

ДОГОВОР
на оказание платных медицинских услуг №

г. Уфа

Г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения Республиканский клинический онкологический диспансер Министерства здравоохранения Республики Башкортостан (ГАУЗ РКОД Минздрава РБ)¹, в лице Главного врача Измайлова Адель Альбертовича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны и «Потребитель» в лице

_____, Г.р.

(Ф.И.О. потребителя\законного представителя², дата рождения)

_____, тел.

(адрес места жительства и телефон потребителя\законного представителя)

с другой стороны, заключили настоящий договор³ о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА, ОБЪЕМ УСЛУГ, ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

1.1. Исполнитель на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01170-02/00574977 от 31.08.2020г.⁴, выданной Территориальным органом Росздравнадзора по Республики Башкортостан⁵, берет на себя обязательство оказать платные медицинские услуги надлежащего качества, в соответствии с действующим прейскурантом и в объеме указанном в Приложении №1 к настоящему договору.

1.2. Оплата производится в любом банке за наличный и безналичный расчет, а также в платежных терминалах на КБК 85400000000000000131.

1.3. При возникновении необходимости выполнения дополнительных платных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором, данные услуги выполняются с согласия Заказчика с оплатой по прейскуранту и вносятся в соответствующие Приложения к договору.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Предоставить Потребителю бесплатную, доступную информацию о предоставляемой услуге, о режиме работы Исполнителя.

2.1.2. Обеспечить оказание качественных услуг в соответствии с нормами действующего законодательства.

2.1.3. Не предоставлять без согласия Потребителя дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.5. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации.

2.1.6. Соблюдать режим конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении условий настоящего договора. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, при-

¹ Лист записи ЕГРЮЛ от 19.12.2018г за государственным регистрационным номером 6180280273453, выдан Межрайонной ИФНС №39 по РБ.

² С приложением копии документа на основании чего действует законный представитель.

³ В соответствии со ст.84 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

⁴ С перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность ГАУЗ РКОД Минздрава РБ в соответствии с лицензией, с режимом работы можно ознакомиться на стендах ГАУЗ РКОД Минздрава РБ, на сайте информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», а также получить заверенную копию лицензии по запросу.

⁵ Адрес органа, выдавшего лицензию:450052, РБ, г. Уфа, ул. Аксакова, д.62, телефон +7 (347) 250-30-22.

знанной конфиденциальной по настоящему договору, может осуществляться только с письменного согласия другой стороны (за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ).

2.2. Исполнитель вправе:

2.2.1. Перенести сроки оказания медицинских услуг в случае возникновения непредвиденных ситуаций, по независящим от Исполнителя обстоятельствам (поломка оборудования и т.п.) до устранения указанных обстоятельств либо произвести замену (оказание услуг на другом оборудовании и т.п.), либо вернуть оплаченные средства Потребителю по его заявлению.

2.3. Потребитель обязан:

2.3.1. Осуществить предоплату медицинских услуг в размере 100% в порядке, которые определены договором.

2.3.2. Представлять все необходимые документы, достоверную информацию для качественного и своевременного оказания услуг о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

2.3.3. Соблюдать указания (рекомендации) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе требования подготовки к проведению исследований, а также назначенного режима лечения.

2.3.4. Возместить убытки в случае причинения ущерба имуществу Исполнителя.

2.4. Потребитель при обнаружении недостатков оказанной услуги вправе по своему выбору потребовать:

- безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги;
- возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги своими силами или третьими лицами;
- отказа от исполнения договора об оказании услуги и возмещения убытков.

3. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ И ПРИЕМКИ УСЛУГ

3.1. Оказание медицинских услуг осуществляется по месту нахождения Исполнителя.

3.2. 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.

3.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы.

3.4. После исполнения договора Исполнителем Потребителю (законному представителю) выдаются медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

3.5. Потребитель в случае, наличия претензий к качеству оказанных услуг, в течение 5-ти календарных дней направляет письменную претензию в адрес Исполнителя, в которой указывает на недостатки оказанной услуги. Если в адрес Исполнителя не поступает обращение от Потребителя, в сроки указанные выше, услуга считается выполненной в необходимом объеме и в соответствии с необходимыми требованиями, что подтверждает отсутствие у Потребителя претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

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

4.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Потребителем условий настоящего Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

5. ПОРЯДОК УРЕГУЛИРОВАНИЯ СПОРОВ

5.1. Споры и разногласия по договору Стороны будут пытаться разрешить путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

6.1. Договор считается заключенным со дня его подписания обеими странами и действует до исполнения обязательств по настоящему Договору.

6.2. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу для каждой из сторон.

6.3. Факсимильное воспроизведение подписи имеет юридическую силу согласно п.2 ст. 160 ч.1 ГК РФ.

7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

7.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. В случае отказа Потребителя от получения медицинских услуг после заключения договора, Договор расторгается. В случае расторжения Договора по инициативе Потребителя (в том числе, в случае отказа Потребителя от получения услуг), он оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

8. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА СТОРОН

Исполнитель

ГАУЗ РКОД Минздрава РБ
450054, Республика Башкортостан, г. Уфа, Пр. Октября, д. 73/1
МИНФИН РБ (ГАУЗ РКОД Минздрава РБ Л/С
30113040390)
Р/С 03224643800000000100
В ОТДЕЛЕНИИ-НБ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН
БАНКА РОССИИ/УФК ПО РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТО-
СТАН г. Уфа
БИК 018073401, К/С 40102810045370000067
ИНН 0276008991, КПП 027601001, ОКПО 01952470
ОКВЭД 86.10, ОГРН 1020202867178
Тел. (347) 216-49-71, факс (347) 237-30-13

