

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № _____

г. Туапсе

«___» _____ 20__ г

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Центр профилактики и борьбы со СПИД №2» министерства здравоохранения Краснодарского края (ГБУЗ Центр профилактики СПИД №2), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Коробкиной Оксаны Александровны, с одной стороны, и гражданин (ка) _____ именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА

1.1. Сведения об Исполнителе.

1.1.1. Наименование организации: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Центр профилактики и борьбы со СПИД №2» министерства здравоохранения Краснодарского края.

1.1.2. Адрес местонахождения: 352800, Краснодарский край, г. Туапсе, ул. Армавирская,4.

1.1.3. Адрес места оказания медицинских услуг: 354207, г. Туапсе, ул. Армавирская,4.

1.1.4. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ, с указанием органа, осуществляющего госрегистрацию: ОГРН 1052313092963, дата регистрации – 17.05.2005г., данные о регистрирующем органе – Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы № 6 по Краснодарскому краю.

1.1.5. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации, наименование, адрес местонахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа: регистрационный номер лицензии от 07.04.2014г. № Л041-01126-23/00292141 выдана министерством здравоохранения Краснодарского края, адрес: 350020 г. Краснодар, ул. Коммунаров д.276/1 Телефон: 8-861-207-07-07.

Информация о перечне работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, содержится в соответствующей лицензии Исполнителя, копия которой находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет <https://www.cpbs-tuapse.ru/>.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю медицинские услуги на условиях, определенных настоящим Договором, а Потребитель обязуется оплатить указанные услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

2.1.1. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором, указан в Приложении 2 к Договору.

2.2. Потребитель подтверждает, что согласен на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.3. При необходимости Потребителю могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень и сроки оказания которых согласуются Сторонами в дополнительном соглашении к настоящему Договору.

2.4. Срок ожидания оказания услуг, со дня обращения: не более 5 рабочих дней. Срок оказания платных медицинских услуг устанавливается внутренними локальными нормативными актами Исполнителя, в зависимости от индивидуального объема услуг. Информация о сроках оказания услуг расположена на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет <https://www.cpbs-tuapse.ru/>.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе положениями об организации оказания медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи.

3.1.2. Обеспечить Потребителя бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской помощи.

3.1.3. Уведомить Потребителя о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

3.1.4. По обращению Потребителя выдать следующие документы, подтверждающие фактические расходы потребителя и (или) заказчика на оказанные медицинские услуги:

а) копия договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения);

б) справка об оплате медицинских услуг по установленной форме;

в) смета на предоставление платных медицинских услуг.

3.1.4. После исполнения Договора бесплатно выдать Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях.

3.2. Потребитель обязуется:

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

3.2.2. Информировать Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

3.2.3. Соблюдать правила поведения пациента в медицинских организациях.

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. Получать от Потребителя информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

3.3.2. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

3.4. Потребитель имеет право:

3.4.1. Получать от Исполнителя услуги, предусмотренные настоящим Договором.

3.4.2. Получать информацию о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья.

3.5. Потребитель и Исполнитель обладают иными правами и несут иные обязанности, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

4. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

4.1. Стоимость услуг по настоящему договору определяется исходя из действующего у Исполнителя прейскуранта в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг и составляет _____ (_____) рублей.

4.2. Оплата Заказчиком стоимости услуг осуществляется путем перечисления суммы денежных средств в размере 100% стоимости, указанной в пункте 4.1. Договора, на расчетный счет Исполнителя, указанный в настоящем договоре, или путем внесения в кассу Исполнителя.

4.3. Потребитель ознакомлен с прейскурантом до подписания настоящего договора.

5. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

5.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления потребителя (законного представителя потребителя) и согласия Заказчика приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Заказчика.

5.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензиями на медицинскую деятельность, порядками, стандартами, другими документами в соответствии с действующим законодательством России.

5.3. Потребитель предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

5.4. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством России.

5.5. Потребитель незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

5.6. В день завершения оказания медицинских услуг Потребителю выдаются результаты исследований (осмотров, консультаций), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях. Указанные документы выдаются бесплатно.

5.7. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя).

5.8. Заказчик (потребитель) дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Заказчика (потребителя) в объеме и способами, указанными в Федеральном законе от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору (Приложение 1 к Договору).

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

6.1. Исполнитель несет перед Потребителем ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации, за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя.

6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента (потребителя) в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.3. За нарушение установленных настоящим Договором сроков исполнения услуг Потребитель вправе требовать с Исполнителя выплаты неустойки в размере 1 % за каждый день просрочки от стоимости услуги, срок оказания которой нарушен Исполнителем.

6.4. Потребитель несет ответственность за нарушение условий договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством России.

6.5. За нарушение установленных настоящим Договором сроков оплаты медицинских услуг Исполнитель вправе требовать с Потребителя выплаты неустойки в размере 3 % за каждый день просрочки от стоимости услуги, не оплаченной Потребителем.

6.6. Потребитель несет ответственность за нарушение условий договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.7. В случаях, предусмотренных пунктами 6.4, 6.6 Договора, Исполнитель вправе приостановить проведение лечебно-диагностических мероприятий за исключением проведения лечения по жизненным показаниям (экстренной помощи).

6.8. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору при возникновении непреодолимых препятствий, под которыми понимаются стихийные бедствия, массовые беспорядки, запретительные действия властей и иные форс-мажорные обстоятельства.

7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

7.1. Договор может быть изменен и дополнен по соглашению Сторон.

7.2. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

7.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме.

7.4. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

8.1. Стороны обязуются все возникающие разногласия решать путем переговоров.

8.2. При не урегулировании Сторонами возникших разногласий спор разрешается в судебном порядке.

8.3. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством.

9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ

9.1. Настоящий Договор вступает в силу с даты подписания Сторонами и действует по 31.12.2023г.

9.2. Договор составлен в 2 экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

10. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

<p>Исполнитель: ГБУЗ Центр профилактики СПИД №2 352800, Краснодарский край, г. Туапсе, ул. Армавирская,4 Тел./факс (86167)2-45-31, тел. (86167)6-06-14 ИНН 2365004015, КПП 236501001, ОГРН 1052313092963 Банковские реквизиты: Получатель: Минфин КК (ГБУЗ Центр профилактики СПИД № 2, л/с 828.52.247.0), банк получателя: Южное ГУ Банка России//УФК по Краснодарскому краю г. Краснодар, БИК ТОФК 010349101 Единый казначейский счет 40102810945370000010 Казначейский счет 03224643030000001800</p> <p>Главный врач _____ О.А.Коробкина подпись, печать</p>	<p>Потребитель: Фамилия, имя и отчество (при наличии) _____ Адрес места жительства, иные адреса, на которые (при их указании в договоре) исполнитель может направлять ответы на письменные обращения: _____ Телефон: _____. Данные документа, удостоверяющего личность: вид документа _____ Серия _____ № _____ Дата выдачи _____ Кем выдан _____ _____ _____ _____ _____/_____/_____</p>
---	---

Документ, удостоверяющий личность, не предоставлен. Данные записаны со слов Потребителя.
Достоверность сведений подтверждаю: Потребитель _____.

(подпись)

Перечень платных медицинских услуг в ГБУЗ Центр профилактики СПИД №2

№ п/п	Наименование медицинских услуг	Цена, руб	Количество
1			
2	...		
Итого к оплате _____ рублей.			