

Договор \_\_\_\_\_  
на оказание платных медицинских услуг

г. Кулебаки

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ Г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области «Кулебакская центральная районная больница» (ГБУЗ НО «Кулебакская ЦРБ»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_ действующего на основании \_\_\_\_\_, с одной стороны, и \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Заказчик», действующий в интересах \_\_\_\_\_, именуемого в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем.

**1. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА**

**1.1. Сведения об Исполнителе.**

1.1.1. Наименование организации: ГБУЗ НО «Кулебакская ЦРБ»

1.1.2. Адрес местонахождения: 607010, Нижегородская область, г. Кулебаки, ул. Степана Разина, д. 95.

1.1.3. Адрес места оказания медицинских услуг: в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности.

1.1.4. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ, с указанием органа, осуществляющего гос. регистрацию: ОГРН 1025202101616, ИНН 5251002531, свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ серия 52 № 004917059, выданное Межрайонной инспекцией МНС России № 4 по Нижегородской области.

1.1.5. Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01164-52/00368610 от 23.08.2019г., выданная бессрочно Министерством здравоохранения Нижегородской области (г. Н.Новгород, ул. Малая Ямская, д. 78, (831) 435-31-91).

1.1.6. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, содержится в соответствующей лицензии Исполнителя и находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на официальном сайте Исполнителя.

1.1.7. Сайт <https://klbcrb.ru/>

**1.2. Сведения о Заказчике.**

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

1.2.2. Адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения: \_\_\_\_\_

1.2.3. Телефон: \_\_\_\_\_

1.2.4. \_\_\_\_\_ Данные документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_

**1.3. Сведения о Потребителе.**

1.3.1. Фамилия, имя и отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

1.3.2. Адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения: \_\_\_\_\_

1.3.3. Телефон: \_\_\_\_\_

1.3.4. Данные документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_

**2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

2.1. На условиях настоящего Договора Исполнитель обязуется оказать Потребителю на возмездной основе медицинские услуги/комплекс медицинских услуг в соответствии с Приложением к настоящему Договору, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а Потребитель и/или Заказчик обязуется принять и оплатить медицинские услуги, в порядке и в сроки, установленные Договором.

2.2. При необходимости Потребителя, с его согласия, могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень которых определяется в дополнительном соглашении к настоящему Договору.

**3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

**3.1. Исполнитель обязуется:**

3.1.1. Организовывать и оказывать медицинские услуги в соответствии с лицензией и действующим законодательством Российской Федерации.

3.1.2. Обеспечить Потребителя бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской помощи. Предложить Потребителю ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на предоставление платных медицинских услуг, а так же дополнительных услуг, необходимых для исполнения договора.

3.1.3. Уведомить Потребителя 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/получения медицинской услуги, по письменной заявке Потребителя выдать 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 в порядке и сроки установленные Приказом Минздрава России и локальными нормативными актами.

3.1.5. Проинформировать Потребителя (Заказчика) о возможных, но не обязательных рисках возникновения побочных эффектов, осложнений для здоровья в силу специфики самой медицинской технологии.

3.1.6. Сохранять конфиденциальность информации о факте обращения Потребителя за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иных сведений, полученных при его медицинском обследовании и лечении (соблюдение врачебной тайны), в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах.

3.1.7. Выдать по обращению Заказчика документы, подтверждающие фактические расходы Заказчика на оказанные медицинские услуги и (или) приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения.

3.1.8. Оказать медицинские услуги качественно и в сроки, указанные в настоящем договоре, в соответствии с положением об организации медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Минздравом России, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, утвержденных Минздравом России.

**3.2. Исполнитель имеет право:**

3.2.1. Получать от Потребителя всю информацию, необходимую для качественного и полного оказания ему платных медицинских услуг.

3.2.2. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

3.2.3. Требовать от Потребителя бережного отношения к имуществу Исполнителя и соблюдения им Правил внутреннего распорядка Поликлиники.

3.2.4. Отказаться в оказании платных медицинских услуг при выявлении противопоказаний у Пациента.

3.2.5. Отказать Пациенту в оказании медицинской помощи в случае нарушения им условий п. 3.3 настоящего Договора.

**3.3. Потребитель и/или Заказчик обязуется:**

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

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

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

3.3.4. Являться на прием в назначенное время, о невозможности явки на прием уведомить по телефону не менее чем за 4 часа до назначенного времени приема. При опоздании пациента на прием более чем на 15 минут, Исполнитель вправе отказать в оказании услуги, либо услуга оказывается в порядке живой очереди при наличии резервов у специалиста.

