

Приложение №2
к приказу главного врача ГБУЗ «ВОКБ № 1»
№ 332 от «30» августа 2023 г

**Договор на оказание платных медицинских услуг № _____ от
«_____» 202 ____ г.**

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Волгоградская областная клиническая больница № 1», Волгоград, адрес местонахождения: 400081, Волгоградская область, город Волгоград, улица Ангарская, 13, свидетельство о государственной регистрации юридического лица от 08.07.2002 г. серия 34 № 002943920, выдано Инспекцией Федеральной налоговой службы по Дзержинскому району г. Волгограда, лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-01146-34/00569600 от 21.06.2019 выдана комитетом здравоохранения Волгоградской области, срок действия лицензии-бессрочно (Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в доступной форме размещен на официальном сайте Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения <https://roszdravnadzor.gov.ru/services/licenses> и/или на официальном сайте ГБУЗ «ВОКБ № 1» <https://vokb1.ru/docs/litsenzi/>), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Кушнирук Наталии Эдуардовны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

(Фамилия, имя, отчество (если имеется))

именуемого в дальнейшем «Потребитель»,

(реквизиты документа удостоверяющего личность)

(Фамилия, имя, отчество или наименование организации)

именуемое в дальнейшем «Заказчик»,

(реквизиты документа удостоверяющего личность)

заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора и общие положения.

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги, а Потребитель обязуется принять и оплатить их в соответствии с условиями настоящего Договора.

1.2. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, содержится в Приложении № 1 к настоящему Договору.

1.3. Подписав настоящий Договор Потребитель/Заказчик подтверждает, что до сведения Потребителя/Заказчика доведены сроки ожидания платных медицинских услуг, которые составляют:

- для проведения плановых консультаций врачей-специалистов, проведения диагностических инструментальных (рентгенографические исследования, маммография, функциональная диагностика, ультразвуковые исследования кроме УЗИ сосудов) и лабораторных исследований - не более 14 календарных дней со дня обращения Пациента/Заказчика к Исполнителю за оказанием платных медицинских услуг;

- для проведения компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, УЗИ сосудов - не более 30 календарных дней со дня назначения Исполнителем;

- специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара - не более 30 календарных дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию в ГБУЗ «ВОКБ № 1».

1.4 Срок начала предоставления (оказания) конкретной услуги определяется датой и временем обращения Потребителя/Заказчика к Исполнителю. Сроки предоставления (оказания) конкретных услуг, проведения лечения определяются и конкретизируются по соглашению с Пациентом/Заказчиком, исходя из периода, необходимого для выполнения предусмотренных регламентирующими медицинскую деятельность нормативными документами, профилактических,

диагностических и лечебных мероприятий, общего соматического статуса пациента, его психоэмоционального состояния, остроты клинической ситуации, определяются индивидуально и указываются в Акте оказания услуг по договору на оказание платных медицинских услуг.

1.5. Подписанием настоящего Договора стороны подтверждают, что Исполнитель довел до сведения Потребителя, а Потребитель/Заказчик получил в полном объеме информацию, включающую в себя: сведения о лицензии (в том числе с перечнем предоставляемых услуг в соответствии с лицензией) на осуществление медицинской деятельности и оказание медицинских услуг Исполнителем; о режиме работы, правилах внутреннего распорядка; о профессиональном образовании и квалификации/сертификации специалистов-работников Исполнителя, образец договора, перечень категорий потребителей, имеющих право на получение льгот, а также перечень льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг, в случае их установления учредителем ГБУЗ «ВОКБ № 1», адреса и телефоны учредителя ГБУЗ «ВОКБ № 1», исполнительного органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и территориального фонда обязательного медицинского страхования, о форме и способах направления обращений (жалоб), о почтовом/электронном адресе Исполнителя, на который может быть направлено обращение (жалоба).

1.6. Заказчик/Потребитель подтверждает, что на момент подписания договора Исполнитель ознакомил его с ценами (тарифами), с перечнем платных медицинских услуг, предоставляемых в учреждении Исполнителя, согласованными с органами, осуществляющими функции и полномочия учредителей, размещенными на официальном сайте Исполнителя в разделе «Платные услуги», с указанием их стоимости, с условиях предоставления и получения этих услуг.

1.7. Подписанием настоящего Договора стороны подтверждают, что Исполнитель довел до сведения Потребителя, а Потребитель/Заказчик получил в полном объеме информацию о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а так же информацию о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, о сроках ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

1.8. Заказчик/Потребитель подтверждает, что Исполнитель: ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг; проинформировал его о возможности получения медицинских услуг бесплатно в объеме и на условиях, предусмотренных Программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи и Территориальной программой государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи. Потребитель подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

1.9. Заказчик/Потребитель подтверждает, что дает свое согласие на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающим объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

1.10. Потребитель подтверждает, что он проинформирован о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения могут снизить качество предоставляемых медицинских услуг, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок и отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать Потребителю квалифицированную, качественную медицинскую помощь в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом

стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.1.2. Предупредить Потребителя/Заказчика, в случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором. Перечень и сроки оказания дополнительных услуг оформляются отдельным договором на оказание платных медицинских услуг либо путем заключения дополнительного соглашения к настоящему Договору.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Принимать участие в определении объемов исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, предусмотренной настоящим Договором.

