

Договор № 00000000
оказания платных медицинских услуг

г. Липецк

Государственное учреждение здравоохранения «Липецкий областной онкологический диспансер», в лице начальника отдела по оказанию платных медицинских услуг Парышевой Екатерины Сергеевны, действующей на основании Доверенности № 01 от 23.01.2018г., выданной главным врачом Шинкаревым Сергеем Алексеевичем, действующим на основании Устава и Лицензии на осуществление медицинской деятельности №ЛО-48-01-001630 от 23.03.2017г., выданной Управлением здравоохранения Липецкой области, именуемый в дальнейшем Исполнитель, и

(ФИО заказчика – физического лица)

именуемый в дальнейшем Пациент, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется оказывать Пациенту по его желанию и на возмездной основе следующие медицинские услуги:

№	Наименование медицинских услуг	Стоимость, руб.	Количество	Сумма, руб.	Дата предоставления услуги
1					
2					
3					
4					
5					
6					

1.2. Заказчик обязан оплатить оказанные услуги в срок и в порядке, предусмотренные в разделе 3 настоящего договора.

2. Условия и сроки предоставления услуг

2.1. Заказчик информирован о Программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на территории Липецкой области, порядком и условиями её предоставления и подтверждает, что услуги по настоящему договору оказываются вне рамок данной программы, а являются платными в соответствии с пожеланиями Пациента.

2.2. Срок предоставления услуг по настоящему договору с _____ по _____

3. Цена и порядок расчетов

3.1. Общий размер платежа, подлежащего оплате Пациентом за предоставленные услуги в соответствии с действующим в учреждении прейскурантом составляет _____

3.2. Оплата услуг осуществляется Пациентом в порядке 100-процентной предоплаты до получения услуги путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3.3. Расчеты с населением за предоставление платных медицинских услуг осуществляются учреждением с применением контрольно-кассовых машин.

3.4. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Пациента с учетом уточненного диагноза, сложности операции и иных затрат на лечение, данные изменения к договору должны быть произведены и подписаны обеими сторонами договора.

4. Права и обязанности сторон

4.1. Исполнитель обязан:

4.1.1. Предоставить Пациенту бесплатную, доступную, достоверную информацию о порядке и условиях предоставления им бесплатной медицинской помощи и платных услуг, после чего Пациент подписывает информированное согласие на оказание платных услуг.

4.1.2. Обеспечить соответствие предоставляемых платных медицинских услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения.

4.1.3. Ознакомить Пациента, по его требованию, с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья и выдавать по его письменному требованию или его представителя копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья.

4.2. Исполнитель имеет право:

4.2.1. Определять самостоятельно объем исследований и оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи пациенту (в соответствии со спецификой учреждения).

4.2.2. Получить от Пациента плату за предоставляемые медицинские услуги в размере, установленном в

разделе 1 настоящего договора.

4.3. Пациент обязан:

4.3.1. До оказания медицинских услуг сообщить Исполнителю все сведения о перенесенных и имеющихся заболеваниях, известных ему противопоказаниях к применению каких-либо лекарств или процедур, возможных аллергических реакциях, индивидуальных особенностях организма.

4.3.2. Точно выполнять назначения лечащего врача, незамедлительно сообщать о любых изменениях самочувствия при прохождении курса лечения; отказаться на весь курс лечения от употребления наркотиков и лекарств их содержащих, психотропных препаратов, алкогольсодержащих напитков; соблюдать правила поведения в учреждении и режим его работы.

4.4. Пациент имеет право:

4.4.1. Требовать предоставления сведений о наличии лицензии, о расчете стоимости предоставляемых услуг.

4.4.2. Получать у Исполнителя для ознакомления копии данных, касающихся протекания лечения, данных обследований, результатов анализов, протоколов консилиумов и т.д.

4.4.3. Обратиться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу.

4.4.4. Отказаться от медицинского вмешательства в любое время, возместив Исполнителю фактически понесенные затраты.

5. Ответственность сторон

5.1. Стороны договора несут ответственность за неисполнение взятых на себя обязательств в соответствии с действующим законодательством.

5.2. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам исполнения услуг Пациент имеет право требовать по своему выбору: исполнения услуги другим специалистом; расторжения договора и возмещения убытков; назначения нового срока исполнения услуги.

6. Изменение и прекращение договора

6.1. Изменение и расторжение договора возможны по соглашению сторон.

6.2. По требованию одной из сторон договор может быть изменен или расторгнут в случаях, предусмотренных действующим законодательством.

7. Заключительные положения

7.1. Все дополнения и приложения к настоящему договору вступают в силу с момента подписания и являются его неотъемлемой частью.

7.2. Все споры, возникающие в ходе реализации данного договора, решаются в установленном законом порядке

7.3. Все вопросы, не урегулированные в настоящем договоре, разрешаются в соответствии с действующим законодательством.

7.4. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу. Один экземпляр для Пациента, другой для Исполнителя.

8. Адреса, реквизиты, подписи сторон

Юридический адрес:

398005, г. Липецк, ул. Адмирала Макарова, 1 е

Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ

Инспекция МНС России по Центральному району

г. Липецка серия 48 №000799428 от 29 ноября

2002 г., ОГРН 1024800834277 тел.42-50-01

Пациент:

ФИО _____

Адрес _____

Тел. _____

Подпись _____

Подпись _____ Парышева Е.С..