

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Курск «___» _____ 20__ г.
ОБУЗ «Офтальмологическая больница», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице врача-офтальмолога _____, действующего на основании доверенности № _____ от _____, с одной стороны, и _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», либо «Законный представитель¹» с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор, о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги на условиях, определенных настоящим Договором, а Потребитель (Законный представитель) обязуется оплатить оказываемые услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим договором. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором, объем работ и услуг указываются (содержатся) в Приложении 1, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.2. При необходимости Потребителю могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень и сроки оказания которых согласуются Сторонами в дополнительном соглашении к настоящему Договору.

1.3. Потребитель соглашается с тем, что стоимость медицинских услуг, согласованная с ним после осмотра, является предварительной и не включает стоимость лечения скрытых патологий, которые могут быть обнаружены Исполнителем в процессе лечения. Точная стоимость услуг определяется после завершения лечения.

1.4. Срок оказания медицинской услуги – дата, совпадающая с датой подписания настоящего договора и датой оказания услуги.

1.5. Исполнитель оказывает услуги в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности:

- номер: Л041-01147-46/00305278

- дата предоставления лицензии: 14.03.2016

- срок действия: бессрочно

- орган, выдавший лицензию: Министерство здравоохранения Курской области.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. До заключения Договора уведомить, в письменной форме, Потребителя (Законного представителя) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или сказаться на состоянии здоровья потребителя.

2.1.2. При заключении Договора предоставить Потребителю (Законному представителю), в доступной форме, информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

- порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;

- информацию о конкретном медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);

- информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

- другие сведения, относящиеся к предмету Договора.

2.1.3. После исполнения Договора бесплатно выдать Потребителю (законному представителю) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях в течение 5 рабочих дней.

2.2. Потребитель (Законный представитель) обязуется:

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

2.2.2. Информировать Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

2.2.3. Потребитель (Законный представитель) подтверждает, что уведомлен о том, что в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» граждане, находящиеся на лечении обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в ОБУЗ «Офтальмологическая больница». Потребитель (Законный представитель) подтверждает, что уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

2.3. Исполнитель имеет право:

¹ Используется для договоров, заключаемых для предоставления платных медицинских услуг лицам, не достигшим возраста 18 лет.

2.3.1. Получать от Потребителя (Законного представителя) информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

2.3.2. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

2.4. Потребитель (Законный представитель) имеет право:

2.4.1. Получать от Исполнителя услуги, предусмотренные настоящим Договором.

2.4.2. Получать информацию о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья.

2.5. Потребитель (Законный представитель) и Исполнитель обладают иными правами и несут иные обязанности, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

3. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

3.1. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта, в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг. Стоимость конкретных платных медицинских услуг, предоставляемых Потребителю, указывается (содержится) в Приложении 1, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.2. Стороны согласны, что оплата конкретной медицинской услуги производится непосредственно в день оказания услуги, на основании Прейскуранта Исполнителя. Иной порядок и сроки оплаты могут быть предусмотрены в Дополнительном соглашении Сторон. Потребитель (Законный представитель) ознакомлен с Прейскурантом до подписания настоящего Договора.

3.3. Оплата осуществляется Потребителем (Законным представителем) путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, либо иным, не запрещенным законом способом.

3.4. Исполнитель разъясняет, а Потребитель (Законный представитель) понимает, что денежные средства, добровольно затраченные в рамках настоящего Договора, возврату через страховую компанию либо из других источников не подлежат, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

3.5. По письменному требованию Потребителя (Законного представителя), выставленному до момента подписания настоящего договора на предоставление платных медицинских услуг, может быть составлена Смета, которая в случае ее составления, становится неотъемлемой частью Договора.

4. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

4.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Потребителя (Законного представителя) и согласия приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Потребителя (Законного представителя).

4.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензии на медицинскую деятельность, клинические рекомендации, порядки, стандарты (в полном объеме порядков и стандартов, либо в объеме, превышающем соответствующий порядок и/или стандарт и/или в виде отдельных консультаций, медицинских вмешательств – по письменному согласию потребителя) и другие документы, в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.3. Потребитель (Законный представитель) предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

4.4. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.5. Потребитель (Законный представитель) незамедлительно ставит в известность Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

4.6. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя).