2.2.2. Получать от Потребителя/Заказчика любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

2.3. Потребитель/Заказчик обязуется:

2.3.1. Соблюдать режим лечения, в том числе на период временной нетрудоспособности, правила поведения в учреждении Исполнителя; заботиться о своем здоровье, выполнять назначения, предписания, рекомендации врача, соблюдать требования, обеспечивающие качественное предоставление платных медицинских услуг, в том числе воздерживаться от действий, противопоказанных при употреблении прописанных для лечения лекарственных средств, выполнять рекомендации по подготовке к сдаче анализов для качественного забора биологического материала, проведению исследований.

2.3.2. Сообщать Исполнителю необходимые для качественного предоставления платных медицинских услуг сведения, включая сведения о собственных жалобах, перенесенных заболеваниях, о возникших в следствие этого осложнениях, об обращениях за медицинской помощью, об известных аллергических реакциях на какие-либо лекарственные препараты, противопоказаниях и другую необходимую для проведения лечебного или диагностического процесса информацию.

2.3.3. Оплачивать стоимость предоставляемых платных медицинских услуг в размере, сроки и порядке, предусмотренных настоящим Договором.

2.4. Потребитель/Заказчик имеет право:

2.4.1. Получать имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе, прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, болезненных ощущениях и результатах проведенного лечения.

2.4.2. На медицинское вмешательство при наличии информированного добровольного согласия; на отказ от медицинского вмешательства; на сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, результатах исследования, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при обследовании и лечении; отказаться после заключения договора от получения медицинских услуг.

3. Стоимость и порядок оплаты.

3.1. Стоимость медицинских услуг согласно прейскуранту, утвержденному Исполнителем, указана в Приложении №1 к настоящему договору и составляет

НДС () рублей 00 копеек.

3.2. Оплата медицинских услуг производится Потребителем/Заказчиком в полном объеме в порядке предварительной 100 % оплаты путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или в безналичном порядке путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. Исполнитель обязуется выдать Потребителю/Заказчику документ, подтверждающий произведение оплаты за предоставляемые медицинские услуги.

3.3. В случае невозможности оказания медицинской услуги по обстоятельствам, не зависящим от Сторон, Потребитель/Заказчик возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы.

4. Ответственность сторон.

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.2. Исполнитель не несет ответственности перед Потребителем в случае: возникновения осложнений по причине неявки Потребителя для оказания платных медицинских услуг в указанный срок; развития аллергических реакций у Потребителя на определенные вещества, не отмечавшиеся ранее (не указанные Потребителем); за оказание медицинских услуг в неполном либо уменьшенном объеме, чем предусмотрено условиями Договора, в случае предоставления Потребителем неполной/недостоверной информации о своем здоровье; не достижения функционального или клинического эффекта в случае, если Потребитель был предупрежден при поступлении на лечение о том, что такой эффект в данном случае будет достигнут лишь после проведения полного курса лечения, который не был завершен по инициативе Потребителя/Заказчика; за наступление осложнений вследствие биологических особенностей организма и используемая технология оказания платной медицинской услуги не может полностью исключить их вероятность, при условии оказания медицинской услуги в соответствии со всеми необходимыми требованиями; наступления осложнений, вызванных хроническими или инфекционными заболеваниями, вследствие сокрытия Потребителем информации о таковых.

4.3. Исполнитель обязан информировать Потребителя (Заказчика) о состоянии его здоровья (включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения) и ответить на все интересующие Заказчика вопросы о состоянии его здоровья.

5. Порядок изменения и расторжения Договора

5.1. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством.

5.2. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме.

5.3. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения платных медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя/Заказчика о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель/Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные и исполнением обязательств по договору.

6. Прочие условия.

6.1. Получение Потребителем медицинской услуги по настоящему Договору подтверждается Актом об оказанных медицинских услугах по договору на оказание платных медицинских услуг (Приложение №2), а также копиями медицинских документов, оформляемых в соответствии с законодательством РФ. В случае не подписания Акта об оказании медицинских услуг Заказчиком/Потребителем в течение 7 (семи) календарных дней с момента его предоставления и отсутствия мотивированного отказа от подписания, Акт считается принятым Заказчиком/Потребителем.

