

**ДОГОВОР №**

на оказание платных медицинских услуг

г. Пенза

07.07.2017

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областной онкологический диспансер» (ГБУЗ ООД) далее Исполнитель, в лице главного врача Серебрякова Виталия Сергеевича, действующего на основании Устава, лицензии \* на осуществление медицинской деятельности №ЛО-58-01-001924 с приложениями от 28.02.2017 года, выданной Министерством здравоохранения Пензенской области (г. Пенза, ул. Пушкина 163, 488101 тел. 63-95-78), одной стороны и

далее - Пациент, действующий (-ая) на основании собственного волеизъявления, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Пациент поручает, а Исполнитель принимает на себя обязанность оказать Пациенту оплаченные медицинские услуги:

Код услуги	Наименование	Цена	Кол-во	Стоимость

Общая стоимость медицинских услуг, предоставленных "Пациенту" составляет: **0**

**Ноль рублей 00 копеек**

Основанием для оказания платных медицинских услуг (ПМУ) является желание Пациента при отсутствии медицинских противопоказаний.

**2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН****2.1. Пациент, получающий ПМУ, имеет право:**

2.1.1. Получить от медицинских работников, участвующих в оказании ПМУ, в доступной для Пациента форме полную, достоверную информацию:

- а) о диагнозе (основном и сопутствующих), методом обследования (в том числе инвазивного) и лечения (в том числе оперативного), их степени сложности и возможных последствиях (осложнения, инвалидизация, летальный исход), обусловленных основной и сопутствующих патологий;
- б) о видах и количестве диагностических и лабораторных исследований, включенных в оплату;
- в) о правилах оказания ПМУ (об альтернативных методах обследования, в т.ч. по госгарантиям).

2.1.2. Ознакомиться с документами, подтверждающими специальную правоспособность Исполнителя и персонала, оказывающего ПМУ.

2.1.3. На возмещение вреда (убытков), причиненного Пациенту по вине Исполнителя, вследствие ненадлежащего оказания ПМУ в порядке, предусмотренном пунктами 3.1. и 3.2 настоящего договора.

2.1.4. В любое время отказаться от получения ПМУ (то есть расторгнуть настоящий договор) и получить оплаченную сумму за вычетом затрат Исполнителя, связанных с подготовкой к оказанию ПМУ и (или) частичным выполнением ПМУ, если прекращение ПМУ не повлечет причинение вреда здоровью Пациента.

2.1.5. Пациент при обнаружении недостатков оказанной услуги (не соблюдении сроков и т.д.) имеет право предъявить к Исполнителю требования в соответствии с Законом РФ «О защите прав потребителей»

**2.2. Пациент, получающий ПМУ, обязан:**

2.2.1. После подписания настоящего договора оплатить её полную стоимость в размере предполагаемого обследования по ценам согласно тарифам, действующим на момент оплаты, при этом оплата считается произведенной при поступлении денежных средств в кассу или на расчетный счет Исполнителя. Цены на ПМУ не подлежат изменению в течении срока действия настоящего договора.

2.2.2. Точно выполнять назначения специалиста, оказывающего ПМУ, и соблюдать правила внутреннего распорядка, установленного Исполнителем.

2.2.3. Информировать специалиста, оказывающего ПМУ, об известных ему перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях и т.п.

2.2.4. Предъявить Исполнителю документ, удостоверяющий личность, и финансовый документ, подтверждающий факт полной стоимости ПМУ.

2.2.5. Немедленно информировать врача об изменении состояния своего здоровья в процессе диагностики и лечения.

**2.3. Права и обязанности Исполнителя:**

2.3.1. Исполнитель самостоятельно назначает время, очередность приема, выбирает консультантов, устанавливает объем и виды обследований. Исполнитель обязан начать ПМУ не позднее семи рабочих дней с момента подписания Пациентом договора на оказание ПМУ, если иной срок не обусловлен медицинскими показателями.