3.3.5. Ознакомиться и подписать: информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, которое хранится в медицинской карте. Без подписания документов, указанных в настоящем пункте Договора, оказание медицинских услуг Пациенту по настоящему договору невозможно.

3.3.6. Выполнять Правила внутреннего распорядка Поликлиники, требования и предписания медицинского персонала Исполнителя как необходимые условия предоставления ему качественной медицинской помощи.

#### **3.4. Потребитель и/или 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.
  - 3.4.3. Получать отражающие его здоровье медицинские документы (копии и выписки из медицинских документов) в соответствии с Положением о хранении медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, основаниях, сроках и порядке предоставления копии медицинской карты и выписок, порядком ознакомления с медицинской документацией, утвержденным приказом главного врача.
  - 3.4.4. Отказаться от получения медицинских услуг полностью или частично.
- 3.5. Потребитель и Исполнитель обладают и несут иные права и обязанности, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

#### **4. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА**

- 4.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления потребителя (законного представителя потребителя) и согласия Потребителя приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Потребителя или Заказчика.
- 4.2. Сроки ожидания платных медицинских услуг, в том числе сроки ожидания оказания медицинских услуг в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических и лабораторных исследований, консультаций врачей-специалистов составляет не более 14 календарных дней.
- 4.3. Исполнитель оказывает Потребителю/Заказчику медицинские услуги в срок, не превышающий 30 календарных дней с даты заключения настоящего договора. Данный срок может быть увеличен, если в процессе оказания медицинских услуг появятся обстоятельства, влияющие на увеличение указанного срока.
- 4.4. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством России.
- 4.5. Потребитель 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.
- 4.6. Потребитель дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Потребителя 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.
- 4.7. Медицинская услуга считается оказанной качественно при условии, что при её оказании Исполнителем были соблюдены обязательные требования соответствующих нормативно-правовых актов, услуга была оказана своевременно и в согласованном Сторонами объеме, были правильно выбраны методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.
- 4.8. Претензии принимаются в течение десяти дней со дня, когда услуга, повлекшая за собой претензию Потребителя/Заказчика, была оказана.
- 4.9. Обращения граждан принимаются по адресу: 607010, Нижегородская область, г. Кулебаки, ул. Воровского, д.1а.
- 4.10. Все претензии, поступившие Исполнителю в письменном виде, рассматриваются в сроки, установленные законодательством Российской Федерации.

#### **5. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

- 5.1. Стоимость предоставляемых медицинских услуг указана в Приложении к Договору и не подлежит изменению в течение всего срока его действия.
- 5.2. Оплата медицинских услуг осуществляется до начала оказания медицинских услуг:
  - по безналичному расчету - на расчетный счет Исполнителя, указанный в реквизитах Сторон;
  - путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя.
- 5.3. Возврат оплаченных денежных средств за оказание платных медицинских услуг осуществляется в соответствии с утвержденным Положением о порядке предоставления платных медицинских услуг в ГБУЗ НО «Кулебакская ЦРБ».
- 5.4. При необходимости оказания услуг, не входящих в объем оплаченной Программы (по желанию пациента и по рекомендации врача-специалиста), данные услуги оказываются по ценам действующего прейскуранта.

#### **6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ**

- 6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует до полного исполнения принятыми сторонами обязательств.
- 6.2. Настоящий Договор может быть изменен либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленному в виде дополнительного Соглашения Сторон и подписанного Исполнителем и Потребителем и/или Заказчиком.
- 6.3. Настоящий Договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по настоящему Договору.

#### **7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

- 7.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.
- 7.2. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение, ненадлежащее исполнение явилось следствием непреодолимой силы, форс-мажорных обстоятельств и по иным обстоятельствам, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.
- 7.3. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителю/Заказчику в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 7.4. Исполнитель освобождается от ответственности:
  - 7.4.1. за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Потребителем/Заказчиком условий настоящего Договора, в том числе осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Потребителя/Заказчика, а также в случае, если Потребитель/Заказчик не проинформировал Исполнителя о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.
  - 7.4.2. за наступление осложнений, возникновение побочных результатов, ухудшение первоначально достигнутого результата в случаях: отказа Заказчика от дополнительных обследований, объективно необходимых для назначения и проведения лечения и профилактики нежелательных возможных осложнений; невыполнения или ненадлежащего выполнения Потребителем/Заказчиком назначений и рекомендаций лечащего врача и специалистов Исполнителя, в том числе дома; отказа Потребителя/Заказчика от необходимого курса лечения или самовольного прерывания проводимого курса лечения; наличия у Потребителя/Заказчика общих заболеваний, требующих терапевтического лечения, скрытых Потребителем/Заказчиком и вследствие этого, не учтенных лечащим врачом при назначении лечения; наличия у Потребителя/Заказчика индивидуальной непереносимости и (или) патологических токсических реакций на медикаментозные средства и (или) пломбирочные материалы, выявленных в процессе оказания медицинских услуг.
- 7.5. Все споры и разногласия, возникшие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров между Сторонами, а в случае недостижения согласия - в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