4.7. Потребитель (Законный представитель) дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Потребителя (Законного представителя), в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

5.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента (Потребителя) в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.3. Потребитель (Законный представитель) несет ответственность за нарушение условий Договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.4. Потребитель (Законный представитель) несет ответственность за нарушение условий Договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.5. В случаях, предусмотренных п. 5.3. – 5.4. Договора, Исполнитель вправе приостановить проведение лечебно-диагностических мероприятий (за исключением проведения лечения по жизненным показаниям).

6. ПОРЯДОК РАБОТЫ С ПРЕТЕНЗИЯМИ

6.1. При возникновении претензии по качеству оказанной медицинской услуги Потребитель (Законный представитель) подает ее в письменной форме на почтовый адрес Исполнителя: 305004, г. Курск, ул.Садовая 42А или на адрес электронный почты медицинской организации: obuzob@yandex.ru.

6.2. В претензии должны содержаться следующие сведения: Ф.И.О. Потребителя (Законного представителя), дата предоставления медицинской услуги, наименования оказанной услуги, суть претензии и контактные данные Потребителя (Законного представителя) (телефон, адрес электронной почты).

6.3. В случае поступления претензии Потребителя (Законного представителя) Исполнитель направляет ответ в отношении заявленных требований в сроки, установленные Законом РФ «О защите прав потребителей», а при их отсутствии – в десятидневный срок со дня получения претензии по адресу, указанному Потребителем (Законным представителем).

7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

7.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленным действующим законодательством РФ.

7.2. В случае отказа Потребителя (Законного представителя) после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя (Законного представителя) о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель (Законный представитель) оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ

8.1. Договор считается заключенным со дня его подписания и действует в течение 1 (одного) года.

8.2. Договор составлен в двух экземплярах, по одному - для каждой из Сторон.

9. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА

9.1. Исполнитель:

Полное наименование: Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Офтальмологическая клиническая больница-офтальмологический центр»
Сокращенное наименование: ОБУЗ «Офтальмологическая больница»
Адрес места нахождения: 305004. г. Курск, ул Садовая, 42А
Адрес оказания медицинской услуги: 305004. г. Курск, ул Садовая, 42А
Адрес эл.почты: obuzob@yandex.ru
Адрес сайта в ИТС «Интернет»: vision-kursk.ru
ИНН: 4629009164
ОГРН: 1024600945159
Телефон: (4712) 740-499, 740-385
Должность:
ФИО лица, подписывающего договор:

9.2. Потребитель (Законный представитель)

Потребитель:	Законный представитель:
ФИО:	ФИО:
Адрес регистрации:	Адрес регистрации:
Адрес проживания:	Адрес проживания:
Документ, удостоверяющий личность: паспорт	Документ, удостоверяющий личность: паспорт
№ серия	№ серия
кем и когда выдан:	кем и когда выдан:
Телефон:	Телефон:

10. ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель: _____

Потребитель (Законный представитель) _____

Уведомление об информировании до заключения договора

Я, нижеподписавшийся(аяся), _____, _____ года рождения, проживающий(ая) по адресу:

_____, настоящим подтверждаю, что мне до заключения договора об оказание медицинских услуг предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - соответственно программа, территориальная программа).

Я согласен(а) оплатить услугу, я получил(а) информацию о стоимости медицинского вмешательства, о правилах ее оплаты и документах, подтверждающих этот факт.

Я ознакомлен(а) с тем, что можно получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях по месту жительства на других условиях. Получив у Исполнителя полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг, я согласен(а) на оказание платных медицинских услуг и готов (а) их оплатить.

До подписания договора об оказании платных медицинских услуг я ознакомлен(а) с прејскурантом, действующим на дату заключения договора.

Настоящим, я информирован(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента.

Подпись Потребителя (Законного представителя): _____/_____/.