

УВЕДОМЛЕНИЕ

До заключения договора Исполнитель уведомляет Потребителя (Заказчика) о том, что в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», обязан соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в медицинском учреждении. 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 Потребителя (Заказчика).

До заключения договора Потребитель (Заказчик) ознакомлен с Прейскурантом цен на платные услуги ГОАУЗ МЦРБ, порядком оказания платных медицинских услуг, расположенных на сайте медицинского учреждения, информационном стенде расположенного на кассах медицинского учреждения.

Потребитель (Заказчик) проинформирован, что ГОАУЗ МЦРБ участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

_____ « _____ » _____ 20__ г.
(подпись) (расшифровка подписи)

г. Мончегорск Договор на оказание платных медицинских услуг « _____ » _____ 20__ г.

Государственное областное автономное учреждение здравоохранения «Мончегорская центральная районная больница» (далее - ГОАУЗ МЦРБ), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Матюшко Виталия Валентиновича, с одной стороны и именуемый в дальнейшем «Потребитель (Заказчик)», с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Заказчику) медицинские услуги согласно перечню видов медицинской деятельности, осуществление которых разрешено Исполнителю лицензией, а Потребитель (Заказчик) принять и оплатить их по прейскуранту Исполнителя в соответствии с условиями настоящего Договора. Перечень оказываемых услуг, их стоимость, сотрудники Исполнителя, оказывающие медицинские услуги указываются в Приложении № 2 к Договору.

1.2. Потребитель (Заказчик) подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель уведомил его о том, что, подписав настоящий Договор Потребитель (Заказчик) добровольно согласился на оказание ему указанных услуг на платной основе.

1.3. Исполнитель оказывает услуги по адресу: _____

1.4. Медицинские услуги предоставляются в следующих условиях:

стационарно, в дневном стационаре, амбулаторно (нужное подчеркнуть)

1.5. Услуги предоставляются Исполнителем при наличии подписанного Потребителем (Заказчиком) информированного добровольного согласия на оказание платных медицинских услуг.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. При предоставлении платных медицинских услуг оказывать медицинскую помощь:

- в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

- в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;

- на основе клинических рекомендаций;

- с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации

2.1.2. Предоставить в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платных в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.1.3. Зачитать Договор вслух, в случае невозможности прочтения Потребителем (Заказчиком) Договора из-за низкой остроты зрения.

2.1.4. Требовать от Потребителя (Заказчика) предоставления сведений и документов, необходимых для оказания медицинских услуг по Договору.

2.1.5. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

2.1.6. Ставить в известность Потребителя (Заказчика) о предполагаемой сумме дополнительных расходов.

2.1.7. Без согласия Потребителя (Заказчика) Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.8. Изменить дату и время приема Потребителя при нарушении графика приема, если это нарушение вызвано объективными причинами, т.е. не подлежащими прогнозу осложнениями, возникшими при лечении других пациентов, с целью окончания лечения текущему Пациенту.

2.1.9. Отказать в оказании платной медицинской услуги при нахождении Потребителя в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсикологического опьянения.

2.1.10. Отказать в оказании платной медицинской услуги в случае неполучения от Потребителя (Заказчика) информированного добровольного согласия на оказание платных медицинских услуг.

2.1.11. Отказать Потребителю в оказании платной услуги при наличии медицинских противопоказаний или при отсутствии медицинских показаний.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема направить Потребителя к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации или увеличить сроки оказания услуг.

2.2.2. Требовать от Потребителя (Заказчика) выполнения всех требований лечащего врача.

2.2.3. Предоставлять платные медицинские услуги в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.3. Потребитель (Заказчик) обязан:

2.3.1. До оказания медицинских услуг информировать Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях и иных факторах, которые могут затруднить или сделать невозможным оказание медицинской услуги по Договору.

2.3.2. Оплатить оказание медицинской помощи на условиях, указанных в Договоре.

2.3.3. Выполнять, все назначения лечащего врача и медицинского персонала, а также соблюдать правила внутреннего распорядка Исполнителя.

2.3.4. Являться для получения медицинских услуг в назначенное время.

2.3.5. Не позднее чем за 24 часа уведомить Исполнителя о наличии уважительной причины (болезни) для переноса сроков (либо отмены) выполнения медицинских услуг.

2.4. Потребитель (Заказчик) имеет право:

2.4.1. Получить в доступной форме информацию о платных услугах, содержащую информацию о порядке оказания медицинских услуг и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; информацию о профессиональном образовании, квалификации медицинских работников медицинского учреждения; 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.

2.4.2. На сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, за исключением случаев предусмотренных законодательными актами.

2.4.3. Отказаться от медицинской услуги или потребовать её прекращения, возместив Исполнителю все понесенные Исполнителем расходы.

2.4.4. Потребитель (Заказчик) имеет и другие права, предусмотренные законодательством.

3. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

3.1. Все медицинские услуги оказываются Исполнителем при соблюдении лицензионных требований и условий, требований Закона РФ «О защите прав потребителей», Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, Федерального закона РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3.2. Потребитель (Заказчик) подтверждает, что до подписания Договора, ознакомлен в доступной форме с информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения:

- Порядки оказания медицинской помощи при медицинских заболеваниях;
- Стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги;

- Информацию о враче, оказывающем медицинскую услугу, его профессиональном образовании и квалификации, график работы;
- Информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

- Сроки ожидания предоставления платных услуг;
- Местонахождение, режим работы Исполнителя, перечень платных медицинских услуг с указанием их стоимости, условия предоставления и получения этих услуг;

• Иные сведения, по требованию Потребителя (Заказчика), связанные с оказываемой медицинской услугой и подлежащие разглашению в соответствии с действующим законодательством.

3.3. Основанием для предоставления медицинских услуг является добровольное желание Потребителя (Заказчика) получить медицинские услуги за плату, наличие медицинских показаний и технической возможности для оказания медицинских услуг.

3.4. Лечащий врач в соответствии с медицинскими показаниями и возможностями, после осмотра Потребителя устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты диагностики и лечения, последствия лечения, предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения, информирует об этом Потребителя (Заказчика).

3.5. Срок оказания услуг, а также их объем и стоимость зависят от состояния здоровья Потребителя диагноза, периода, необходимого для качественного и безопасного оказания услуг. Срок оказания услуги начинается с факта обращения Потребителя (Заказчика) к Исполнителю.

3.6. Если в процессе оказания услуг возникла необходимость оказания дополнительных услуг, то они оказываются только после получения письменного согласия Потребителя (Заказчика).

3.7. Если в процессе оказания услуг требуется предоставление дополнительных услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя, то они оказываются без взимания платы.

3.8. Срок начала оказания услуг _____

3.9. Срок окончания оказания услуг _____

4. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТА

4.1. Полная стоимость платных медицинских услуг указывается в Приложении № 2 к Договору.

4.2. Оплата медицинских услуг осуществляется путем перечисления суммы, указанной в Приложении № 2 к Договору, на расчетный счет Исполнителя или путем внесения в кассу Исполнителя.

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

4.4. Потребителю (Заказчику) в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек, квитанция или иные документы).

4.5. Подписываемый Сторонами Акт об оказании платных медицинских услуг (Приложение № 2 к Договору) является подтверждением оказания медицинских услуг Исполнителем Потребителю (Заказчику).

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. В случае неисполнения или частичного исполнения услуг по Договору Исполнитель обязуется вернуть Потребителю (Заказчику) ранее внесенную сумму предоплаты за вычетом стоимости уже выполненных услуг.

В случае отказа Потребителя (Заказчика) после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

5.2. Исполнитель не несет ответственности перед Потребителем (Заказчиком) в случаях:

- сообщения Потребителем (Заказчиком) Исполнителю неполных и/или неточных сведений, необходимых для диагностики и лечения (об истории жизни и заболевания, других перенесенных заболеваниях, наследственных болезнях, аллергических и иных реакциях и пр.);

- невыполнения назначений и рекомендаций лечащего врача;

- несоблюдения Потребителем (Заказчиком), рекомендованного лечащим врачом лечебно-охранительного режима, лечебного питания, употребление во время лечения алкоголя, наркотических и (или) других токсических средств, а так же лекарств, которые не назначались;

- несоблюдения во время лечения установленного внутреннего распорядка и режима работы Исполнителя.

6. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

6.1. В случае возникновения разногласий по вопросу качества оказанных услуг, споры могут быть разрешены на врачебной комиссии Исполнителя.

6.2. Все претензии оформляются в письменном виде. Срок рассмотрения претензии - 10 дней. При не достижении согласия Сторон в досудебном порядке, споры разрешаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫДАЧИ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

7.1. Медицинская документация (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов) отражающая состояние здоровья Потребителя 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 выдается Потребителю (Заказчику) (законному представителю Потребителя) после исполнения Договора Исполнителем, без взимания дополнительной платы.

7.2. Для получения копии медицинских документов или выписок из них после исполнения Договора Исполнителем, Потребитель (Заказчик) либо его законный представитель представляет запрос о предоставлении копий и выписок на бумажном носителе (при личном обращении или по почте), который составляется в свободной форме и содержит данные в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 31.07.2020г. № 789н.

7.3. При подаче запроса лично, а также при личном получении копии медицинских документов и выписок из них Потребитель (Заказчик) либо его законный представитель предъявляет документ, удостоверяющий личность. Законный представитель Потребителя (Заказчика) дополнительно предъявляет документ, подтверждающий его статус.

7.4. В случае выбора способа получения Потребителем (Заказчиком) (его законным представителем) запрашиваемых копий медицинских документов или выписок из них по почте соответствующие копии или выписки из них направляются заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

7.5. В случае отсутствия в запросе сведений, указанных в Приказе Минздрава РФ от 31.07.2020г. № 789н., и (или) документа, подтверждающего статус законного представителя, Исполнитель в письменной или электронной форме информирует об этом Потребителя (Заказчика) либо его законного представителя в срок, не превышающий четырнадцати календарных дней со дня регистрации в медицинской организации запроса.

