

ДОГОВОР № _____ «___» _____ 20__ г.
на оказание платных медицинских услуг в ГБУЗ « Пензенская РБ »

государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Пензенская районная больница», (ГБУЗ «Пензенская РБ»)

Юридический адрес: Пензенская область, Пензенский район, с. Кондоль, ул. Мира, 1.

Фактический адрес: г. Пенза, Сухумский проезд, 8.

ОГРН 1115805000255, выдан межрайонной ИФНС России №4 по Пензенской области 30.12.2011 г.

Лицензия № ЛО 58 – 01 –001789 от 17.06.2016 года, на срок: бессрочно.

Лицензия выдана МЗ и СР Пензенской области, г. Пенза, ул. Пушкина, 163. Тел.48-34-01, 48-34-47.

Перечень работ (услуг): профпатология, медицинские осмотры (предрейсовые, послерейсовые), медицинские осмотры (предварительные, периодические), медицинское освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством, экспертиза на право владения оружием, клиническая лабораторная диагностика, бактериология, рентгенология, ультразвуковая диагностика, функциональная диагностика, эндоскопия, терапия, офтальмология, дермотовенерология, оториноларингология, психиатрия, психиатрия-наркология, неврология, акушерство и гинекология, хирургия, урология, травматология-ортопедия.

государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Пензенская районная больница», именуемая в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Лаврова Александра Николаевича, действующего на основании Устава, лицензии № ЛО 58–01–001789 от 17.06.2016 года, на срок: бессрочно, с одной стороны.

именуемый в дальнейшем «Потребитель», действующего на основании собственного волеизъявления, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

«Потребитель» поручает, а «Исполнитель» принимает на себя обязанность оказать оплаченные медицинские услуги: наименование услуги, стоимость платной медицинской услуги – (ПМУ) по прейскуранту.

Стоимость медицинской услуги составляет: _____

Сумма прописью: _____

Основанием для оказания платных медицинских услуг (ПМУ) является желание «Потребителя» при отсутствии медицинских противопоказаний.

2. Права и обязанности сторон.

Потребитель, получающий ПМУ, имеет право:

2.1. Получить полную информацию о медицинской услуге (в том числе о диагнозе, методах лечения, о степени сложности диагностических исследований и операции, обусловленных тяжестью заболевания, в связи с чем возможны осложнения, вплоть до летального исхода, а также ознакомиться с видами и количеством диагностических исследований и лечебных процедур, включенных в оплату) и о правилах оказания ПМУ;

2.2. Знакомиться с документами, подтверждающими специальную правоспособность Исполнителя и персонала, оказывающего ПМУ;

2.3. На возмещение вреда, причиненного по вине Исполнителя, вследствие ненадлежащего оказания ПМУ;

2.4. Отказаться от получения ПМУ и получить обратно оплаченную сумму за вычетом затрат Исполнителя, связанных с подготовкой к оказанию ПМУ;

2.5. В случае нарушения сроков оказания ПМУ, предусмотренных настоящим договором, по вине Исполнителя Потребитель вправе по своему выбору: - назначить новый срок оказания ПМУ (если нет противопоказания для проведения данной медицинской услуги в более поздние сроки, чем предусмотрено в договоре);

-потребовать исполнения ПМУ другим специалистом Исполнителя;

-отказаться от исполнения договора и потребовать возмещения оплаченной им стоимости ПМУ (только до начала хирургического вмешательства и выполнения инструментальных методов исследования).

Потребитель, получающий ПМУ, обязан:

2.6. После подписания настоящего договора, в течение одного дня, до получения ПМУ оплатить ее полную стоимость (100% предоплата), в размере предполагаемого обследования и лечения по ценам согласно прейскуранту цен, действующего 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 течение срока действия настоящего договора;

-при не завершении лечения, предусмотренного настоящим договором, в течение двухмесячного срока после временной выписки больного.

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

2.8. Информировать специалиста, оказывающего ПМУ, об известных ему перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях и т.п., о чем делается запись в историю болезни, амбулаторную карту.

