

Договор № _____
на оказание платных медицинских услуг

г. Таруса

“ _____ ” _____ 202__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калужской области «Центральная районная больница Тарусского района» (далее ГБУЗ КО «ЦРБ Тарусского района»), в лице главного врача Манаповой Светланы Юрьевны, действующего на основании Устава и лицензии № Л041-01158-40/00382859, выданной МЗКО 25.06.2019г. бессрочно, именуемое в дальнейшем «ИСПОЛНИТЕЛЬ», с одной стороны, и гражданин(ка) _____,

(ФИО полностью)

(данные документа, удостоверяющего личность: _____, серия _____ номер _____,
_____ (вид документа)

выдан _____ г. _____ (дата выдачи) _____ (кем выдан)

код подразделения _____ - _____), именуемый(ая) в дальнейшем «ЗАКАЗЧИК», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. Предмет договора

1.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ берет на себя обязательство оказать Пациенту следующие медицинские услуги: _____ (далее - Услуги), отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Пациент обязуется оплатить их в порядке и размере, установленных настоящим Договором.

1.2. ЗАКАЗЧИК при подписании настоящего договора ознакомлен с перечнем предоставляемых Услуг, стоимостью и условиями их предоставления.

2. Права и обязанности сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ вправе:

2.1. Самостоятельно определять объем исследований и необходимых действий, направленных на установление верного диагноза и оказания медицинской Услуги.

2.2. Уведомив ЗАКАЗЧИКА внести изменения в лечение и провести дополнительное специализированное лечение.

2.3. Назначить другого врача, в случае отсутствия лечащего врача в день, назначенный для проведения медицинской услуги.

2.4. Отказать ЗАКАЗЧИКУ в оказании Услуг по настоящему договору до оплаты последним ее стоимости.

ИСПОЛНИТЕЛЬ обязан:

2.5. Оказать услуги, указанные в п.п.1.1 настоящего договора, в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории РФ.

2.6. Предоставлять ЗАКАЗЧИКУ информацию о ходе оказания медицинской услуги в понятной и доступной форме.

2.7. Сохранять конфиденциальность информации о врачебной тайне ЗАКАЗЧИКА.

ЗАКАЗЧИК вправе:

2.8. Получать от ИСПОЛНИТЕЛЯ для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме любые сведения о состоянии своего здоровья, протекании лечения, данные промежуточных исследований, результаты анализов, протоколы консилиумов, и другие сведения, имеющие отношение к оказанию Услуги по настоящему договору.

2.9. Требовать проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов.

2.10. Выбрать лечащего врача, с учетом согласия последнего.

2.11. Отказаться от услуг по настоящему договору и получить обратно уплаченную сумму с возмещением ИСПОЛНИТЕЛЮ фактически понесенных им расходов по оказанию Услуг по настоящему договору.

ЗАКАЗЧИК обязан:

2.12. До заключения договора информировать ИСПОЛНИТЕЛЯ об отсутствии у него страхового медицинского полиса.

2.13. Соблюдать внутренний режим, принятый ИСПОЛНИТЕЛЕМ для пациентов.

2.14. Соблюдать указания медицинского учреждения в период всего курса лечения и после оказания Услуги.

2.15. При прохождении курса лечения сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия.

2.16. В период оказания Услуги самостоятельно не употреблять лекарства, лекарственные травы, мази и иные препараты.

3. Стоимость оказываемых Услуг и порядок платежей

3.1. Стоимость услуг по настоящему договору составляет _____ руб. _____ коп.
(сумма цифрами)

(_____),
(сумма прописью)

согласно действующим тарифам на платные медицинские услуги, оказываемые ГБУЗ КО «ЦРБ Тарусского района».

3.2. Оплата Услуг осуществляется ЗАКАЗЧИКОМ до и после получения Услуг, путем внесения наличных денежных средств в кассу ИСПОЛНИТЕЛЯ или по его безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет ИСПОЛНИТЕЛЯ.

3.3. Стоимость Услуг может быть изменена ИСПОЛНИТЕЛЕМ в одностороннем порядке, по результатам обследования и лечения, с учетом уточненного диагноза, сложности операции и иных затрат на лечение (повышение заработной платы, цен на лекарство, и прочие факторы). Данные изменения к настоящему договору прилагаются в простой письменной форме и подписываются обеими сторонами.

4. Ответственность сторон

4.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязанностей по договору ИСПОЛНИТЕЛЬ несет ответственность в размере реального ущерба, причиненного Пациенту таким неисполнением.

4.2. В случае причинения вреда здоровью или жизни Пациента по вине ИСПОЛНИТЕЛЯ он несет ответственность в соответствии с законодательством РФ.

4.3. ИСПОЛНИТЕЛЬ освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего договора, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора.

5. Срок действия Договора, заключительные положения

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до полного исполнения обязательств сторонами, в соответствии с условиями настоящего договора.

5.2. Все споры, вытекающие из настоящего договора, стороны решают путем ведения переговоров. При невозможности достижения согласия спор подлежит передаче на рассмотрение суда в соответствии с законодательством РФ.

5.3. Настоящий договор может быть расторгнут по инициативе любой из сторон с обязательным предварительным уведомлением другой стороны.

5.4. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

5.5. ЗАКАЗЧИК даёт согласие ГБУЗ КО «ЦРБ Тарусского района» на обработку персональных данных.

6. Подписи, адреса и реквизиты сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ГБУЗ КО «ЦРБ Тарусского района»
Юридический адрес: 249100, г. Таруса
ул. К. Либкнехта, д. 16
ОГРН: 1024000852622
Телефон/факс: 8(48435) 2-55-87, 2-50-87
р/счёт: 03224643290000003700
БИК: 012908002; к/счёт: 40102810045370000030
ИНН:4018000087/КПП:401801001
Отделение Калуга Банка России//
УФК по Калужской области г. Калуга

Главный врач ГБУЗ КО
«ЦРБ Тарусского р-на»:

С. Ю. Манапова _____
М.П.

ЗАКАЗЧИК:

(ФИО полностью)

Адрес: _____

Телефон: _____

Подпись _____