7.6. Предоставление Потребителю (Заказчику) либо его законному представителю копий медицинских документов и выписок из них на бумажном носителе осуществляется в количестве одного экземпляра в срок 30 рабочих дней с момента подачи заявления Потребителем (Заказчиком).

8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

8.1. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами.

8.2. Любые изменения и дополнения к Договору действительны лишь при условии, если они совершены по согласованию Сторон в письменной форме и подписаны уполномоченными на, то представителями Сторон.

8.3. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах на русском языке. У каждой из Сторон находится по одному экземпляру настоящего Договора.

8.4. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, по решению суда и в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

8.5. Стороны допускают при заключении Договора воспроизведение подписи Исполнителя путем использования факсимиле.

9. ИНЫЕ УСЛОВИЯ

9.1. Неотъемлемой частью Договора являются:

- Информированное добровольное согласие на оказание платных медицинских услуг (Приложение № 1).

- Перечень оказываемых услуг, их стоимость, сотрудники Исполнителя, оказывающие медицинские услуги (Приложение № 2).

- Акт об оказанных платных медицинских услугах (Приложение № 3).

10. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН:

Исполнитель: Государственное областное автономное учреждение здравоохранения «Мончегорская центральная районная больница»

Юридический адрес: 184511, Мурманская область, г. Мончегорск, пр. Кирова, д. 6

Телефон (81536) 3-02-31 факс (81536) 3-07-00

ИНН 5107914486, ОГРН 1135107000082

Лицензия на осуществление медицинской деятельности Л041-01163-51/00573945 от 22.10.2020, выданная Министерством здравоохранения Мурманской области (г. Мурманск, пр. Кольский, д. 1)

Потребитель (Заказчик): _____

паспорт: серия _____ № _____,

выдан _____ « _____ » _____ г.,

зарегистрирован по адресу: _____

если отличается от адреса регистрации:

адрес проживания: _____

ПОДПИСИ СТОРОН

Потребитель (Заказчик) _____

Исполнитель: _____

_____ /В.В.Матюшко/

МП

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

«__» _____ г. рождения,
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу:

проживающий по адресу:

в отношении

«__» _____ г. рождения,
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

проживающего по адресу:

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю 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, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в государственном областном автономном учреждении здравоохранения «Мончегорская центральная районная больница.

Медицинским работником

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснил цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними 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 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я проинформирован(а) о возможности получения аналогичной медицинской помощи (соответствующих видов и объемов медицинской помощи) бесплатно в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками и условиями предоставления платных медицинских услуг, а также с порядком оплаты медицинских услуг в соответствии с договором.

Я проинформирован(а) о том, что несоблюдение назначений или рекомендаций исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платные медицинские услуги), в том числе несоблюдение назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемых медицинских услуг, повлечь за собой невозможность их завершения в срок, привести к увеличению продолжительности лечения и невозможности достижения желаемого результата, а также может привести к негативным последствиям и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (на состоянии здоровья лица, интересы которого я представляю).

Я согласен(на) со всеми условиями и порядками предоставления платных медицинских услуг.

Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами данного информированного добровольного согласия, положения которого мне разъяснены, мною прочитаны и мне абсолютно понятны.

Я изъявляю желание заключить с ГОАУЗ МЦРБ Договор на оказание платных медицинских услуг и прошу оказывать мне (лицу, интересы которого я представляю) медицинскую помощь (медицинские услуги) на платной основе.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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), в том числе после смерти:

1. _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

2. _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

«__» _____ 20__ г.
(дата оформления)

Перечень оказываемых медицинских услуг

№	Наименование услуги	Исполнитель услуги (Ф.И.О. медицинского работника, его квалификация)	Цена, руб.	Кол-во услуг	Стоимость услуг, руб.

Стоимость медицинских услуг составляет : _____ (_____)

ПОДПИСИ СТОРОН

Потребитель (Заказчик)

Исполнитель:
_____ /В.В.Матюшко/
М.П.

Акт
об оказании платных медицинских услуг

г. Мончегорск «_____» _____ 20__ г.

Государственное областное автономное учреждение здравоохранения «Мончегорская центральная районная больница» (далее – ГОАУЗ МЦРБ), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Матюшко Виталия Валентиновича, действующего на основании Устава, и

_____ (Ф.И.О. Потребителя (Заказчика))

именуемый в дальнейшем «Потребитель (Заказчик)», составили Акт о том, что в соответствии с условиями Договора об оказании платных медицинских услуг от "____" _____ 20__ г. и Приложением № 2 к Договору Исполнителем оказаны медицинские услуги, оказаны в полном объеме с "____" _____ г. по "____" _____ г.

Претензий по качеству, сроку оказания платных медицинских услуг Потребитель (Заказчик) не имеет/ имеет (ненужное вычеркнуть)

Если имеются претензии, то указать какие:

ПОДПИСИ СТОРОН

Потребитель (Заказчик)

Исполнитель:
_____ /В.В.Матюшко/
М.П.