

ДОГОВОР ДА8390057
на оказание платных медицинских услуг

г. Тверь
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ МЗ России (лицензия _____), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____ действующего на основании _____, с одной стороны, и Пациент (законный представитель) _____, истории болезни № _____, именуемая в дальнейшем "Потребитель", с другой стороны, и «Заказчик» (при его наличии) действующий в интересах Потребителя, с другой стороны, вместе также именуемые «Стороны», заключили настоящий договор (далее –«Договор») о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю следующие медицинские услуги

.....
(указать вид(ы) медицинских услуг)

1.2. Исполнитель проинформировал Потребителя о порядке получения медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. При этом, в рамках Договора Исполнитель оказывает медицинские услуги только на возмездной основе и, подписывая Договор, Потребитель сознательно и добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе, и обязуется не обращаться в страховую медицинскую организацию за компенсацией расходов на медицинские услуги, оказанные в соответствии с настоящим Договором:

Потребитель _____

II. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать Потребителю услуги в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе стандартов медицинской помощи, действующих в Российской Федерации.

2.1.2. Прекратить оказание медицинских услуг на любой их стадии в случае выявления противопоказаний.

2.2. Потребитель (Заказчик) обязуется:

2.2.1. До начала оказания медицинских услуг сообщить Исполнителю (лечащему врачу, специалисту) всю известную информацию о состоянии своего здоровья, необходимую для оказания медицинских услуг, в т.ч. о своем самочувствии на момент обращения за медицинской услугой, обо всех перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях.

2.2.2. Ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

2.2.3. Подписать Акт об оказании платной медицинской услуги (Приложение № 1) и оплатить медицинские услуги на условиях, определенных настоящим Договором.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. Отказать в проведении лечебно-диагностических мероприятий в случае невыполнения Потребителем требований лечащего врача, несоблюдения лечебно-охранительного режима, режима работы и правил внутреннего распорядка организации Исполнителя, а также невыполнения других обязательств, принятых на себя по настоящему Договору.

2.3.2. Приостановить и/или прекратить лечение и/или обследование, в случае если это не несет угрозу жизни и здоровью Потребителя.

2.3.3. Расторгнуть настоящий Договор в одностороннем порядке согласно п. 6.4.

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. На предоставление информации о медицинских услугах и Исполнителе.

2.4.2. Предъявлять требования о возмещении вреда, причиненного жизни и (или) здоровью Потребителя при оказании ему медицинской помощи, в объеме и порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

3. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА

3.1. Условия получения Потребителем медицинских услуг: амбулаторно

3.2. Исполнитель оказывает услуги по адресу:

3.3. Сроки оказания медицинских услуг:

4. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

4.1. Стоимость медицинских услуг, указанных в п. 1.1 настоящего Договора, определяется на основании Прейскуранта цен и составляет:

Наименование платной медицинской услуги	Цена (руб.)	Кол-во	Сумма (руб.)
ИТОГО			

4.2. Потребитель (Заказчик) оплачивает стоимость медицинских услуг, указанную в п. 4.1 настоящего Договора, а также стоимость медицинских услуг, указанную в счете-заказе, в тот же день по факту оказания медицинской услуги, в соответствии с Актом об оказании платной медицинской услуги.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

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

5.2. Исполнитель не несет ответственности за ухудшение состояния здоровья Потребителя в следующих случаях:

- при не информировании Исполнителя о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях и других осложнениях, в том числе, о которых Потребитель знал до начала и в процессе лечения;

- при обострении воспалительных процессов и других ухудшениях состояния здоровья Потребителя после несогласованного прерывания/изменения схемы лечения.

В связи с тем, что осложнения могут возникать вследствие биологических особенностей организма Потребителя и используемая технология оказания медицинской помощи не может полностью исключить их вероятность, Исполнитель не несет ответственности за наступление осложнений, если медицинские услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований.

5.3. Отсутствие ожидаемого Потребителем результата, если Исполнитель при той степени заботливости и осмотрительности, какая от него требовалась по характеру обязательств и условиям Договора, предпринял все необходимые профессиональные действия, не является основанием для признания услуги ненадлежащей.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА.
ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с даты его подписания и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

6.2. Настоящий Договор может быть изменен или расторгнут по обоюдному согласию Сторон.

