

ДОГОВОР
на предоставление платных медицинских услуг

НУЗ «Узловая больница на
ст. Рузаевка ОАО «РЖД»

_____ (дата заключения договора)

НУЗ Узловая больница на ст. Рузаевка ОАО «РЖД», лицензия № ЛО-13-01-000858 от 21.07.2017 года, выдана Министерством здравоохранения Республики Мордовия, в лице кассира Баяленниковой Надежды Станиславовны, действующей на основании Доверенности №11 от 24 октября 2016 года, именуемое в дальнейшем " Медицинская организация", с одной стороны и гр. _____ (Ф.И.О пациента, законного

представителя) являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель - нужное подчеркнуть) Пациента _____ (Ф.И.О ребенка) «__» _____ 20__ года

рождения именуемый(ая) в дальнейшем "Потребитель", с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Медицинская организация на основании личного заявления Потребителя обязуется предоставить ему медицинские услуги, а потребитель обязуется оплатить эти услуги в размере и на условиях, предусмотренных настоящим договором.
2. 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, которое является Приложением №1 к настоящему Договору. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора он ознакомлен с Положением о предоставлении платных медицинских услуг; с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке; уведомлен 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; уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её 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 (за счет собственных средств).

№	Вид услуги	Кол-во	Срок исполнения	Стоимость
1				
Итого (с учетом дополнительных услуг)				

3. Медицинская организация обязуется предоставить Потребителю медицинские услуги в сроки, определенные настоящим договором, в соответствии с обязательными требованиями к качеству медицинских услуг, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, установленными федеральным законом, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации (При этом срок предоставления услуг начинается после оплаты Потребителем предоставляемых услуги заканчивается с окончанием срока лечения).
4. Медицинская организация обязуется проинформировать потребителя о возможности и условиях получения бесплатной помощи.
5. Потребитель обязан произвести полную предварительную оплату предоставляемых медицинских услуг до начала их оказания, путем внесения наличных денежных средств в кассу Медицинского учреждения, выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.
6. Цена медицинских услуг определяется на основании прейскуранта цен, действующего на момент заключения договора. Цена медицинских услуг может быть, увеличена в связи с продлением срока лечения, увеличением фактических затрат на лечение, усложнением операции, проведением дополнительных диагностических, лечебных мероприятий и в силу других обстоятельств. В этом случае оформляется дополнительное Соглашение к настоящему договору, и Потребитель производит доплату на основании счета Медицинской организации. При невыполнении или уменьшении объема оказанных медицинских услуг Медицинская организация в 15-дневный срок возвращает Потребителю соответственно оплаченную сумму или разницу между оплаченной суммой и стоимостью оказанных медицинских услуг.
7. Потребитель вправе требовать предоставления услуг надлежащего качества, сведений о наличии лицензии, о расчете стоимости оказанных услуг, о режиме работы Медицинской организации, о квалификации и сертификации специалистов.
8. При не соблюдении Медицинской организацией обязательств по срокам исполнения услуг Потребитель вправе по своему выбору - назначить новый срок оказания услуги, потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги, потребовать исполнения услуги другими специалистами, расторгнуть договор и потребовать возмещение убытков.
9. За неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору "Стороны" несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации. Потребитель имеет право на возмещение вреда (ущерба) здоровью, причиненного оказанием медицинских услуг ненадлежащего качества. Медицинская организация освобождается от ответственности за причинение вреда здоровью Потребителю в случае отсутствия вины Медицинского учреждения в причинении вреда.
10. Претензии и споры, возникшие между сторонами по настоящему договору, разрешаются по соглашению сторон или в судебном порядке.
11. По всем вопросам предоставления платных медицинских услуг стороны руководствуются Положением о предоставлении платных медицинских услуг, Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012 г. №1006).
12. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до исполнения сторонами своих обязательств.
13. Настоящий договор составлен в двух экземплярах на русском языке, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой стороны.
14. Согласен(на) на обработку персональных данных и дальнейшее их использование в рамках настоящего договора.

Подпись потребителя (законного представителя) _____

Адреса, подписи сторон:

НУЗ "Узловая больница на ст. Рузаевка ОАО "РЖД" РМ, г. Рузаевка,
ул. Бедно-Демьяновская, 15
Кассир Баяленникова Н.С.

ФИО: _____
Адрес: _____
Подпись: _____

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

На основании ст. 20 Федерального закона Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 года № 323-ФЗ и в соответствии с требованиями «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных постановлением правительства РФ от 04.10.2012г. № 1006

Я, _____ (фамилия, имя, отчество

законного представителя) являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)

Пациента _____ (фамилия, имя, отчество ребенка) _____ года

рождения, поставлен (а) в известность, что согласно ст. 20

Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании представленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Добровольно даю свое согласие на проведение платных медицинских услуг в Негосударственном учреждении здравоохранения «Узловая больница на станции Рузаевка ОАО «РЖД», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я ознакомился(ась) с Программой государственных гарантий получения бесплатной медицинской помощи гражданам в Российской Федерации и Республиканской территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания населению Республики Мордовия медицинской помощи, об условиях и сроках получения бесплатной медицинской помощи проинформирован(а). Мне в доступной форме разъяснен порядок оказания бесплатной медицинской помощи, а также что я могу получить аналогичную медицинскую услугу бесплатно в порядке и на условиях определенных Программой государственных гарантий получения бесплатной медицинской помощи гражданам в Российской Федерации и Республиканской территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания населению Республики Мордовия медицинской помощи, и в других медицинских организациях на других условиях. Получив от сотрудников учреждения полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в данном учреждении, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов(а) их оплатить.

2. Мне в доступной форме разъяснены сотрудниками учреждения мои права и обязанности в сфере охраны здоровья в соответствии с Федеральным законом РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ.

3. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и одновременно несколько видов медицинских услуг.

4. Сотрудниками учреждения доведена до моего сведения информация об альтернативных методах лечения, информация об оперативном лечении с использованием медицинского оборудования отечественного и импортного производства на современном уровне.

5. Я согласен(на) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, учреждение не несет ответственности за их возникновение.

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей учреждения. Несоблюдение указаний (рекомендаций) 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 моего здоровья.

6. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом, и я даю согласие на их оплату.

7. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом цен на платные медицинские услуги и согласен(на) оплатить стоимость медицинской(их) услуги(услуг) в соответствии с ним.

8. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных заведениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанных медицинских услуг (услуги) в учреждение.

10. Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Настоящее информированное соглашение подписано мною после проведения предварительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

Пациент (Законный представитель): _____ /подпись/ _____ /расшифровка подписи/

АКТ выполненных работ № _____ от _____

НУЗ «Узловая больница на ст.Рузаевка ОАО «РЖД»

Адрес: 431440, Республика Мордовия, г. Рузаевка, ул. Беднод-Демьяновская, 15, тел. 8 (834 51) 6 23 09

№	Вид услуги	Кол-во	Срок исполнения	Стоимость
1				
Итого				

Всего оказано услуг на сумму: _____ руб.

Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Потребитель претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

Медицинская организация: Врач _____ Ф.И.О. Потребитель _____
(подпись) (подпись)