Договор

возмездного оказания медицинских услуг

р.п. Чишмы « » 2023 г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Чишминская центральная районная больница (далее по тексту - ГБУЗ РБ Чишминская ЦРБ), в лице главного врача Р.Р. Галимова, действующего на основании Устава и Лицензии на осуществление медицинской деятельности №041-01170-02/00382861 от 25.12.2020, выданной Министерством здравоохранения Республики Башкортостан бессрочно, идентификационный номер налогоплательщика - 0250004368, государственный регистрационный номер - 1020201395818, именуемая в дальнейшем «Исполнитель», в лице гражданина (ки) или его (ее) законного представителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя и отчество)

паспорт: \_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора
2. В соответствии с настоящим договором Исполнитель обязуется оказать медицинские услуги, а Потребитель обязуется оплатить эти услуги.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Наименование медицинских услуг (медосмотр, м\о ф 068, УЗИ ОПБ и пр.), код услуги | Количество | Срок  исполнения | Срок  гарантии | Цена  услуги по прейскуранту,  (руб.) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | сумма к оплате (руб.) итого: |  |  |  |  |

1. Потребитель при подписании настоящего договора ознакомлен с перечнем предоставляемых Исполнителем услуг, стоимостью и условиями их предоставления, о действующих льготах для отдельных категорий граждан и отказывается от предложенной ему альтернативной возможности получения этого вида медицинской помощи бесплатно за счет государственных средств.
2. Права и обязанности сторон

Права Исполнителя:

* 1. Исполнитель вправе самостоятельно определять объем исследований и необходимых действий, направленных на установление верного диагноза и оказания медицинской услуги.
  2. Исполнитель вправе с уведомлением Потребителя вносить изменения в лечение и провести дополнительное специализированное лечение.
  3. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для проведения медицинской услуги, Исполнитель вправе назначить другого врача.

Обязанности Исполнителя:

* 1. Исполнитель принимает на себя обязательство оказать услуги, указанные в п. 1.1. настоящего договора, в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, соблюдаться порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.5. Услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.6. Исполнитель обязан предоставлять Потребителю информацию о ходе оказания медицинской услуги, связанных с ней рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи в понятной и доступной форме.

2.7. До заключения договора исполнитель в письменной форме уведомляет потребителя (заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя, 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 (п. 24 главы 4 Постановление Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006».

2.8. Исполнитель обязуется сохранить конфиденциальность информации о врачебной тайне Потребителя.

Права Потребителя:

2.9. Потребитель вправе требовать от Исполнителя надлежащего качества предоставляемой медицинской услуги.

2.10. Потребитель имеет право отказаться от медицинских услуг по настоящему договору и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с оказанием услуг.

Обязанности Потребителя:

2.11. Потребитель обязан до оказания медицинской услуги информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

2.12. Потребитель обязуется соблюдать правила поведения, принятые Исполнителем для пациентов.

2.13. Потребитель обязуется выполнять все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказыва­ющих ему по договору медицинские услуги, по лечению, в том числе Потребитель обязан соблюдать указания медицинского учреждения, которые он должен соблюдать после оказания услуги.