#### **8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

- 8.1. Договор составляется в 3 экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй - у заказчика, третий - у потребителя. В случае если договор заключается потребителем и исполнителем, он составляется в 2 экземплярах.
- 8.2. Стороны договорились о возможности использования факсимиле подписи (клише с подписи) уполномоченного лица Исполнителя для подписания настоящего договора и документов, необходимых для заключения и исполнения договора, в качестве аналога собственноручной подписи, равнозначного собственноручной подписи. При этом указанные документы имеют такую же юридическую силу, какую бы имели документы, подписанные уполномоченным лицом Исполнителя собственноручно на основании пункта 2 статьи 160 Гражданского кодекса Российской Федерации.
- 8.3. Все приложения и дополнительные соглашения являются неотъемлемой частью Договора.
- 8.4. В момент подписания настоящего Договора Потребитель/Заказчик ознакомлен с перечнем работ (услуг), отраженных в лицензии на медицинскую деятельность. В момент подписания настоящего Договора Потребитель/Заказчик имел возможность ознакомления с Прейскурантом на медицинские услуги, понимает содержащуюся в нем информацию, согласен с действующими ценами на медицинские услуги и согласен с оплатой в полном размере до начала оказания медицинских услуг по настоящему Договору, а также ознакомлен с Правилами внутреннего распорядка Учреждения

\_\_\_\_\_ /  
подпись

\_\_\_\_\_ /  
расшифровка подписи

#### **9. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН**

| Исполнитель  | Заказчик   | Потребитель  |
|--|--|--|
| ГБУЗ НО «Кулебакская ЦРБ»<br>Юридический адрес: 607010 Нижегородская обл., г. Кулебаки, ул. Ст. Разина, 95<br>Е-mail: crb_klb@mail.52gov.ru<br>ИНН 5251002531 КПП 525101001<br>Единый казначейский счет 40102810745370000024<br>Казначейский счет 03224643220000003200<br>ВОЛГО-ВЯТСКОЕ ГУ БАНКА ОССИИ/УФК по Нижегородской области г. Нижний Новгород<br>БИК 012202102<br>Получатель: Министерство финансов Нижегородской области (ГБУЗ НО «Кулебакская ЦРБ» л/с 24001120340) | адрес и реквизиты указаны в п. 1.2. раздела 1 Договора       | адрес и реквизиты указаны в п. 1.3. раздела 1 Договора       |
| _____ / _____ /<br><i>подпись</i> <i>расшифровка подписи</i> М.П.  | _____ / _____ /<br><i>подпись</i> <i>расшифровка подписи</i> | _____ / _____ /<br><i>подпись</i> <i>расшифровка подписи</i> |

Приложение № 1  
к Договору № \_\_\_\_\_  
от \_\_\_\_\_

**Перечень медицинских услуг оказываемых  
по договору на оказание платных медицинских услуг**

| № п/п         | Наименование услуги | Цена (ед.) | Кол-во (ед.) | Сумма |
|---------------|---------------------|------------|--------------|-------|
|               |                     |            |              |       |
|               |                     |            |              |       |
|               |                     |            |              |       |
|               |                     |            |              |       |
|               |                     |            |              |       |
|               |                     |            |              |       |
|               |                     |            |              |       |
|               |                     |            |              |       |
|               |                     |            |              |       |
|               |                     |            |              |       |
|               |                     |            |              |       |
|               |                     |            |              |       |
|               |                     |            |              |       |
|               |                     |            |              |       |
| <b>ИТОГО:</b> |                     |            |              |       |

Всего услуг на сумму \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) рублей.

Я, \_\_\_\_\_ настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение вышеуказанных платных медицинских услуг. Мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи, в объеме, предусмотренном Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в соответствии со ст.ст. 80, 81 Федерального закона № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

\_\_\_\_\_ (личная подпись)

Исполнитель  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
М.П.

Заказчик  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
*подпись*                      *расшифровка подписи*

Потребитель  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
*подпись*                      *расшифровка подписи*