

## 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-57-01-001282, выдана Департаментом здравоохранения Орловской области 25.04.2018 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 Сергеева П.В.**, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, с одной стороны и граждан (-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 40601810645251000029

Отделение Орел

БИК 045402001

ИНН 5753011890

КПП 575301001

КБК 0000000000000000130

Тел.: (4862) 45-34-15

*Пациент:*

ФИО \_\_\_\_\_

паспорт серия \_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_

адрес по месту регистрации \_\_\_\_\_

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

контактный номер телефона: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись, Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(подпись, Ф.И.О.)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ год

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ год

М.П.



(подпись, Ф.И.О. )  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(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.