

ДОГОВОР № _____
На оказание платных медицинских услуг

г. Владивосток

« _____ » _____ 201 _____ г.

Гражданин _____
(фамилия, имя, отчество)

« _____ » _____ г.
(дата рождения) (документ, удостоверяющий личность)

_____ (адрес места жительства)

именуемый в дальнейшем «Заказчик» с одной стороны и краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Владивостокская поликлиника № 4», действующее на основании лицензии рег. № ЛО-25-01-003017 от 22 марта 2016 г. в лице главного врача Горшуновой Г.П., действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель» с другой стороны, вместе именуемые «Стороны» заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему Договору «Исполнитель» обязуется оказать «Заказчику» _____
(фамилия, имя, отчество)

медицинские услуги на возмездной основе _____ (наименование медицинской услуги)

а «Заказчик» обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых медицинских услуг, а также выполнять требования «Исполнителя», обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг.

2. РАЗМЕР И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

2.1. Цена договора определяется в соответствии с действующим прейскурантом, утвержденным Постановлением Главы г. Владивостока 31.12.2010 г. № 1620.

2.2. Стоимость платной медицинской услуги составляет _____ рублей _____ коп., которые вносятся непосредственно в кассу поликлиники в полном объеме.

3. ОБЯЗАННОСТИ «ИСПОЛНИТЕЛЯ»

3.1. Своевременно и качественно оказывать услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

3.2. В своей деятельности по оказанию медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.

3.3. Обеспечить «Заказчика» в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов, а также сведения о наличии разрешения на предоставление платных медицинских услуг, выданное Учреждением здравоохранения администрации г. Владивостока.

3.4. Обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию медицинских услуг силами собственных специалистов и/или сотрудников медицинских учреждений, имеющих с «Исполнителем» договорные отношения.

3.5. Обеспечить «Заказчику» непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию «Заказчика» или его представителя копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья «Заказчика».

3.6. Оказать медицинские услуги в установленные сроки и в порядке, предусмотренном настоящим Договором.

3.7. При оплате медицинских услуг «Заказчиком», путем внесения в кассу поликлиники наличных денежных средств, выдать ему кассовый чек или бланк строгой отчетности, подтверждающие прием наличных денежных средств.

4. УСЛОВИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ РАБОТ

4.1. Помещение, соответствующее санитарным нормам для выполнения обусловленных договором работ с отоплением, освещением, охраной берет на себя «Исполнитель».

4.2. Оснащение помещений поликлиники необходимым оборудованием, инвентарем, медикаментами, мягким инвентарем и другим средствами принимает на себя «Исполнитель».

5. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ «ЗАКАЗЧИКА»

5.1. «Заказчик» имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведения лечения.

5.2. Информация, содержащаяся в медицинских документах «Заказчика» составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия «Заказчика» только по основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

5.3. «Заказчик» обязуется надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать «Исполнителя» о любых обязательствах, препятствующих исполнению «Заказчиком» настоящего Договора.

5.4. «Заказчик» имеет право расторгнуть Договор в любое время, возместив при этом «Исполнителю» фактически понесенные расходы.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. «Исполнитель» несет ответственность в размере реального ущерба, причиненного «Заказчику» неисполнением или ненадлежащим исполнением условий настоящего Договора, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни «Заказчика» 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, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

7. РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ

7.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, разрешаются Сторонами путем переговоров.

7.2. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, Стороны передают его на рассмотрение в суд, с соблюдением правил подсудности.

8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

8.1. Все изменения, дополнения к Договору действительны, если они составлены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами.

8.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания и будет считаться прекращенным после выполнения всех взаимных обязательств и урегулирования всех расчетов между Сторонами.

8.3. Настоящий Договор заключен в трех экземплярах:

1 экз. «Заказчику», 2 экз. «Исполнителю».

8.4. НДС не облагается.

9. СРОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГИ

9.1. Услуги могут оказываться в течение 1 месяца после оплаты.

10. АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН

«ЗАКАЗЧИК»
Адрес: _____

«ИСПОЛНИТЕЛЬ»
690069, г. Владивосток, ул. Давыдова, 3
ИНН: 2539000526, ОГРН: 1022502125095

(подпись медработника, выполнившего услугу)

Главный врач КГБУЗ «Владивостокская поликлиника № 4»
Горшунова Г.П.

Кассир _____

«Заказчик» извещен о получении медицинской услуги за плату и о возможности получить данную услугу бесплатно (если эта медицинская услуга ему может быть предоставлена в рамках реализации программы оказания бесплатной медицинской помощи).

Подпись заказчика _____