

Не соблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

_____ Заказчик

ДОГОВОР № _____

г.Шахты

« ____ » _____ 20__ г

Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения Дом сестринского ухода №2 города Шахты Ростовской области (МБУЗ ДСУ №2 г.Шахты), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», расположенное по адресу: 346536, г. Шахты, ул. Таловская, д.4, тел.:8(8636) 28-98-84, в лице директора Ивановой Татьяны Юрьевны, действующего на основании Устава. ЕГРЮЛ за государственным номером 2126182074137 от 03 декабря 2012 г., выданный МИФНС №12 по Ростовской области г.Шахты. Лицензия № ЛО-61-01-006731 от 11.10.2018г., выданная лицензионным отделом Министерства Здравоохранения Ростовской области, расположенного по адресу: 344029 г. Ростов –на– дону, ул. 1-й Конной Армии, д. 33, тел.: 8(863) 242-41-09., и гражданин(ка) _____

_____, дата рождения: _____, проживающий(ая) по адресу: _____, тел. _____, в

лице законного представителя _____ паспорт серии _____ номер _____ выдан _____,

проживающий(ая) по адресу: _____, тел. _____.

именуемый в дальнейшем «Заказчик», в связи с Постановлением Правительства РФ № 1006 от 04.10.2012г. "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг", заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Настоящий договор подразумевает оказание работ (услуг) составляющих медицинскую деятельность учреждения в соответствии с лицензией учреждения № ЛО-61-01-006731 от 11.10.2018г.

1.2. По настоящему договору «Исполнитель» обязуется оказать «Заказчику» платную медицинскую(ие) услугу(и) _____

Далее по тексту договора именуемую(ые) «услуга», а «Заказчик» обязуется оплатить стоимость услуг в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим договором.

1.3. Срок оказания медицинской услуги: с « ____ » _____ 20__ г. по « ____ » _____ 20__ г. Сроки оказания медицинской услуги могут быть изменены «Исполнителем» при необходимости дополнительной подготовки к оказанию услуг (и), вызванной в том числе физиологическими особенностями организма, а также состояния «Заказчика».

2. Стоимость медицинского обслуживания и порядок расчета

2.1 Стоимость услуги согласно прейскуранту «Исполнителя» составляет: _____ руб.

2.2 Перечень медицинских услуг, оказываемых «Заказчику» в соответствии с настоящим договором, определяется в Спецификации, которая является неотъемлемой частью настоящего договора.

СПЕЦИФИКАЦИЯ

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Количество услуг	Цена одной услуги, руб.	Стоимость медицинской услуги, руб.
ВСЕГО:				

2.3 Оплата услуги производится «Заказчиком» и (или) третьим лицом в порядке стопроцентной предоплаты, до получения услуг (и), путем внесения денежных средств на расчетный счет «Исполнителя».

3. Сведения о лице, заключившем договор от имени Исполнителя

Должность _____

Ф.И.О. _____

Подпись _____

4. Права и обязанности сторон

- 3.1 «Исполнитель» принимает на себя обязательство оказывать услуги, указанные в п. 1.2. настоящего договора.
- 3.2 «Исполнитель» после исполнения договора выдает «Заказчику» медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.
- 3.3 «Исполнитель» вправе отказать в проведении лечебно-диагностических мероприятий в случае невыполнения требований лечащего врача и условий настоящего договора. В случае невыполнения «Заказчиком» рекомендаций лечащего врача, «Исполнитель» вправе расторгнуть договор в одностороннем порядке.
- 3.4 «Заказчик» обязуется:
- оплатить предоставленные «Исполнителем» медицинские услуги, согласно прейскуранту;
 - подробно информировать врача об имеющихся заболеваниях, ранее перенесенных травмах, операциях, непереносимых лекарствах и других аллергических реакциях.
- 3.5 «Заказчик» имеет право в случае возникновения осложнений, не зависящих от действий медперсонала, повлекших удлинение сроков или расширения объема лечения, произвести доплату за фактический объем медицинской помощи.
- 3.6 Стороны обязуются сохранять конфиденциальность информации о стоимости услуг по настоящему договору, а также в вопросах медицинской этики.

5. Срок действия договора

- 5.1 Настоящий договор вступает в силу с момента получения МБУЗ ДСУ №2 г.Шахты оплаты в соответствии с п.2.2 настоящего договора.
- 5.2 Настоящий договор составляется в двух экземплярах между «Заказчиком» и «Исполнителем». Каждый экземпляр имеет равную юридическую силу.

6. Особые условия

- 6.1 В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, «Исполнитель» обязан предупредить об этом «Заказчика». Без согласия «Заказчика» «Исполнитель» не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.
- 6.2 Стороны заявляют о своих претензиях по исполнению настоящего договора в письменном виде и вправе расторгнуть договор по взаимному согласию.
- 6.3 Вред, причиненный жизни и здоровью «Заказчика» в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению «Исполнителем» в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7. Иные условия, определяемые по соглашению сторон

8. Адреса, реквизиты и подписи Сторон

Исполнитель:

МБУЗ ДСУ №2 г.Шахты
Адрес: 346536, Ростовская область, г.Шахты,
ул.Таловская, д.4 Тел.:8(8636) 28-98-84
ИНН 6155039731 КПП 615501001
р/с 40102810845370000050 в Отделении Ростов-на-Дону
БИК 016015102
л/с 20586Х79470
в УФК по Ростовской области

Заказчик:

Я, (Заказчик) осведомлен о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взыскания платы в рамках программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, аналогичных медицинских услуг в других медицинских учреждениях и на других основаниях. Я ознакомлен с содержанием медицинских услуг с использованием технологии и расходных материалов отечественного производства, предоставляемых бесплатно, за счет средств бюджета или средств обязательного медицинского страхования, а также с содержанием медицинских услуг с использованием технологии и расходных материалов в т.ч. импортного производства, оказываемых платно (по настоящему договору). Своей подписью я подтверждаю отказ от медицинских услуг, которые могут быть оказаны бесплатно, в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, за счет средств ОМС или бюджета. Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить указанную медицинскую услугу в соответствии с ним.

Перед подписанием настоящего договора я был(а) ознакомлен(а) с действующими:

- прейскурантом цен на платные медицинские услуги, оказываемые в МБУЗ ДСУ №2 г.Шахты;
- режимом работы МБУЗ ДСУ №2 г.Шахты;

-основными потребительскими свойствами предоставляемых услуг, противопоказаниями для ее применения при отдельных видах заболеваний, с дополнительной информацией, касающейся особенностей предоставляемых медицинских услуг и условий ее предоставления, в доступной для меня форме в полном объеме.

Содержание договора, а также выше указанных документов мне разъяснено и понятно.

ИСПОЛНИТЕЛЬ

Директор МБУЗ ДСУ №2 г.Шахты

ЗАКАЗЧИК