6.2. После исполнения Договора Исполнитель бесплатно выдает Потребителю медицинские документы (, 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 (пяти) рабочих дней. Копии медицинских документов и выписки из них выдаются по запросу Заказчика/Потребителя (законного представителя Заказчика/Потребителя), содержащего сведения о пациенте (в случае обращения от имени пациента его законного представителя - сведения о законном представителе), наименования медицинских

документов (их копий) или выписок из них, отражающих состояние здоровья пациента, которые пациент либо его законный представитель намерен получить, и период, за который он намерен их получить, сведения о способе получения пациентом (его законным представителем) запрашиваемых медицинских документов (их копий) или выписок из них (для получения медицинских документов (их копий), в порядке и сроки, установленные приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них».

6.3. Стороны обязуются приложить все усилия для урегулирования возникающих разногласий по взаимному согласию. При возникновении споров по предложению Исполнителя может назначаться внутренняя экспертиза с привлечением штатных и внештатных сотрудников Исполнителя. В случае невозможности достижения согласия споры разрешаются в соответствии с действующим законодательством.

6.4. Договор действует с момента подписания и до фактического исполнения обязательств Сторонами. Стороны договорились, что использование факсимильных средств воспроизведения подписей, а также копия настоящего Договора имеют юридическую силу, до момента обмена оригиналами.

6.5. Настоящий Договор составлен в двух/трех экземплярах на русском языке. Все экземпляры идентичны и имеют одинаковую юридическую силу, у каждой из Сторон находится по одному экземпляру настоящего Договора.

7. Адреса и реквизиты сторон.

«Исполнитель»	«Потребитель»
ГБУЗ «ВОКБ № 1» 400081, Волгоградская область, город Волгоград, улица Ангарская, дом 13 Получатель Управление Федерального казначейства по Волгоградской области (ГБУЗ «ВОКБ № 1» л/с 20296Ш95790) ИНН 3443901306 КПП 344301001 ОГРН 1023402969061 р/счет № 40601810700001000002 в Отделении Волгоград БИК 041806001 сайт: www.vokb1.ru	ФИО: _____ Паспорт: _____ Адрес: _____ Телефон: _____ /ФИО, подпись/
Главный врач Н. Э. Кушнирук _____	«Заказчик» ФИО: _____ Паспорт: _____ Адрес: _____ Телефон: _____ /ФИО, подпись/

К договору на оказание платных медицинских услуг №_____

от « ____ » 202____ г.

Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором

Наименование услуги	количество	цена	стоимость

Всего на сумму

(_____) рублей _____ копеек, в т.ч. НДС
 (_____) рублей 00 копеек.

«Исполнитель»	«Потребитель»
ГБУЗ «ВОКБ № 1» 400081, Волгоградская область, город Волгоград, улица Ангарская, дом 13 Получатель Управление Федерального казначейства по Волгоградской области (ГБУЗ «ВОКБ № 1» л/с 20296Ш95790) ИНН 3443901306 КПП 344301001 ОГРН 1023402969061 р/счет № 40601810700001000002 в Отделении Волгоград БИК 041806001 сайт: www.vokb1.ru	ФИО: _____ Паспорт: _____ Адрес: _____ Телефон: _____ _____ /ФИО, подпись/
Главный врач Н. Э. Кушнирук	«Заказчик» ФИО: _____ Паспорт: _____ Адрес: _____ Телефон: _____ _____ /ФИО, подпись/

К договору на оказание платных медицинских услуг №_____
от «____» 202__ г.

Акт**об оказанных медицинских услугах к договору на оказание медицинских услуг**

№_____ от «____» 202__ г.

г. Волгоград

«____» 202__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Волгоградская областная клиническая больница № 1», Волгоград,

адрес местонахождения: 400081, Волгоградская область, город Волгоград, улица Ангарская, 13, свидетельство о государственной регистрации юридического лица от 08.07.2002 г. серия 34 № 002943920, выдано Инспекцией Федеральной налоговой службы по Дзержинскому району г. Волгограда, лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-01146-34/00569600 от 21.06.2019, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Кушнирук Н.Э., действующего на основании Устава, с одной стороны, и

(Фамилия, имя, отчество (если имеется))

именуемого в дальнейшем «**Потребитель**»,

(реквизиты документа удостоверяющего личность)

(Фамилия, имя, отчество или наименование организации)

именуемое в дальнейшем «**Заказчик**»,

(реквизиты документа удостоверяющего личность)

составили настоящий Акт к договору на оказание платных медицинских услуг №_____ от «____» 202__ г. (далее – Договор) о нижеследующем:

1. Указанные в Приложении №1 Договора платные медицинские услуги, согласно условиям Договора, оказаны в полном объеме в срок с «____» 202__ г. по «____» 202__ г.

2. Потребитель/Заказчик подтверждает, что платные медицинские услуги оказаны полностью и в срок. Потребитель/Заказчик не имеет претензий по объему и качеству оказанных платных медицинских услуг.

Подписи сторон:

Исполнитель: _____ Н.Э. Кушнирук (подпись)	Потребитель: _____ / _____ / (подпись)
	Заказчик: _____ / _____ / (подпись)