер исследования и лечения.

2. Цена договора.

2.1. Стоимость оказываемых по настоящему договору медицинских услуг в соответствии с прейскурантом цен составляет _____ рублей _____ копеек.

3. Порядок и сроки оплаты.

3.1. Медицинская услуга оплачивается «**Пациентом**» в полном объеме согласно прейскуранта цен, в соответствии с действующим законодательством.

3.2. Платные медицинские услуги оказываются пациенту после 100% предоплаты.

4. Условия и сроки предоставления.

4.1. Платная медицинская услуга оказывается «**Исполнителем**» по настоящему Договору в помещении БУЗ Орловской области «Поликлиника №2», расположенном по адресу: г. Орел, ул.8 Марта, д.2. «**Исполнитель**» оказывает услуги по настоящему Договору в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией и доводятся до сведения потребителя на вывеске.

4.2. Платная медицинская услуга предоставляется с « ____ » _____ 201__ г. по « ____ » _____ 201__ г.

5. Права и обязанности сторон.

5.1. «**Пациент**» имеет право:

5.1.1. В доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения;

5.1.2. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается «**Пациентом**» или его представителем, а также медицинским работником.

5.2. «**Пациент**» обязан:

5.2.1. Оплатить предоставленную исполнителем медицинскую услугу в сроки и в порядке, которые определены договором;

5.2.2. Надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора, своевременно информировать «**Исполнителя**» о любых обстоятельствах, препятствующих «**Исполнителю**» оказать услугу, о перенесенных заболеваниях и аллергических реакциях;

5.2.3. Надлежащим образом исполнять все назначения «**Исполнителя**», обеспечивающие качественное предоставление медицинской услуги;

5.2.4. Заблаговременно, не менее чем за сутки, информировать «**Исполнителя**» о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения медицинской услуги;

5.2.5. Строго соблюдать правила внутреннего распорядка.

5.3. «**Исполнитель**» имеет право:

5.3.1. На получение полной необходимой и достоверной информации о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях «**Пациента**», с целью установления правильного диагноза и назначения лечения;

5.3.2. Самостоятельно определить методику и технологию оказания медицинской услуги;

5.3.3. В случае нарушения условий договора «**Пациентом**», расторгнуть договор в судебном порядке, взыскав фактически понесенные расходы, связанные с исполнением договора;

5.4. «**Исполнитель**» обязуется:

- 5.4.1. Своевременно и качественно оказывать услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.
- 5.4.2. В своей деятельности по оказанию медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.
- 5.4.3. Обеспечить «Пациента» в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о лицензировании, о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.
- 5.4.4. Хранить в тайне информацию о факте обращения «Пациента» за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).
- 5.4.5. Обеспечить «Пациенту» непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию «Пациента» копии заключений, отражающих состояние здоровья «Пациента».

6. Ответственность сторон

- 6.1. Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством.
- 6.2. «Исполнитель» освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение «Пациента» условий настоящего Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

7. Порядок изменения и расторжения договора

- 7.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, разрешаются сторонами путем переговоров или предъявления претензии в письменном виде. В случае невозможности урегулирования спора в досудебном порядке, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.
- 7.2. Все изменения в договор вносятся по соглашению сторон и оформляются дополнительным соглашением, которое является неотъемлемой частью договора.

8. Заключительное положение

- 8.1 Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до полного его исполнения.
- 8.2. Настоящий договор заключен в письменном виде, в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

9. Реквизиты сторон

Исполнитель:

Бюджетное учреждение здравоохранения
Орловской области «Поликлиника №2»
Г. Орел, ул.8 Марта, д.2
Получатель:
УФК по Орловской области БУЗ Орловской
области "Поликлиника №2"
л/сч. 20546У80230
Банковские реквизиты:
р/с 40601810800001000001
Отделение Орел
БИК 045402001
ИНН 5753011890
КПП 575301001
КБК 00000000000000000130
Тел.: (4862) 45-34-15

Пациент:

паспорт серия ____ № _____

выдан _____

адрес по месту регистрации _____

адрес фактического проживания _____

_____ Пегина Н.В. _____

(подпись, Ф.И.О.)

