

Договор № \_\_\_\_\_  
на оказание платных медицинских услуг

г. Киселевск

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Поликлиника» (ООО «Поликлиника»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Стульевой Алины Серафимовны, действующей на основании Устава и Лицензии № ЛО-42-01-003798 от 28 июля 2015г., выданной Управлением лицензирования медикофармацевтических видов деятельности Кемеровской области, с одной стороны, и гражданин(ка) \_\_\_\_\_, «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года рождения,

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан «\_\_» \_\_\_\_\_ г., кем: \_\_\_\_\_,

адрес: \_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. В соответствии с настоящим Договором «Исполнитель» обязуется оказать «Заказчику» на возмездной основе платные медицинские услуги, разрешенные на территории РФ, и отвечающие требованиям законодательства в сфере оказания медицинских услуг, а «Заказчик» обязуется своевременно оплатить стоимость предоставленных платных медицинских услуг, а также выполнять требования медицинской организации, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг.

1.2. Перечень оказываемых в рамках настоящего договора услуг определяется соответствующими приказами МЗ РФ.

### 2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1. Услуги по настоящему Договору оказываются в помещениях «Исполнителя» по адресу: 652726, г. Киселевск, ул. Дзержинского, д.6.

2.2. «Исполнитель» оказывает услуги по настоящему Договору в дни и часы работы «Исполнителя».

2.3. «Исполнитель» имеет право привлекать сторонние медицинские учреждения (организации) для оказания медицинских услуг.

### 3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору производится «Заказчиком» в полном объеме в день оказания услуги.

3.2. Оплата производится в кассу (кассиру) «Исполнителя» наличными средствами (в рублях).

3.3. Стоимость услуги определяется Прейскурантом на медицинские услуги, действующим на момент заключения настоящего Договора.

3.4. Стоимость услуг, предоставляемых в рамках настоящего договора составляет \_\_\_\_\_ руб. (\_\_\_\_\_). (Приложение 1)

### 4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. «Исполнитель» обязан:

4.1.1. Своевременно оказывать медицинскую услугу «Заказчику» в соответствии с условиями настоящего Договора.

4.1.2. Обеспечить «Заказчика» в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения об оказании услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг.

4.1.3. Обеспечить «Заказчика» ознакомлением с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию «Заказчика» копии медицинских документов, отражающие состояние здоровья «Заказчика».

4.2. Права и обязанности «Заказчика»:

4.2.1. «Заказчик» имеет право в доступной для него форме получить информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах оказания услуг, возможных варианты медицинских вмешательств, связанных с ними рисках, в том числе вероятность развития осложнений и неблагоприятных последствиях.

4.2.2. «Заказчик» обязуется подписать и надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора, своевременно информировать «Исполнителя» о любых обстоятельствах, препятствующих его исполнению одной и(или) обеими Сторонами (Приложение № 2).

4.2.3. «Заказчик» обязуется оплачивать медицинские услуги согласно прейскуранту и настоящему Договору.

4.2.4. «Заказчик» обязуется письменно подтвердить, что ознакомлен с информацией, касающейся особенностей медицинской услуги и условиями ее предоставления, то

4.2.4. «Заказчик» обязуется письменно подтвердить, что ознакомлен с информацией, касающейся особенностей медицинской услуги и условиями ее предоставления, то есть подтвердить свое «Добровольное информированное согласие» на ее оказание. Добровольное информированное согласие Пациента является неотъемлемой частью настоящего договора (Приложение № 3).

В случае отказа «Заказчика» от подтверждения добровольного информированного согласия на оказание услуги, «Исполнитель» вправе отказаться от оказания услуг

4.2.5. Соблюдать правила внутреннего распорядка и правила поведения пациента в медицинской организации в соответствии с лечебно-охранительным режимом.

#### 5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

5.1. «Исполнитель» обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения «Заказчика» за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна). 5.2. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия «Заказчика» или его представителя не допускается, в связи с чем «Заказчик» дает «Исполнителю» письменное Согласие на обработку его персональных данных (Приложение № 4).

#### 6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

6.1. «Исполнитель» несет ответственность в соответствии с законодательством РФ.

