

# ДОГОВОР № О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Волгоград

20 \_\_\_\_  
г. \_\_\_\_\_

государственное учреждение здравоохранения "Консультативно-диагностическая поликлиника № 2", именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице главного врача Паниной Анны Александровны, действующее на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности ЛО-34-01-003325 от 17 марта 2017 г. с одной стороны, и

**пациент:**

именуемый в дальнейшем Пациент, с другой стороны, а вместе именуемые Стороны, составили настоящий договор о нижеследующем:

## 1. Предмет договора

1.1. На основании медицинского заключения о необходимости обследования и (или) лечения, а также желания Пациента, Исполнитель предоставляет, а Пациент оплачивает следующие медицинские услуги:

1.2. Медицинская услуга(и) оказывается врачом:

1.3. Срок оказания медицинских услуг

## 2. Обязанности Исполнителя

2.1. Уведомляет Пациента, что данные медицинские услуги при желании пациента могут быть предоставлены на платной основе, при этом с Пациентом подписывается информированное согласие на предоставление платных медицинских услуг (приложение №1 к данному договору)

2.2. Несет ответственность в установленном законом порядке за обоснованность, качество, объем и порядок предоставления медицинской услуги.

2.3. Предоставляет медицинские услуги в порядке и в сроки, определенные заключенным договором.

2.4. Выдает Пациенту документ (бланк строгой отчетности или чек), подтверждающий оплату медицинских услуг, произведенную в кассу Исполнителя или через материально ответственное лицо.

2.5. Сохраняет врачебную тайну о факте и причине обращения Пациента.

2.6. Создает условия для организации и проведения платных медицинских услуг.

## 3. Обязанности Пациента

3.1. Сообщить лечащему врачу известную ему информацию о состоянии своего здоровья.

3.2. Произвести оплату за предоставленную(ые) медицинскую(ие) услугу(и).

3.3. Соблюдать предписанный лечебно-охранительный режим, правила внутреннего распорядка лечебного учреждения.

3.4. Своевременно в устной или письменной форме уведомить Исполнителя о наличии уважительной причины (болезни) для переноса сроков выполнения услуг с последующим предоставлением подтверждающих документов.

## 4. Права Исполнителя и Пациента

4.1. Пациент имеет право:

- на выбор лечащего врача, с учетом его согласия;
- на предоставление информации о медицинской услуге.

4.2. Исполнитель имеет право:

- отказать в предоставлении платной услуги при наличии медицинских противопоказаний со стороны здоровья Пациента;
- отказать в предоставлении платной медицинской услуги при состояниях наркотического или алкогольного опьянения у Пациента
- отказать в предоставлении платной медицинской услуги при отсутствии медицинских показаний и риске нанесения вреда здоровью Пациента;
- отказать в возврате денежных средств при не предоставлении или предоставлении некачественной платной медицинской услуги, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы или иных обстоятельств, предусмотренных законом.
- отказать в возврате денежных средств в связи с необоснованностью жалобы (по решению комиссии по разрешению конфликтов и споров, возникших при предоставлении платных медицинских услуг).
- в случае возникновения неотложных состояний, угрожающих здоровью Пациента, Исполнитель имеет право самостоятельно определять объемы исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе не предусмотренной договором, которые дополнительно не оплачиваются.

## 5. Оплата услуг

5.1. Стоимость предоставляемых медицинских услуг устанавливается на основании перечня и стоимости платных медицинских услуг (тарифов), утвержденных руководителем государственного учреждения здравоохранения, и составляет:

5.2. Оплата производится на условиях 100% предоплаты в кассу Исполнителя самостоятельно пациентом.

В случае возникновения необходимости в дополнительных объемах услуг окончательный расчет производится по фактически предоставленным объемам услуг на основании дополнительного письменного соглашения к настоящему договору.

5.3. Стоимость услуги может быть изменена в соответствии с утвержденным перечнем и стоимостью платных медицинских услуг (тарифами). Изменение стоимости услуги оформляется дополнительным соглашением к настоящему договору.

## 6. Ответственности сторон

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Исполнитель и Пациент несут ответственность, предусмотренную настоящим договором и действующим законодательством РФ.

6.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения Пациентом своих обязанностей в соответствии с разделом 3 или по другим основаниям, предусмотренным законодательством.

6.3. Пациент обязан полностью возместить медицинскому учреждению понесенные убытки, если оно не смогло оказать услугу или было вынуждено прекратить ее оказание по вине Пациента.