Потребитель

Ф.И.О.
Дата рождения:
Адрес:
Телефон:
ИНН:
Паспортные данные

С УСЛОВИЯМИ ДОГОВОРА ОЗНАКОМЛЕН И СОГЛАСЕН:

«Исполнитель»

«Потребитель» (законный представитель) ✓

Адель Альбертович Измайлов, Главный врач

М.П.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я (законный представитель),

_____ (Ф.И.О. потребителя\законного представителя)

проживающий по адресу:

_____ (адрес места жительства и телефон потребителя\законного представителя)

желаю получить платные медицинские услуги по договору с Государственным автономным учреждением здравоохранения Республиканским клиническим онкологическим диспансером Министерства здравоохранения Республики Башкортостан (далее ГАУЗ РКОД Минздрава РБ) по причине:

отсутствие полиса ОМС

гражданин другого государства

личная инициатива



(отметить либо заполнить самостоятельно)

_____ (подпись)

Я получил(а) информацию о возможности, условиях и порядке предоставления бесплатных медицинских услуг в ГАУЗ РКОД Минздрава РБ в рамках Программы Государственных гарантий оказания гражданам в РБ бесплатной медицинской помощи.

Я согласен(а)/не согласен(а) на оплату медицинских услуг, в случае предусмотренном п. 2.1.3. договора на оказание платных медицинских услуг, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных данным договором.

Согласен(а)

Не согласен(а)

(отметить)

Я согласен(а) с тем, что используемые технологии медицинских услуг (исследований) не могут полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, «исполнитель» не несет ответственности за их возникновения.

Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(а) оплатить стоимость медицинской услуги.

«Потребитель» (законный представитель)

(дата подписания договора)

_____ (Фамилия, И.О.)



_____ (подпись)



УВЕДОМЛЕНИЕ

До заключения договора на оказание платных медицинских услуг

(в соответствии с п.15 Постановления Правительства РФ от 04.10.2012 №1006

«Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»)

Я, _____, (далее по тексту Потребитель) до заключения договора в письменной форме уведомлен Исполнителем ГАУЗ РКОД Минздрава РБ о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника (лечащего врача, медицинской сестры), предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе, назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой мне платной услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья

г.
«Потребитель» (законный представитель)

(ФИО)

ПРИЛОЖЕНИЕ 1 К ДОГОВОРУ ПЛАТНЫХ УСЛУГ

г.Уфа

Государственное автономное учреждение здравоохранения Республиканский клинический онкологический диспансер Министерства здравоохранения Республики Башкортостан (ГАУЗ РКОД Минздрава РБ)¹, в лице Главного врача Измайлова Адель Альбертовича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны и «Потребитель» в лице _____

, Г.Р.

(Ф.И.О. потребителя\законного представителя², дата рождения)

, тел. _____

(адрес места жительства и телефон потребителя\законного представителя)

с другой стороны, настоящим утвердили перечень оказываемых услуг:

№ п/п	Наименование услуг	Кол-во	Цена за ед. руб.	Стоимость, руб.
1.				
ИТОГО:				

Общая стоимость оказываемых услуг составляет: _____

НДС не предусмотрен.

Медицинская услуга оказана потребителю полностью и в срок. _____

(дата оказания услуги)

«Исполнитель»:

Главный врач

_____ /А.А. Измайлов

м.п.

«Потребитель» (законный представитель):

ФИО

_____ / _____

Подпись

ФИО

¹ Лист записи ЕГРЮЛ от 19.12.2018г за государственным регистрационным номером 6180280273453, выдан Межрайонной ИФНС №39 по РБ.

² С приложением копии документа на основании чего действует законный представитель.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я (законный представитель),

_____ (Ф.И.О. потребителя\законного представителя)

проживающий по адресу:

_____ (адрес места жительства и телефон потребителя\законного представителя)

желаю получить платные медицинские услуги по договору с Государственным автономным учреждением здравоохранения Республиканским клиническим онкологическим диспансером Министерства здравоохранения Республики Башкортостан (далее ГАУЗ РКОД Минздрава РБ) по причине:

отсутствие полиса
ОМС

гражданин дру-
гого государства

личная инициатива

(отметить либо заполнить самостоятельно)

_____ (подпись)

Я получил(а) информацию о возможности, условиях и порядке предоставления бесплатных медицинских услуг в ГАУЗ РКОД Минздрава РБ в рамках Программы Государственных гарантий оказания гражданам в РБ бесплатной медицинской помощи.

Я согласен(а)/не согласен(а) на оплату медицинских услуг, в случае предусмотренном п. 2.1.3. договора на оказание платных медицинских услуг, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных данным договором.

Согласен(а)

Не согласен(а)

(отметить)

Я даю согласие на направление результатов исследования по электронной почте, мне разъяснено, что при передаче результатов исследований они могут стать доступны неопределенному кругу лиц, так как медицинская организация не в состоянии как-либо повлиять на степень защищенности каналов, по которым передается информации по электронной почте. В таком случае, результаты исследований будут считаться общедоступными и медицинская организация не будет нести ответственность за их сохранность и дальнейшее распространение.

Не согласен(а)

Согласен(а)

Адрес электронной почты

(отметить)

_____ (заполнить самостоятельно)

Я предупреждён(а), что в целях предупреждения распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) платные услуги будут оказаны мне при предоставлении мною одного из двух документов: отрицательный анализ ПЦР (не ранее 7 календарных дней до дня оказания услуг), сертификата о прохождении вакцинации от COVID-19.

Я согласен(а) с тем, что используемые технологии медицинских услуг (исследований) не могут полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, «исполнитель» не несет ответственности за их возникновения.

Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(а) оплатить стоимость медицинской услуги.

«Потребитель» (законный представитель)

(дата подписания договора)

_____ (Фамилия, И.О.) ✓

_____ (подпись) ✓