6.2. «Исполнитель» освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение «Заказчиком» условий настоящего Договора.

6.3. Все споры и разногласия, возникающие между Сторонами в ходе оказания услуг по настоящему Договору, решаются путем переговоров, в случае не достижения согласия разрешаются в порядке установленном законодательством РФ.

#### 7. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА, ОСВОБОЖДАЮЩИЕ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

7.1. Стороны не несут ответственности за неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это связано с возникновением обстоятельств непреодолимой силы (военных действий, природных явлений, забастовок, актов органов власти и управления, влияющих на выполнение контрактных обязательств). Сторона, пострадавшая от форс-мажорных обстоятельств, должна в течение 5 (Пяти) дней известить другую сторону о наступлении или окончании.

#### 8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

8.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до исполнения Сторонами своих обязательств.

8.2. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу: по одному для каждой из сторон. 9.

#### АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

«ИСПОЛНИТЕЛЬ»

ООО «Поликлиника»

Адрес: 652726, г. Киселевск, ул. Дзержинского д. 6;

тел/факс 8(38464)2-11-65; 2-14-45

ИНН 4211018043; КПП 421101001; ОГРН 1054211028596

Главный врач ООО «Поликлиника»

\_\_\_\_\_ / А.С. Стульева

«ЗАКАЗЧИК»

\_\_\_\_\_ (ФИО)

\_\_\_\_\_ (телефон)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

М.П.

Приложение 1  
к договору на оказание платных медицинских услуг  
от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_

Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых в рамках настоящего договор

№ пп	наименование	количество	цена услуги	стоимость

«ИСПОЛНИТЕЛЬ»

\_\_\_\_\_ / А.С. Стульева

«ЗАКАЗЧИК»

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

М.П.

Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг  
и заключение договора на оказание платных медицинских услуг  
(ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановление правительства РФ от 04.10.2012г. №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»).

Я, гр. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ г.р., зарегистрированный по адресу:  
\_\_\_\_\_ до получения платной медицинской услуги в

**Общество с ограниченной ответственностью «Поликлиника»**

и до заключения договора оказания платных медицинских услуг  
регистратором \_\_\_\_\_ в доступной для меня форме,  
проинформирована о нижеследующем:

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы, в рамках реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в других медицинских организациях г. Киселевска. — о перечне платных медицинских услуг, предоставляемых ООО «Поликлиника», о ценах на платные услуги, условиях, форме и порядке их предоставления и оплаты;
- о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, уровне их профессионального образования и квалификации;
- я предупреждена, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья;
- я информирована, что отказ потребителя от заключения договора оказания платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы ОМС.
- мною добровольно, своей волей и в своем интересе, без какого-либо принуждения, выбраны виды платных медицинских услуг, которые я хочу получить в ООО «Поликлиника», и согласен(-на) их оплатить.

В соответствии с п. 4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", в целях исполнения Исполнителем обязательств по Договору на оказание платных медицинских услуг, даю согласие ООО «Поликлиника» на обработку моих персональных данных, то есть на совершение действий, предусмотренных п. 3 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных".

Я разрешаю использовать мое имя, паспортные данные, результаты анализов и диагностических процедур, а также иную информацию о состоянии моего здоровья в медицинской и прочей учетно-отчетной документации, которую в соответствии с нормативными актами обязано вести ЛПУ;

Я разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию (на бумажных и электронных носителях) о моем диагнозе, степени и характере моего заболевания руководству предприятия, государственным внебюджетным фондам, страховым медицинским организациям, органам, осуществляющим надзорные функции (роспотребнадзор, росздравнадзор, прокуратура и др.), вышестоящим органам здравоохранения, городским и арбитражным судам и т.п.

Я удостоверяю, что текст настоящего информированное согласия мною прочитан, его положения мне понятны, я даю свое согласие на получение и оплату платных медицинских и иных услуг в ООО «Поликлиника» и на заключение договора оказания платных медицинских услуг с ООО «Поликлиника».

\_\_\_\_\_  
(подпись потребителя/законного представителя/заказчика) (расшифровка подписи)

\_\_\_\_\_  
дата