Права и обязанности Исполнителя:

2.9. Исполнитель самостоятельно назначает время, очередного приема, выбирает консультантов, определяет необходимые сроки госпитализации, устанавливает объем и характер исследований и лечения.

2.10. Исполнитель обеспечивает предоставление Потребителю 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 сведений о квалификации и сертификации специалистов, оказывающих ПМУ.

2.11. Исполнитель осуществляет оформление и выдачу Потребителю выписки из истории болезни или амбулаторной карты, а также финансовых документов, подтверждающих факт оплаты стоимости ПМУ.

2.12. Исполнитель обеспечивает соответствие предоставляемых Потребителю ПМУ требованиям, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ.

2.13. Исполнитель обязуется оказывать ПМУ конфиденциально, качественно, своевременно и в объеме, предусмотренном настоящим договором, предупредить Потребителя о последствиях, которые могут возникнуть при оказании ПМУ, (о чем делается запись в истории болезни, амбулаторной карте), а также согласовывать с Потребителем назначение дополнительных исследований (ПМУ), потребность в которых возникла в ходе исполнения настоящего договора.

2.14. Исполнитель вправе оказывать ПМУ после того как пациент ознакомится с Правилами оказания ПМУ и текстом договора "об оказании платных медицинских услуг", добровольно подпишет этот договор, предъявит финансовый документ, подтверждающий факт полной оплаты стоимости услуги, а также предъявит документ, удостоверяющий личность.

3.Срок оказания услуги:

3.1. Медицинский осмотр две недели.

4. Ответственность сторон.

4.1. Сторона, не исполнившая или ненадлежащим образом исполнившая свои обязательства по настоящему договору, обязана возместить другой стороне причиненные этим убытки.

5. Прочие условия.

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

5.2. Если будет установлено, что надлежащее исполнение настоящего договора невозможно без проведения дополнительных ПМУ (исследований, консультаций и т.п.), то с Потребителем заключается договор на оказание необходимых видов ПМУ и оплачивается дополнительно за свой счет, в противном случае настоящий договор подлежит расторжению (при этом Исполнитель возвращает Потребителю оплаченную стоимость ПМУ, за вычетом расходов понесенных Исполнителем).

5.3. В случаях невыполнения Потребителем указаний Исполнителя, Исполнитель имеет право расторгнуть настоящий договор в одностороннем порядке досрочно.

5.4. Договор вступает в силу с момента полной оплаты Потребителем стоимости ПМУ и действует до момента окончания оказания ПМУ. Если Потребитель не произведет 100% предоплату с момента подписания договора, то настоящий договор считается незаключенным.

5.5. Все изменения и дополнения в настоящий договор вносятся только по взаимному согласию сторон и оформляются письменно.

5.6. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

5.7. Все претензии и споры, 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.

5.8. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой стороны.

6. Информированное согласие

Текст настоящего договора мне понятен. О возможных последствиях оказания медицинских услуг предупрежден. Я подтверждаю, что лечащий (оперирующий) врач сообщил мне информацию, предусмотренную пунктом 2.1. и 5.1. настоящего договора. О возможности лечения и обследования по месту жительства предупрежден. С правилами оказания платных медицинских услуг ознакомлен. Мне сообщено, что я имею право на получение бесплатной медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий Пензенской области. С условиями оказания бесплатной медицинской помощи и альтернативными методами ознакомлен. Я настаиваю на получении платной медицинской услуги. О стоимости услуги мне сообщено предварительно.

Потребитель. Личная подпись _____

7. Юридические адреса и подписи сторон:

Исполнитель:

ГБУЗ «Пензенская РБ»

Лицензия № ЛО 58 – 01 – 001789 от 17.06.2016 года.

действует на срок: бессрочно.

Юридический адрес: 442400, Пензенская область,

Пензенский район, с.Кондоль, ул. Мира, 1

Фактический адрес: 440068, г.Пенза, Сухумский проезд, 8.

тел.(8412)36.06.31, бухгалтерия 36.24.53

Потребитель:

(Ф.И.О) _____

паспорт серия _____ № _____

кем выдан: _____

адрес: _____

тел. _____

Главный врач _____ А.Н.Лавров

Кассир _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

Личная подпись _____