

**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 (Свидетельство о постановке на учет в налоговом органе – серия 23 № 008889893 от 17.08.2005 г., свидетельство о государственной регистрации юридического лица – серия 23 № 008896213 от 17.08.2005 г., выданные Межрайонной инспекцией ФНС России № 6 по Краснодарскому краю, лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01126-23/00292141 от 07.04.2014 г., выданная Министерством здравоохранения Краснодарского края (350000, Российская Федерация, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Коммунаров, 276, тел. 8-800-2000-366)), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Коробкиной Оксаны Александровны, действующего на основании Устава, с одной стороны и

\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель» (Заказчик), с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

По настоящему Договору Исполнитель предоставляет Потребителю медицинские услуги в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, согласно прейскуранту цен (тарифов) на медицинские услуги (далее - Прейскурант), утвержденным в установленном порядке, а Потребитель (Заказчик) обязуется оплатить оказанные услуги.

Медицинские услуги предоставляются в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации, утвержденными в установленном порядке.

Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, согласия на обработку персональных данных которые являются Приложением № 1 к настоящему Договору.

Перечень медицинских услуг, оказываемых Потребителю и Прейскурант, в соответствии с настоящим Договором определяется Приложением № 2 к настоящему Договору, являющимся его неотъемлемой частью.

Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил его с лицензией медицинской организации и предоставляемыми на основании этой лицензии услугами;
- уведомил, что данный вид медицинской услуги не входит в Территориальную программу государственных гарантий и не финансируется из средств бюджета учреждения или обязательного медицинского страхования;
- информирован об альтернативной возможности получения медицинской помощи за счет государственных средств, а так же о правилах оказания данных видов помощи в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в других государственных бюджетных учреждениях здравоохранения.
- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. постановлением Правительства от 04.10.2012 № 1006);
- ознакомил его с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;
- уведомил его о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- уведомил его (Заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя;

Подписав настоящий Договор, Потребитель (Заказчик) подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

Потребитель дает разрешение на предоставление информации о состоянии своего здоровья, и согласие на получение результатов обследования третьему лицу \_\_\_\_\_ / лично.

**2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

Исполнитель обязуется:

- Оказать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с Приложением № 2.
- Оказывать медицинские услуги качественно, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором.
- Исполнитель обязан предупредить Потребителя в случае, если требуются дополнительно оплачиваемые медицинские услуги, которые Исполнитель не вправе оказывать без согласия Заказчика.
- Исполнитель обязан соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся здоровья Потребителя.

Потребитель (Заказчик) обязуется:

- Оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги, перечень которых указан в Приложении согласно Прейскуранту цен (тарифов), и в порядке, определенном разделом 3 настоящего Договора.
- Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.
- Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору.
- Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги по настоящему Договору.

– При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) о любых изменениях самочувствия.

– Отказаться на весь период предоставления медицинских услуг по настоящему Договору от употребления наркотиков и лекарств, их содержащих, психотропных препаратов, алкогольсодержащих напитков.

– Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Исполнителем (медицинским работником, предоставляющим платные медицинские услуги) употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав и т. д.

– Соблюдать график приема медицинских работников, предоставляющих медицинские услуги по настоящему Договору.

– Соблюдать внутренний режим нахождения в медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

### 3. ЦЕНА И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ УСЛУГ

Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Пациенту, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом цен (тарифов) платных медицинских услуг, являющийся неотъемлемой частью Договора. Общая стоимость оказываемых услуг по договору составляет \_\_\_\_\_ рублей.

Стоимость медицинских услуг по настоящему Договору определяется по Прейскуранту цен (тарифов) платных медицинских услуг, действующему на момент заключения настоящего Договора, и остается неизменной в течение всего срока действия настоящего Договора.

Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Потребителем (Заказчиком) до начала их оказания в кассе медицинской организации. Потребителю (Заказчику) после оплаты медицинских услуг выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых медицинских услуг, установленного образца. Оплата за оказание платных медицинских услуг производится наличным или безналичным способами, по желанию Потребителя.

### 4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Исполнителем условий договора Заказчик вправе по своему выбору потребовать:

- назначение нового срока оказания услуги;
- исполнения услуги другим специалистом;
- вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

### 5. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений (приложений) к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.

Настоящий Договор расторгается в случае отказа Потребителя после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Отказ Потребителя от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю. Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика) о расторжении настоящего Договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

### 6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Договор на оказание медицинских услуг заключен в 2 экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

Все споры, вытекающие из настоящего Договора стороны будут решать по возможности путем переговоров. При невозможности достижения соглашения спор подлежит передаче на рассмотрение суда в соответствии с законодательством РФ.

Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами.

После исполнения настоящего Договора Исполнителем выдаются Потребителю (законному представителю Потребителя) все необходимые медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг.

### 7. АДРЕСА СТОРОН И РЕКВИЗИТЫ

Заказчик

Фамилия, инициалы \_\_\_\_\_

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Кем выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата выдачи \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

подпись / расшифровка подписи

Исполнитель

ГБУЗ Центр профилактики СПИД № 2

Юридический (почтовый, фактический) адрес:  
352800, Краснодарский край, г. Туапсе, ул. Армавирская, 4

Тел./факс (86167)2-45-31, 2-42-68, 6-06-14

Л/с 828.52.247.0 ЕКС 40102810945370000010

БИК 040349001 в Южном ГУ Банка России

ИНН 2365004015 КПП 236501001

ОГРН 1052313092963 ОКПО 78225958

ОКТМО 03655101001 ОКВЭД 86.10

E-mail: [aids-tuapse@mail.ru](mailto:aids-tuapse@mail.ru)

Главный врач \_\_\_\_\_ О.А. Коробкина  
М.П.