« ____ » _____ 20__ год

_____ (подпись, Ф.И.О.) _____

« ____ » _____ 20__ год

М.П.

УВЕДОМЛЕНИЕ

« ___ » _____ 201__ год

г. Орел

Бюджетное учреждение здравоохранения Орловской области «Поликлиника №2» (БУЗ Орловской области «Поликлиника №2») (адрес осуществления деятельности г. Орел, ул. 8 марта, д.2 действующий на основании Устава, свидетельства о постановке на учет юридического лица в налоговом органе выдано ИФНС по Советскому району г. Орла 30.12.1992 г. ОГРН № 1025700833960, лицензии серия ЛО-57 № ЛО-57-01-001228. выдана Департаментом здравоохранения Орловской области 14.09.2017 г. перечень работ (услуг) :при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу, анестезиологии и реаниматологии, бактериологии, вакцинации (проведению профилактических прививок), лабораторной диагностике, лечебному делу, медицинской статистике, медицинскому массажу, операционному делу, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, физиотерапии, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), организации здравоохранения и общественному здоровью, терапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: клинической лабораторной диагностике, организации здравоохранения и общественному здоровью, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), аллергологии и иммунологии, анестезиологии и реаниматологии, бактериологии, гастроэнтерологии, гематологии, дерматовенерологии, инфекционным болезням, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, колопроктологии, лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, неврологии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), офтальмологии, профпатологии, психотерапии, пульмонологии, ревматологии, рентгенологии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии, эндоскопии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: неврологии, хирургии. При оказании паллиативной медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; терапии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым), медицинским осмотрам профилактическим; при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приемные родители, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе профессиональной пригодности, экспертизе временной нетрудоспособности., (адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа 302021, г. Орел, пл. Ленина, д.1, тел. 4862(47-53-47), **в лице главного врача, Петинной Н.В.,** действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», уведомляет **Пациента** (потребителя/заказчика)

Фамилия имя отчество телефон, адрес проживания

о том, что, в связи с отсутствием в БУЗ Орловской области «Поликлиника №2» врача-психиатра и врача-нарколога, освидетельствование у данных специалистов проводится в БУЗ Орловской области «Орловский психоневрологический диспансер» (адрес осуществления деятельности: г. Орел, пер. Соляной 28), и БУЗ Орловской области «Орловский наркологический диспансер» (адрес осуществления деятельности: г. Орел, ул. Карачевская 42 «а»). Условия, порядок и стоимость освидетельствования устанавливаются во внутренних нормативных документах этих учреждений. 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.

Исполнитель:

Бюджетное учреждение здравоохранения
Орловской области «Поликлиника №2»
г. Орел, ул.8-е марта, д.2

Петина Н.В.

(подпись, Ф.И.О.)

« ___ » _____ 20__ г.

Пациент (паспортные данные):

ФИО _____
паспорт серия ___ № _____
адрес по месту регистрации _____

(подпись, ФИО)

« ___ » _____ 20__ г.

Информированное добровольное согласие пациента (потребителя, законного представителя пациента) на получение платных медицинских услуг

Я _____,

(ФИО полностью)

являясь законным представителем пациента (подчеркнуть в случае необходимости) _____

_____ (указать ФИО пациента полностью)
настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в БУЗ Орловской области «Поликлиника №2» (Исполнитель) в рамках письменного договора от «___» _____ 20__ г.

№ _____ (далее-Договор). При этом Исполнитель в доступной для меня форме:

-ознакомил с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012г. №1006);

-ознакомил с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;

-уведомил о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

-уведомил в письменной форме до заключения Договора о том, что 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.

Настоящее соглашение мною прочитано и подписано после проведения разъяснительной беседы и ознакомления с информацией по порядку предоставления платных медицинских услуг и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг. Своей подписью подтверждаю дачу согласия Исполнителю на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в Федеральном законе №152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по Договору.

Пациент _____ / _____ /Специалист _____
(расшифровка подписи) (указать ФИО)

Дата «___» _____ 20__ г.