

Договор № _____
об оказании платных медицинских услуг

г. Сочи

« ____ » _____ 2017 г.

_____, именуем _____ в дальнейшем "Пациент", и ребенок
Ф.И.О. _____,

с одной стороны, и **ФГБУ ДДС им. Н.А. Семашко Минздрава РФ**, именуемый в дальнейшем "Исполнитель", в лице Директора Рассоха Ирины Акимовны, действующей на основании Устава и Лицензии на осуществление медицинской деятельности № ФС-23-01-004665 от 21.03.16г., с другой стороны, вместе также именуемые "Стороны", заключили настоящий Договор о нижеследующем:

ПОНЯТИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В НАСТОЯЩЕМ ДОГОВОРЕ

Платные медицинские услуги - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;

Пациент - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором.

Исполнитель - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги потребителям.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель на основании обращения Пациента обязуется оказать ему медицинские услуги указанные в Приложение №1 к настоящему договору (далее - «медицинские услуги»), а Пациент обязуется оплатить медицинские услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

1.2. Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения в соответствии с установленными в Учреждение Правилами предоставления платных медицинских услуг.

1.3. Платные медицинские услуги должны быть предоставлены в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, в том числе предъявляемыми к качеству медицинских услуг.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Обеспечить Пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения о:

а) порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;
б) сведениях о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

2.1.2. Оказывать Пациенту услуги, предусмотренные п. 1.1 настоящего Договора, а при необходимости и дополнительные услуги в соответствии с требованиями: Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг утвержденных Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006.

2.1.3. Не передавать и не показывать третьим лицам находящуюся у Исполнителя документацию о Пациенте.

2.1.4. Соблюдать порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.2. Пациент обязуется:

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

2.2.2. Кроме того, Пациент обязан:

- информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;
- соблюдать правила поведения пациентов в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения;
- выполнять все рекомендации медицинского персонала.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. Получать от Пациента любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

2.3.2. Требовать от Пациента соблюдения Правил оказания медицинских услуг.

2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с п. 1.1 настоящего Договора.

2.4.2. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни.

2.5. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора.

3. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА

3.1. В случае отказа Пациента после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. При этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

4. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

4.1. Стоимость медицинских услуг составляет _____ рублей,

4.2. Оплата Пациентом производится путем 100% предоплаты в кассу или на расчетный счет Исполнителя.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Исполнитель несет ответственность перед Пациентом в соответствии с действующим законодательством.

5.2. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон.

6. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

6.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

6.2. При не урегулировании спорных вопросов - спор подлежит рассмотрению в суде по месту нахождения Исполнителя.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

7.1. Срок действия настоящего Договора - с « ____ » _____ 2017 г. по « ____ » _____ 2017 г.

7.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию Сторон.

7.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны Сторонами.

7.4. Настоящий Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

8. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

«Исполнитель»:

ФГБУ ДДС имени Н.А.Семашко
Минздрава России
354206, г.Сочи, Лазаревский район,
ул. Семашко, д. 17а
Тел/факс: (8622) 522-850
ИНН 2318020997 КПП 231801001
Отдел № 14 УФК по Краснодарскому краю (ФГБУ ДДС им. Н.А. Семашко л/с
20186Х75640)
р/с 40501810000002000002 БИК 040349001

«Пациент»:

Ф.И.О. _____,
Паспорт: серия _____, № _____,
Выдан кем _____,
_____ г.
Зарегистрирован(а) по адресу: _____
_____ д. _____, кв. _____
Тел. № _____

Директор _____ И.А.Рассоха

Спецификация

Исполнитель: ФГБУ ДДС им. Н.А.Семашко Минздрава России
Юридический адрес: 354206, г. Сочи, Лазаревский район, ул. Семашко, д. 17а

Заказчик: _____
(Ф.И.О.)

№ п/п	Наименование услуг	Единица измерения	Цена, руб.	Количество	Сумма, руб.
1		усл. ед.			
2		усл. ед.			
3		усл. ед.			
4		усл. ед.			
5		усл. ед.			
6		усл. ед.			
7		усл. ед.			
8		усл. ед.			
9		усл. ед.			
10		усл. ед.			
	ИТОГО:				

Всего на сумму: _____

От «Исполнителя»:

От «Пациента»:

Директор ФГБУ ДДС им. Н.А.Семашко
Минздрава России

_____ И.А.Рассоха
м.п.

_____ / _____ /

АКТ
сдачи-приемки выполненных услуг

_____, именуем _____ в дальнейшем "Пациент", с одной стороны, и **ФГБУ ДДС им. Н.А. Семашко Минздрава РФ**, именуемый в дальнейшем "Исполнитель", в лице Директора Рассоха Ирины Акимовны, действующей на основании Устава и Лицензии на осуществление медицинской деятельности № ФС-23-01-004665 от 21.03.16г., с другой стороны, вместе также именуемые "Стороны", составили Акт о нижеследующем:

1. Услуга(и), согласно Договора выполнена(ы) в полном объеме и в срок.
2. Оплата произведена в полном объеме.
3. Стороны претензий друг к другу не имеют.

От «Исполнителя»:

Директор ФГБУ ДДС им. Н.А. Семашко
Минздрава России

И.А.Рассоха
М.П.

От «Пациента»:

Ф.И.О. _____

ФГБУ ДДС им. Н.А. Семашко Минздрава России

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Пациент _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)
_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу:

Паспорт (серия, номер): _____ выдан _____
_____ когда « ____ » _____ 20 ____ г.

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:
Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)
паспорт: _____ выдан _____ « ____ » _____ 20 ____ г.
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) консультативного приема, профилактического и периодического осмотра специалистов, диагностических исследований (в т.ч. в составе диагностических профилей), массажа, лечебных мероприятий, в т.ч. инъекций, внутривенных вливаний, физиотерапевтических процедур; вакцинацию меня (представляемого), а так же оказание мне (представляемому) всех медицинских услуг, точное наименование которых указано в Приложении №1 к настоящему Договору.

Мне понятен смысл, цели и методы оказания медицинских услуг, точное наименование которых указано в Приложении №1 к настоящему Договору, я прошу об их проведении.

Я информирован о возможных вариантах медицинского вмешательства, о возможных его последствиях и рисках, а так же о его предполагаемых результатах.

Я осознаю, что имею возможность получить медицинскую помощь бесплатно, в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в порядке, установленном действующим законодательством.

Я даю свое согласие на обработку моих персональных данных и/или персональных данных представляемого, в том числе с использованием средств автоматизации, в той степени, в которой это необходимо для исполнения настоящего Договора и оказания мне (представляемому) медицинских услуг, точное наименование которых указано в Приложении №1 к настоящему Договору.

Я разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания (представляемого мной лица) моим родственникам, законным представителям, гражданам: _____.

Персональные данные предоставлены мною лично. Согласие на использование моих персональных данных (персональных данных представляемого, доверителя) ДАЮ (НЕ ДАЮ) (нужное подчеркнуть).

Я прошу отправить результаты исследований в виде вложенного файла в формате Adobe® PDF® по электронной почте на электронный адрес: _____, или (указать другой способ передачи) _____ при этом я осознаю возможность несанкционированного доступа третьих лиц к отправленной или присланной информации и даю согласие на пересылку результатов любыми не защищенными способами.

Директор ФГБУ ДДС им. Н.А. Семашко
Минздрава России

И.А.Рассоха

Пациент:

_____/_____