1. Стоимость услуг и порядок платежей
   1. Стоимость услуг, оказываемых по настоящему договору, тарифицируемых в соответствии с прейскурантом Исполнителя и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.
   2. Оплата услуг, оказываемых по настоящему Договору, оплачивается после получения услуг, указанных в п 1.1 настоящего Договора, путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. С согласия потребителя услуга может быть оплачена им при заключении Договора в полном размере или путем выдачи аванса.
2. При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ по результатам обследования и лечения стоимость оказываемых по настоящему договору услуг может быть изменена Исполнителем в одностороннем порядке с учетом уточненного диагноза, сложности операции и иных затрат на лечение.
3. Ответственность сторон
   1. Исполнитель несет ответственность за соблюдение норм санитарно-гигиенического режима, эффективности и правильности эксплуатации медицинского оборудования, выполнения врачебных и сестринских манипуляций, соблюдения методик диагностики, профилактики, лечения, профессиональной этики и деонтологии.
   2. Исполнитель не несет ответственности за' результаты оказания медицинских услуг в случаях несоблюдения Заказчиком рекомендаций по лечению и иных неправомерных действий.
   3. Потребитель вправе предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации.
   4. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором или в связи с ним, стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров.
   5. При невозможности урегулирования споров путем переговоров Стороны передают спор на рассмотрение в суд с соблюдением правил о подведомственности и подсудности с соблюдением обязательного претензионного порядка.
4. Качество услуги
   1. При обнаружении недостатков оказанной услуги потребитель вправе по своему выбору потребовать: безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги; соответствующего уменьшения цены выполненной услуги; возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги своими силами или третьими лицами.
5. Конфиденциальность
   1. Стороны договорились о соблюдении полной конфиденциальности в их отношениях. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по настоящему Договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия Потребителя (ст. 13 «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ).
   2. Учреждение оставляет за собой право привлекать другие организации и отдельных специалистов в интересах Пациентов для решения поставленных вопросов, сохраняя конфиденциальность (ст. 13 «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» от 21.11.2011 Ms 323-ФЗ).
   3. При разглашении одной из сторон сведений, относящихся к категории конфиденциальной информации, виновная сторона несёт ответственность и обязана возместить другой стороне понесенные ею в связи с этим убытки.
6. Срок действия договора
   1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного исполнения обязательств сторонами по настоящему договору.
   2. Любые изменения и дополнения к настоящему договору должны быть составлены в письменной форме и подписаны сторонами либо их уполномоченными представителями.
   3. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.
7. **Подписи и реквизиты сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель** | **Потребитель** |
| **ГБУЗ РБ Чишминская ЦРБ**  ОГРН 1020201395818, МРИ ФНС России №32 по РБ  внесено в ЕГРЮЛ серия № свидетельства 02 002881808  от 29.10.2002  **ИНН / КПП** 0250004368 / 025001001  **юр. адрес** :452172, РФ, РБ, Чишминский район, р.п. Чишмы,  ул. Речная, д.2А  Адрес места нахождения ЮЛ: 452172, РФ, РБ,  Чишминский район, р.п. Чишмы, ул. Речная, д.2А  **тел/факс** (34797) 2-15-36, 2-18-75  **лицензиат:** Министерство здравоохранения Республики Башкортостан – 450002, г. Уфа,  ул. Тукаева , 23 тел. (347) 218-00-81 факс 218-00-62  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Р.Р. Галимов  «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  м.п. | **ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Отношение к Потребителю\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  адрес регистрации (места жительства):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  (подпись, фамилия и инициалы)  «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  *Уведомлен, что несоблюдение указаний исполнителя, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  (подпись, фамилия и инициалы) |
|  | *Эта часть заполняется после оказания услуг*  Услуги получены в полном объеме, претензий к «Исполнителю» не имею.  Потребитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  (подпись, фамилия и инициалы)  «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. |

Приложение к Договору возмездного оказания медицинских услуг

№ \_\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА   
НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Я, гражданин(ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ознакомился (ась) с «Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи в Республике Башкортостан», об условиях и сроках получения бесплатной медицинской помощи информирован(а).

Мне разъяснен порядок оказания бесплатной медицинской помощи.

Я ознакомлен с тем, что могу получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях на других условиях.

Своей подписью я подтверждаю свое желание на получение платных медицинских услуг в данной медицинской организации ГБУЗ РБ Чишминская ЦРБ.

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение к Договору возмездного оказания медицинских услуг

№ \_\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 (ФИО потребителя и адрес проживания)

**УВЕДОМЛЕНИЕ**

ГБУЗ РБ Чишминская ЦРБ уведомляет Вас о том, что в соответствии с п. 24 главы 4 Постановление Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006», несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя, 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.

Главный врач

ГБУЗ РБ Чишминская ЦРБ Р.Р. Галимов

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

Потребитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись, фамилия и инициалы)

дата ознакомления с уведомлением «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.