

## **Договор на оказание платных медицинских услуг**

г.Кузнецк

от . . . 2023 г.

ГБУЗ «Кузнецкая детская центральная районная больница» в лице главного врача Галины Петровны Дерябиной, действующего на основании Устава, с одной стороны, и \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем "Пациент", с другой стороны, а вместе именуемые "Стороны", заключили настоящий договор о нижеследующем:

### I. Предмет договора

1.1. По настоящему договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Пациента (законного представителя потребителя), обязуется оказать ему медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, а Пациент обязуется оплатить данную услугу.

1.2. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых по настоящему договору:

1.3. Срок оказания медицинских услуг устанавливается в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

14. Исполнитель после исполнения настоящего договора выдает Пациенту (законному представителю потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

## 2. Права и обязанности сторон

#### 2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать Пациенту платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых пациенту платных медицинских услуг, качество которых должно соответствовать требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

2.1.2. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Пациента. Без согласия Пациента Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.3. Исполнитель предоставляет Пациенту (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

### **3.3. Итоги**

**2.2. Исполнитель вправе:**  
2.2.1. отказаться от исполнения настоящего договора в случае невыполнения Пациентом рекомендаций медицинского работника, направленного на практику медицинского учреждения.

2.2.2. При выполнении противопоказаний к оказываемым услугам отказать пациенту в предоставлении лечебно-диагностических процедур.

### 2.3. Пациент обязуется:

2.3. Пациент обязуется:  
2.3.1. Оплатить стоимость предоставленных Исполнителем медицинских услуг, указанных в п.1.2 настоящего договора в сроки и в порядке, которые определены настоящим договором.

2.3.2. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (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.

2.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору.

2.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору.

2.3.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения.

**2.4. Пациент имеет право:** отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

2.5. Пациент дает согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения настоящего договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.

### **3. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов**

3.1. Стоимость услуг, оказываемых по настоящему договору, определяется на основании **перечня** по ценам в соответствии с действующим Прейскурантом платных медицинских услуг, утвержденным Исполнителем, и составляет рублей.

3.2. Пациенту в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

3.3. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг согласно п. 2.1.6 договора их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного договора.

3.4. Оплата услуг по договору осуществляется в виде предоплаты в 100% размере наличными денежными средствами или с использованием платежных банковских карт по выбору Пациента.

3.5. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Пациенту услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Пациента удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Пациентом по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

#### 4. Ответственность сторон

4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

4.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Пациентом неполной информации о своем здоровье в соответствии с п. 2.3.2 настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п. 2.3.4 настоящего договора.

4.4. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

#### 5. Конфиденциальность

5.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

5.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Пациентом за оказанием платных медицинских услуг; состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

#### 6. Заключительные положения

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

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

6.3. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

6.4. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

#### 8. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:

ГБУЗ «Кузнецкая детская центральная районная

больница»

442530, Пензенская область, г. Кузнецк,

ул. Рабочая, 346А

ИНН/КПП 5803015684/580301001

Р/сч 40601810956553000001

ГРКЦ ГУ Банка России по Пензенской области г.Пенза

БИК 045655001

Пациент

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

подпись пациента

( \_\_\_\_\_ )  
расшифровка (фамилия, инициалы)

М.П.