6.4. Претензии и споры, возникающие между Пациентом и Исполнителем, разрешаются по соглашению сторон с возможным привлечением независимых экспертов или в судебном порядке в соответствии с законодательством РФ.

#### 7. Срок действия договора и другие условия

7.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

7.2. Настоящий договор может быть расторгнут в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

7.3. Настоящий договор считается полностью исполненным только после подписания Сторонами Акта о предоставлении

7.4. Изменения и дополнения в настоящий договор могут быть внесены в письменной форме по соглашению Сторон.

7.5. Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон, имеющих равную юридическую силу\*.

7.6. По соглашению сторон допускается использование факсимильного воспроизведения подписи.

#### 8. Реквизиты сторон

Исполнитель:

Пациент:

ГУЗ "КДП № 2"

400081, Волгоградская, Волгоград, Ангарская ул,  
дом № 114А  
ИНН/КПП 3443012882/344301001  
ОГРН 1023402976850 Лицевой счет Комитет  
финансов по Волгоградской области (ГУЗ "КДП №  
2" л/с 20523Щ23060) в УФК по Волгоградской  
области р/с03224643180000002900 ОТДЕЛЕНИЕ  
ВОЛГОГРАД БАНКА РОССИИ//УФК по  
Волгоградской области г.Волгоград БИК 011806101  
тел.: 34-03-03, 36-15-23, 36-15-24

Главный врач

(Ф.И.О. пациента, подпись, расшифровка подписи)

Панина А.А.

\* Второй экземпляр договора о предоставлении платных услуг  
получил

#### ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я, \_\_\_\_\_ пациент:

в рамках договора о предоставлении платных медицинских услуг, желаю получить медицинские услуги в ГУЗ "КДП № 2". При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я получил(а) от сотрудников учреждения здравоохранения полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в данном учреждении в рамках программы государственных гарантий получения бесплатной медицинской помощи и даю свое согласие на предоставление мне платных медицинских услуг.

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько или целый комплекс платных медицинских услуг.

3. Мне разъяснено, и я полностью осознаю, что проводимое мне лечение не гарантирует 100% результат и что как при предоставлении медицинских услуг, так и после их предоставления, возможны различные осложнения, обусловленные индивидуальными биологическими особенностями организма.

4. Я полностью согласен(а) с тем, что используемая при моем лечении технология не может на 100% исключить вероятность побочных эффектов и осложнений, обусловленных индивидуальными биологическими особенностями организма, и в том случае, если предоставленная медицинская услуга была осуществлена с учетом всех необходимых требований, учреждение здравоохранения не несет ответственности за их возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения, я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей учреждения здравоохранения.

6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения, и по согласованию с врачом были выбраны(а) следующие виды медицинских услуг, которые я желаю получить на платной основе:

7. Я ознакомлен(на) с действующим в учреждении здравоохранения перечнем и стоимостью платных медицинских услуг и согласен(на) оплатить стоимость медицинской(их) услуг(и) в соответствии с ним.

8. Виды выбранных мною и согласованных с врачом платных медицинских услуг я согласен(на) оплатить в кассу учреждения здравоохранения либо безналичным перечислением на лицевой счет учреждения в сумме: 340 (Триста сорок рублей 00 копеек)

9. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных заведениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной(ых) медицинской(их) услуг(и) в данном учреждении здравоохранения.

10. Настоящее информированное согласие мной внимательно прочитано, претензий и замечаний к данному мною информированному согласию не имеется, в связи с чем я даю согласие на проведение вышеуказанных медицинских услуг.

11. Специалист, оказывающий платную медицинскую услугу:

**Исполнитель:**  
государственное учреждение здравоохранения  
"Консультативно-диагностическая поликлиника № 2"

**Пациент:**  
пациент:

400081, Волгоградская, Волгоград, Ангарская ул,  
дом № 114А  
ИНН/КПП 3443012882/344301001  
ОГРН 1023402976850 Лицевой счет Комитет  
финансов по Волгоградской области (ГУЗ "КДП №  
2" л/с 20523Щ23060) в УФК по Волгоградской  
области р/с03224643180000002900 ОТДЕЛЕНИЕ  
ВОЛГОГРАД БАНКА РОССИИ//УФК по  
Волгоградской области г.Волгоград БИК 011806101  
тел.: 34-03-03, 36-15-23, 36-15-24

Главный врач

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента, подпись, расшифровка подписи)

\_\_\_\_\_ Панина А.А.

\* Второй экземпляр договора о предоставлении платных услуг  
получил

М.П.