6.3. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. При этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору. В этом случае Потребителем обязан оформить письменный отказ.

6.4. Исполнитель оставляет за собой право расторгнуть Договор в одностороннем порядке, если это не угрожает жизни Потребителя:

6.4.1. В случае невыполнения Потребителем обязательств, принятых на себя согласно пункта 2.2 Договора.

6.4.2. В случае выявления противопоказаний в соответствии с п. 2.1.2 Договора.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. Подписью в Договоре Потребитель:

7.1.1. Подтверждает свое согласие на обработку своих персональных данных Исполнителем, включающих, но не ограничивающихся следующими: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, паспортные данные, адрес регистрации и проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ДМС.

7.1.2. Подтверждает, что ознакомлен с информацией, касающейся:

- Особенности своего заболевания, диагноза, методов лечения, прогнозах заболевания;

- Особенности медицинских услуг, указанных в п. 1.1 настоящего Договора, их стоимости условий предоставления, всех возможных осложнениях и исходах оказания услуг.

7.1.3. Подтверждает, что ему была предоставлена возможность задавать интересующие его вопросы по поводу медицинских услуг, предусмотренных настоящим Договором, он получил на них ответы в доступной для понимания форме, понял цель и характер медицинских услуг, предусмотренных настоящим Договором, подтверждает свое добровольное согласие на медицинское вмешательство, предусмотренное настоящим Договором.

7.4. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются его приложения:

7.4.1. Акт об оказании платной медицинской услуги (Приложение №1).

7.4.2. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России в соответствии с лицензией (Приложение № 2).

8. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель:

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России

Адрес места нахождения: 170100, Российская Федерация, Тверская область, г. Тверь, ул. Советская, д. 4.

Тел./факс: (4822) 42-20-28, 50-55-83

ОГРН 1026900571059 ИНН 6905010888 КПП 695001001 Код дохода 0000000000000000130 БИК 042809001

Л/сч. 20366X12820 УФК по Тверской области р/сч40501810500002000001 Отделении Тверь г.Тверь

Лист записи ЕГРЮЛ от 08 июля 2016 года Межрайонной инспекцией ФНС № 12 по Тверской области.

Лицензия на медицинскую деятельность № ФС-69-01-000806 выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (Управление Росздравнадзора по Тверской области) 01.09.2017 г., адрес: 170100, г. Тверь, Свободный пер., д. 5, тел. (4822) – 35-85-88, 34-40-59.

МП

Потребитель:	Законный представитель:
фамилия, имя и отчество (если имеется)	фамилия, имя и отчество (если имеется)
Зарегистрирован по адресу:	Зарегистрирован по адресу:
Адрес места фактического проживания жителя:	Адрес места фактического проживания жителя:
телефон _____	телефон _____ (_____)

Заказчик:

Приложение № 1

Договору на оказание платных медицинских услуг



2011655474529

АКТ

об оказании платных медицинских услуг

г. Тверь

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ МЗ России (лицензия _____), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____

действующего на основании _____, с одной стороны, и Пациент (законный представитель)

_____, истории болезни № _____, именуемая в дальнейшем "Потребитель", с другой стороны, и

«Заказчик» (при его наличии) действующий в интересах Потребителя, с другой стороны, вместе также именуемые «Стороны», составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. Исполнителем оказаны Потребителю платные медицинские услуги в объеме и в сроки, соответствующие условиям Договора № _____ от _____

2. Исполнитель предоставил Потребителю (Заказчику) бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемых медицинских услугах.

3. Исполнитель в соответствии с заключенным договором оказал Потребителю следующие платные медицинские услуги

Наименование платной медицинской услуги	Цена (руб.)	Кол-во	Сумма (руб.)
ИТОГО			

4. Потребитель (Заказчик) обязуется оплатить медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

5. Потребитель (Заказчик) не имеет претензий к Исполнителю по качеству оказанных медицинских услуг.

Исполнитель

Потребитель (Заказчик)

М.П.