

Договор N \_\_\_\_\_  
об оказании платных медицинских услуг

р.п. Панино

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2018 г.

Бюджетное учреждение здравоохранения Воронежской области «Панинская районная больница», (сокращенное наименование - БУЗ ВО «Панинская РБ» ОГРН 1023600511725 выдан 23.11.2002г.), адрес: р.п.Панино, ул. Железнодорожная, д.8, Воронежской области, зарегистрированное «28» декабря 2012 года в ЕГРЮЛ Федеральной налоговой службой, именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице главного врача Рогачёва Геннадия Ивановича, действующего на основании Устава и лицензии от "22» декабря 2017 г. № ЛО-36-01-003207, на осуществления медицинской деятельности выданной Департаментом здравоохранения Воронежской области, адрес: г. Воронеж ул. Никитинская 5, тел; 473-253-10-51 с одной стороны и

именуемый в дальнейшем «Заказчик», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

#### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель на основании обращения «Заказчика» и настоящего договора обязуется оказать ему медицинские услуги \_\_\_\_\_

(вид медицинских услуг)

Далее - "Медицинские услуги", а «Заказчик» уплачивает Исполнителю вознаграждение в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

1.2. Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу: 396140 Воронежская область, р.п. Панино, ул. Железнодорожная, д.8, в соответствии с установленными Правилами, утвержденными Постановлением Правительства РФ 04.10.2012 г. №1006

#### 2. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

2.1. Стоимость медицинских услуг согласно прейскуранту составляет \_\_\_\_\_ рублей. НДС нет

2.2. Оплата уплачивается путем перечисления суммы, указанной в п.2.1. настоящего Договора, на расчетный счет Исполнителя или путем внесения в кассу Исполнителя.

2.3. Датой оплаты денежных средств, считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или день внесения денежных средств в кассу Исполнителя.

#### 3. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА

3.1. Исполнитель представляет Заказчику письменные Акты об оказании услуг по настоящему Договору.

3.2. Подписываемые Сторонами Акты об оказании услуг являются подтверждением оказания услуг Исполнителем Заказчику.

#### 4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Исполнитель обязуется:

4.1.1. Обеспечить Заказчика бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о местонахождении Исполнителя (месте его государственной регистрации), режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

4.1.2. Оказывать Заказчику услуги, предусмотренные п.1.1. настоящего Договора, а при необходимости и дополнительные услуги.

4.1.3. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Заказчика (законного представителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

4.1.4. Исполнитель предоставляет Заказчику (законному представителю) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

4.1.5. Исполнитель представляет Заказчику список своих сотрудников, обладающих специальным образованием и профессиональными навыками, для ознакомления и закрепления за ним специалистов и/или лечащего врача, которые будут оказывать медицинские услуги.

4.1.6. Не передавать и не показывать третьим лицам, находящуюся у Исполнителя документацию о Заказчике.

4.1.7. Представлять Заказчику материалы и заключения о ходе оказания услуг в печатном виде.

4.1.8. Давать при необходимости по просьбе Заказчика разъяснения о ходе оказания услуг ему и заинтересованным лицам, включая государственные и судебные органы.

4.1.9. Исполнитель обязан при оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

4.2. Заказчик обязуется:

4.2.1. Соблюдать Правила оказания медицинских услуг Исполнителя (Приложение N 1).

4.2.3. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

4.2.4. Подписывать своевременно отчеты (акты) об оказании услуг Исполнителем .

4.3. Исполнитель имеет право:

4.3.1. Получать от Заказчика любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае не предоставления либо неполного или неверного предоставления Заказчика информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

4.3.2. Требовать от Заказчика соблюдения правил оказания медицинских услуг.

4.4. Заказчик имеет право:

4.4.1. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с п.1.1. настоящего Договора.

4.4.2. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. N 1006).

4.4.3. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора

## 5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Заказчика.

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

5.3. Нарушение установленных настоящим Договором сроков исполнения услуг должно сопровождаться выплатой Заказчику неустойки в порядке и размере, которые определяются Законом РФ "О защите прав потребителей".

5.4. В случае расторжения Договора или отказа Заказчика после заключения Договора от медицинских услуг, ему возвращается сумма за удержанием стоимости оказанных услуг.

5.5. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по Договору, если неисполнение или ненадлежащее исполнение ими своих обязательств произошло вследствие обстоятельств непреодолимой силы.

5.6. Исполнитель освобождается от ответственности в случае несоблюдения Заказчиком правомерных указаний и требований Исполнителя по оказанию медицинских услуг.

## 6. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

6.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

6.2. При не урегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке.

## 7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

7.1. Настоящий Договор вступает в действие с момента подписания его сторонами и действует в течении 20 календарных дней.

7.2. Настоящий Договор, может быть, расторгнут по обоюдному согласию Сторон.

7.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон.

## 8. ИНЫЕ УСЛОВИЯ

8.1. Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

8.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

## 9. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель:

БУЗ ВО «Панинская РБ»  
396140 Воронежская область р.п. Панино  
ул. Железнодорожная, д.8

Наименование получателя:

Департамент финансов  
Воронежской области (БУЗ ВО «Панинская РБ» л/с 20821200550)

ИНН 3621001806

КПП 362101001

р/с 40601810820073000001

Отделение Воронеж г. Воронеж

БИК 042007001

ОКОНХ 91511

ОКТМО 20635151

ОГРН 1023600511725

ОКПО 01922115

ОКВЭД 86.10

Заказчик:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ПОДПИСИ СТОРОН

Главный врач \_\_\_\_\_ Г.И. Рогачёв  
М.п.

Заказчик: \_\_\_\_\_

**БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ «ПАНИНСКАЯ РБ»  
396140, Воронежская область., р.п. Панино, ул.Железнодорожная,8**

Добровольное согласие на оказание платных медицинских услуг.

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи.

Я, \_\_\_\_\_  
(ф.и.о.гражданина)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.рождения.

Зарегистрированного по адресу \_\_\_\_\_  
(адрес места жительствагражданина либо законного представителя)

Даю информационное согласие на медицинские вмешательства, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012г № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012г. № 24082) (далее-Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в БУЗ ВО «Панинская РБ» Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, ф.и.о. медицинского работника)

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанной с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений , а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ». Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть).

( Ф.И.О. гражданина, контактный телефон) \_\_\_\_\_  
(подпись)

( Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина) \_\_\_\_\_  
(подпись)

( Ф.И.О. медицинского работника) \_\_\_\_\_  
(подпись)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. (дата оформления)