2.3.2. Исполнитель обеспечивает предоставление Пациенту доступной, полной и достоверной информации о видах, объеме, стоимости и порядке предоставления ПМУ, в том числе о месте их оказания, режиме работы, наличии лицензии и сертификата о квалификации и сертификации специалистов, оказывающих ПМУ.

2.3.3. Исполнитель осуществляет оформление и выдачу Пациенту выписки из истории болезни или амбулаторной карты, а также финансовых документов, подтверждающих факт оплаты стоимости ПМУ, содержащих сведения: Ф.И.О., место жительства пациента, виды оказанных Пациенту ПМУ, с указанием их наименования, стоимости и даты их оказания.

2.3.4. Исполнитель обеспечивает соответствие предоставленных Пациенту ПМУ требований, предъявленных к методам диагностики, разрешенным на территории Российской Федерации.

2.3.5. Исполнитель обязуется оказывать ПМУ конфиденциально, качественно и в объеме, предусмотренном настоящим договором, предупредить Пациента о последствиях, которые могут возникнуть при оказании ПМУ, а также согласовать с Пациентом назначение дополнительных исследований (ПМУ), потребность в которых возникла в ходе исполнения настоящего договора.

2.3.6. Исполнитель вправе оказывать ПМУ лишь после того как Пациент ознакомится с правилами оказания платных медицинских услуг и текстом настоящего договора, добровольно подпишет договор, а также предъявит документ, удостоверяющий личность.

\*Лицензия. Виды работ (услуг), выполняемых в составе лицензируемого вида деятельности: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях по: гистологии, лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, медицинской статистике, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, функциональной диагностике, эпидемиологии, терапии, акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), бактериологии, гематологии, детской онкологии, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, онкологии, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации) патологической анатомии,

### 3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

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

3.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

### 4. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

4.1. Все изменения и дополнения в настоящий договор вносятся только по взаимному письменному соглашению Сторон.

4.2. В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует потребителя (заказчика) о расторжении договора по инициативе потребителя, при этом потребитель (заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору

### 5. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

5.1. Пациенту сообщено, что он (она) имеет право на бесплатную медицинскую помощь в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам в Пензенской области бесплатной медицинской помощи. Пациент настаивает на проведении платных медицинских услуг.

5.2. Договор вступает в силу с момента его подписания Пациентом и действует до момента окончания оказания ПМУ и их оплаты.

5.3. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

5.4. Все споры и разногласия, которые могут возникнуть при исполнении настоящего договора, Стороны постараются урегулировать путем переговоров, а в случае не достижения соглашения, Стороны передают спор на рассмотрение в соответствующий суд общей юрисдикции.

5.5. В соответствии с п.2 ст.160 ГК РФ «Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи Исполнителя и (воспроизведенное механическим способом с использованием клише или другим средством копирования). Договор подписывается со стс Исполнителя факсимильной подписью главного врача.

5.6. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

### 6. АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН

Пациент:

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

домашний адрес, телефон: \_\_\_\_\_

Текст настоящего договора мне понятен. Я подтверждаю, что мне предоставлена информация, предусмотренная пунктом 2.1. настоящего договора и я предупрежден о возможных обследованиях по месту жительства

\_\_\_\_\_ " " \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

(Личная подпись Пациента)

Мне сообщено, что я имею право на получения бесплатной медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий. Я настаиваю на получении платной медицинской услуги. О стоимости платной медицинской услуги мне сообщено предварительно.

\_\_\_\_\_ " " \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

(Личная подпись Пациента)

**Исполнитель:** бюджетное учреждение здравоохранения «Областной онкологический диспансер»

Юридический адрес: г.Пенза, проспект Строителей, 37А телефон 95-99-90

ИНН/КПП 5835013986/583501001

ОГРН 1025801218849 (ИФНС по Октябрьскому району г. Пензы от 12.05.2011 г.)

Главный врач



Серебряков, В.С.