

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг

г. Акбулак

« ____ » _____ 2015 г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Акбулакская районная больница», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача *Михарева Виталия Геннадиевича*, действующего на основании Устава, лицензии на медицинскую деятельность №ЛО-56-01-001252 от 5 августа 2014 г, с одной стороны, и _____, именуемый в дальнейшем «Пациент», действующий на основании паспорта серия _____ № _____, выдан _____ с

другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

1.1. Исполнитель обязуется оказать платные медицинские услуги Пациента, а Пациент обязуется принять и оплатить услуги на условиях настоящего Договора.

№ п/п	Код медицинской услуги	Отделение	Количество услуг	Цена одной услуги	Стоимость медицинской услуги
1					
2					
3					
Всего					

1.2. Пациент оплачивает услуги на условиях 100% предоплаты путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя.

1.3. В случае увеличения в процессе оказания медицинских услуг их объема или стоимости Пациент обязуется доплатить необходимую сумму в течение 2 дней с даты получения соответствующего счета.

1.4. Срок оказания медицинских услуг: с « ____ » _____ 2015г. по « ____ » _____ 2015 г.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать Пациенту медицинские услуги, соответствующие санитарно-гигиеническим требованиям условия.

2.1.2. Привлекать к оказанию услуг квалифицированных врачей и иной медицинский и обслуживающий персонал. Выбор лечащего врача осуществляется Исполнителем.

2.1.3. Провести Пациенту необходимый объем обследований и консультаций для установления диагноза, обеспечить качественное ведение медицинской документации.

2.1.4. Предоставить Пациенту в доступной форме достоверную информацию о состоянии его здоровья, результатах обследования, диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского, в т.ч. хирургического вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения, дать необходимые медицинские рекомендации после завершения лечения.

2.2. Пациент обязуется:

2.2.1. Подробно информировать врача об имеющихся заболеваниях, ранее перенесенных травмах, операциях, отравлениях, наследственных заболеваниях, непереносимости лекарств и др. аллергических реакциях.

2.2.2. Пройти предписанный врачами комплекс диагностических, лабораторных и инструментальных обследований.

2.2.3. Производить оплату медицинских услуг по ценам Исполнителя, с которыми Пациент ознакомился перед заключением настоящего договора.

2.3. Пациент соглашается с тем, что:

2.3.1. При предварительном осмотре может возникнуть необходимость проведения дополнительных (специализированных) методов обследования, которые осуществляются Исполнителем путем дополнительной оплаты.

3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

3.1. Стороны несут ответственность за надлежащее исполнение своих обязательств по договору в соответствии с законодательством РФ.

3.2. Исполнитель несет ответственность в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязанностей при наличии своей вины.

3.3. Исполнитель не несет ответственности за качество оказываемых услуг, если Пациент не выполняет предписаний лечащего врача или прерывает лечение без письменного уведомления Исполнителя, а также при существенном нарушении других условий настоящего договора.

3.4. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения Договора в результате событий чрезвычайного характера, которые стороны не могли предвидеть или предотвратить разумными мерами (форс-мажор).

3.5. К таким событиям чрезвычайного характера относятся: наводнение, пожар, землетрясение, взрыв, шторм, оседание почвы, эпидемия и иные явления природы, а также война, военные действия, запретительные акты или действия правительств или государственных органов, гражданские волнения, восстания, вторжения и любые другие обстоятельства вне разумного контроля Сторон.

3.6. При наступлении указанных обстоятельств Сторона обязана без промедления известить о них в письменном виде другую Сторону и согласовать свои дальнейшие действия по выполнению настоящего Договора.

4. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

4.1. Стороны берут взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего Договора, а также обязуются принимать все необходимые меры, чтобы избежать даже частичного нарушения конфиденциальности.

4.2. С согласия Заказчика допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим лицам, указанным Заказчиком.

4.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Заказчика допускается в случаях, установленных ст. 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

5. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

5.1. Споры, возникшие между сторонами в рамках настоящего договора или в связи с ним, урегулируются сторонами путем переговоров. В случае не достижения согласия сторонами, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания сторонами и действует до полного выполнения сторонами всех обязательств.

6.2. Все изменения и дополнения к настоящему договору должны быть совершены в письменной форме по взаимному соглашению сторон.

6.3. Взаимоотношения сторон, не предусмотренные настоящим договором, регулируются действующим законодательством РФ.

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

7. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН:

Исполнитель:

ГБУЗ «Акбулакская РБ»
461551, п. Акбулак, ул. Майская, 95
Тел.: (35335)2-13-51; 2-21-79
Министерство финансов Оренбургской области
(ГБУЗ «Акбулакская РБ» л/с 039.11.09.00)
ИНН 5638008289, КПП 561001001
Р/с 40601810700003000001 Отделение по
Оренбургской области Уральского главного
управления Центрального банка Российской
Федерации г. Оренбург
БИК 045354001
КДБ 00000000000000000130

Пациент:

ФИО
Дата рождения
Документ, удостоверяющий личность
Серия, номер
Дата выдачи
Кем выдан
Место жительства

_____/В.Г.Михарев/

_____/_____/