

**Договор № 000000000**  
**об оказании платных медицинских услуг**

г. Арсеньев

"\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Арсеньевская городская больница», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Аплюшкиной Людмилы Георгиевны, действующей на основании Устава, с одной стороны, и гражданин(ка)

\_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_,  
действующий в интересах несовершеннолетнего: \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ года рождения, адрес места  
жительства: \_\_\_\_\_,  
телефон \_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель» и/или «Заказчик», с  
другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о  
нижеизложенном:

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1. Исполнитель обязуется оказать платные медицинские услуги (далее – услуги), а Потребитель/Заказчик обязуется оплатить их в соответствии с условиями настоящего договора.
- 1.2. Перечень услуг и их стоимость установлена Приложением №1 к договору.
- 1.3. Исполнитель оказывает услуги по адресам: 692337, Приморский край, г.Арсеньев, ул.Ломоносова 2; ул. 25 лет Арсеньеву 9а, в соответствии с действующим законодательством и лицензией на осуществление медицинской деятельности.
- 1.4. Услуги оказываются в соответствии с режимом работы Исполнителя.
- 1.5. Срок действия договора: один месяц со дня заключения договора.
- 1.6. Предоставление услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя/Заказчика (Приложение № 2).

### 2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

- 2.1. Стоимость услуг определяется суммой стоимости каждой из услуг, указанных в Приложении №1. Стоимость одной услуги устанавливается прейскурантом Исполнителя, действующем на дату заключения Договора. НДС не облагается.
- 2.2. Для получения услуг Потребитель/Заказчик осуществляет их предоплату в размере 100% наличными денежными средствами в кассу Исполнителя. Документом, подтверждающим оплату, является кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности.
- 2.3. В случае отказа Потребителя/Заказчика от получения услуги, Исполнитель возвращает деньги через кассу в течение 1(одного) рабочего дня с момента подачи заявления об отказе от получения услуги, пропорционально объему оказанных услуг.
- 2.4. При уменьшении объема оплаченных услуг в процессе их предоставления, в том числе и(или) при отказе Потребителя/Заказчика от каких-либо услуг, производится перерасчет стоимости медицинской услуги с учетом фактически понесенных Исполнителем расходов.
- 2.5. Оказанные услуги считаются принятыми сторонами при условии отсутствия мотивированных претензий к несоблюдению Исполнителем при их оказании обязательным требованиям, утвержденным действующими нормативными актами.

### 3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 3.1. Исполнитель обязан:
  - 3.1.1. Предоставить Потребителю/Заказчику бесплатную, доступную и достоверную информацию о месте оказания платных медицинских услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, сведения о квалификации и сертификации специалистов.

- 3.1.2. Хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя/Заказчика за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе и иные сведения, составляющие врачебную тайну, за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ.
- 3.1.3. Предупредить Потребителя/Заказчик в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором.

Не предоставлять без согласия Потребителя/Заказчика дополнительные медицинские услуги Потребителю на возмездной основе.

В случае если при предоставлении услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

- 3.1.4. Соблюдать установленные законодательством требования к оформлению и ведению медицинской документации, статистических форм, порядку и срокам их предоставления.

#### 3.2. Потребитель/Заказчик обязан:

- 3.2.1. Своевременно прибыть для получения услуг.
  - 3.2.2. Сообщить достоверную информацию о состоянии здоровья, выполнять назначения и рекомендации Исполнителя, направленные на обеспечение своевременного и качественного оказания услуг.
  - 3.2.3. Дать Исполнителю письменное информированное согласие на медицинское вмешательство.
  - 3.2.4. Оплатить предоставленную Исполнителем услугу в сроки и порядке, определенных настоящим Договором.
- #### 3.3. Исполнитель имеет право:
- 3.3.1. В случае неисполнения Потребителем/Заказчиком условий настоящего Договора, а также требований и рекомендаций Исполнителя, отказаться от исполнения своих обязательств по договору полностью или частично.
  - 3.3.2. Оказывать услуги самостоятельно и(или) с привлечением третьих лиц.
  - 3.3.3. Получать от Потребителя/Заказчика письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.
- #### 3.4. Потребитель/Заказчик имеет право:
- 3.4.1. На получение информации, предусмотренной п.3.1.1. Договора.
  - 3.4.2. Получить в доступной форме информацию: о состоянии здоровья, в т.ч. сведения о результатах обследования, методах лечения, связанном с ними риске, вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; об используемых лекарственных препаратах.
  - 3.4.3. На основании письменного заявления получить отражающие состояние здоровья медицинские документы (копии и выписки из медицинских документов).
  - 3.4.4. Выбрать лечащего врача (с учетом его согласия).

### 4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН. РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ

- 4.1. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя/Заказчика в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 4.2. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.
- 4.3. Исполнитель не несет ответственности за качество, своевременность оказания медицинских услуг в случае, если Потребитель/Заказчик не соблюдает требования и рекомендации Исполнителя.
- 4.4. Споры и разногласия разрешаются путем переговоров, а в случае не достижения согласия, согласно законодательству Российской Федерации.

