

**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-57-01-001192, выдана Департаментом здравоохранения Орловской области 22.06.2017 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, Петинной 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 0000000000000000130

Тел.: (4862) 45-34-15

*Пациент:*

\_\_\_\_\_

паспорт серия \_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

адрес по месту регистрации \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

адрес фактического проживания \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Петина 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-57-01-001192. выдана Департаментом здравоохранения Орловской области 22.06.2017 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

---

действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, уведомляет **Пациента** (потребителя/заказчика)

---

<i>Фамилия имя отчество</i>	<i>телефон,</i>	<i>адрес проживания</i>
-----------------------------	-----------------	-------------------------

---

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

*Пациент (паспортные данные):*  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Петина Н.В.

(подпись, Ф.И.О. )

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(подпись, ФИО)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.