4.5. Потребитель/Заказчик до обращения в суд обязан предоставить Исполнителю претензию. Срок рассмотрения претензии 10 дней.

#### 5. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ

- 5.1. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.
- 5.2. Договор может быть расторгнут или изменен по обоюдному согласию Сторон или в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством.
- 5.3. Потребитель/Заказчик вправе отказаться от получения услуг (расторгнуть договор в одностороннем порядке) при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных расходов, связанных с исполнением обязательств по договору.

#### 6. ИНЫЕ УСЛОВИЯ

- 6.1. Заключая договор, Потребитель/Заказчик:
- дает согласие на обработку персональных данных в целях заключения и исполнения настоящего договора в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ от 27.07.2006г. «О персональных данных»;
  - подтверждает, что ему предоставлена в доступной форме информация:
    - о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
    - о предоставляемых Исполнителем услугах по настоящему договору и стоимости до их фактического оказания.
- 6.3. Потребитель/Заказчик согласен, что при подписании настоящего договора и любых дополнительных соглашений к нему, Исполнитель вправе использовать аналог собственноручной подписи (факсимиле подписи).
- 6.4. Все приложения к настоящему договору являются его неотъемлемой частью.

#### 10. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

##### Исполнитель:

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Арсеньевская городская больница» (КГБУЗ «Арсеньевская ГБ»), 692337, Приморский край, г. Арсеньев, ул. Ломоносова, дом 2. Тел./факс (42361) 4-36-33  
Банковские реквизиты: ИНН 2501015749 КПП 250101001, УФК по Приморскому краю (КГБУЗ «Арсеньевская ГБ» л/с 20206У81700), ГРКЦ ГУ Банка России по Приморскому краю г. Владивосток, р/с 40601810505071000001, БИК 040507001, ОГРН 1112501000920  
Свидетельство о внесении юридического лица в ЕГРЮЛ: серия 25 № 003650043 от 17.11.2011 г. Государственная регистрация осуществлена межрайонной ИФНС России № 4 по Приморскому краю.  
Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-25-01-002642 от 24.03.2015г., выдана Департаментом здравоохранения Приморского края (690007, г. Владивосток, ул.1я Морская, д.2, тел. (423) 241-35-14.

Выполняемые работы (услуги) в соответствии с приложением № 1 к лицензии:

- при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу, вакцинации (проведению профилактических прививок), гигиеническому воспитанию, дезинфектологии, лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, медицинской статистике, медицинскому массажу, неотложной медицинской помощи, неотложной медицинской помощи, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, физиотерапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), неотложной медицинской помощи, педиатрии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по клинической лабораторной диагностике, педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной

помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), гигиеническому воспитанию, дерматовенерологии, детской кардиологии, детской хирургии, детской эндокринологии, клинической лабораторной диагностике, лечебной физкультуре и спортивной медицине, неврологии, отоларингологии (за исключением кохlearной имплантации), офтальмологии, психиатрии, рентгенологии, стоматологии детской, стоматологии терапевтической, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, физиотерапии, функциональной диагностике, эпидемиологии, психиатрии-наркологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: эпидемиологии. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы(услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, диетологии, клинической лабораторной диагностике, неонатологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, организации сестринского дела, педиатрии, рентгенологии, сестринскому делу в педиатрии, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, физиотерапии, эпидемиологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются: при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам профилактическим; при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию на выявление ВИЧ-инфекции; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности. При обращении донорской крови и(или) ее компонентов в медицинских целях организуются и выполняются работы(услуги) по заготовке, хранению донорской крови и(или) ее компонентов.

##### Потребитель/Заказчик:

(ФИО полностью, адрес места жительства, телефон)

#### 11. ПОДПИСИ СТОРОН

##### Исполнитель:

Главный врач

\_\_\_\_\_ Л.Г. Аплюшкина

М.П.

##### Потребитель/Заказчик:

\_\_\_\_\_ (Фамилия, инициалы)

\_\_\_\_\_ (Подпись)

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛУГ

№ п/п	Наименование услуги	Кол-во	Цена	Сумма
		1		
<b>ИТОГО:</b>				

**Исполнитель:**

**Потребитель/Заказчик:**

Главный врач

\_\_\_\_\_  
( Фамилия, инициалы)

\_\_\_\_\_, Л.Г. Аплюшкина

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

М.П.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
НА МЕДИЦИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПОЛУЧЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ  
УСЛУГ НА ПЛАТНОЙ ОСНОВЕ**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, дата рождения)

зарегистрирован по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, предусмотренные договором на оказание платных медицинских услуг для получения медицинской помощи мною/лицом, законным представителем которого я являюсь, в КРАЕВОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ БЮДЖЕТНОМ УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «АРСЕНЬЕВСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА».

Мне в доступной форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” может быть передана информация о состоянии моего здоровья/состоянии лица, законным представителем которого я являюсь

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина или его законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника)

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)