

**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_**  
**ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

г. Чайковский

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пермского края «Чайковская детская городская больница», в дальнейшем именуемое «Исполнитель», в лице бухгалтера-кассира Денисовой Светланы Викторовны, действующей на основании Доверенности № 27/1 от 10.11.2017г., и \_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, действуя в интересах и являясь законным представителем несовершеннолетнего(ей), \_\_\_\_\_, именуемого(ой) в дальнейшем «Потребитель», заключили настоящий Договор о следующем.

## 1. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА

### 1.1. Сведения об Исполнителе:

1.1.1. Адрес места нахождения: 617760 Пермский край, г. Чайковский, ул. Мира 45, корпус 2.

1.1.2. Адрес (а) мест (а) оказания медицинских услуг: \_\_\_\_\_.

1.1.3. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществляющего государственную регистрацию: Свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 59 № 003745975 выдано ИФНС по г. Чайковскому Пермского края 20.06.2011г.

1.1.4. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа: Лицензия на осуществление медицинской деятельности № № ЛО-59-01-004091 от 21.04.2017 г. выданная Министерством здравоохранения Пермского края, 614000, г. Пермь, ул. Ленина, 51, тел. (342) 265-47-40.

1.1.5. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией содержится в соответствующей Лицензии Исполнителя, которая находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

### 1.2. Сведения о Заказчике (законном представителе Потребителя):

1.2.1. Фамилия, имя и отчество, адрес места жительства Заказчика: \_\_\_\_\_.

### 1.3. Сведения о Потребителе:

1.3.1. Фамилия, имя и отчество, адрес места жительства Потребителя \_\_\_\_\_.

## 2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги, а Заказчик обязуется оплатить оказываемые услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

Предоставляемые в рамках настоящего Договора медицинские услуги являются разными, отделенными по времени и технологическим подходам друг от друга самостоятельными медицинскими услугами. Перечень услуг: \_\_\_\_\_.

2.2. При заключении Договора Заказчику (законному представителю Потребителя) 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, а также информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
- информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (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;
- информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними риске, о возможных видах медицинского вмешательства их последствиях и результатах оказания медицинской помощи (по требованию Потребителя);
- другие сведения, относящиеся к предмету Договора.

**Подпись Заказчика (законного представителя Потребителя):** \_\_\_\_\_ /

\_\_\_\_\_.

### **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 услуги составляет \_\_\_\_\_.

Стоимость конкретного перечня платных медицинских услуг, предоставляемых Потребителю, может, содержаться также в Дополнительном соглашении, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.2. Стороны согласны, что оплата конкретной медицинской услуги производится до оказания такой услуги, на основании Прейскуранта Исполнителя. Иной порядок и сроки оплаты могут быть предусмотрены в Дополнительном соглашении Сторон. Заказчик ознакомлен с Прейскурантом до подписания настоящего Договора.

3.3. Оплата осуществляется Заказчиком: 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 Заказчик (законный представитель Потребителя) понимает, что денежные средства, добровольно затраченные Заказчиком в рамках настоящего Договора, возврату через страховую компанию либо из других источников не подлежат, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

3.5. По требованию Заказчика (законного представителя Потребителя) 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 волеизъявление Заказчика (законного представителя Потребителя) и его согласия приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет собственных средств.

4.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензиями на медицинскую деятельность, порядками, стандартами (в полном объеме порядков и стандартов, либо в объеме, превышающем соответствующий порядок и/или стандарт и/или в виде отдельных медицинских вмешательств – по соглашению сторон) и других документов, в соответствии с действующим законодательством РФ.

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

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

4.5. Заказчик (законный представитель Потребителя) и Потребитель незамедлительно ставят в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния здоровья Потребителя, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

4.6. Исполнителем после исполнения Договора выдаются Заказчику (законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг.

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

4.8. Заказчик (законный представитель Потребителя) дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Заказчика и/или Потребителя, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006г., 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. Заказчик (законный представитель Потребителя) несет ответственность за нарушение условий Договора об оплате услуг, а также условий Договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, в соответствии с действующим законодательством РФ.

## **6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

6.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

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

## **7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ**

7.1. Договор считается заключенным со дня его подписания и действует в течение до полного исполнения сторонами своих обязательств.

7.2. Договор составлен в двух экземплярах: первый из которых - для Исполнителя, а второй - для Заказчика (законного представителя Потребителя).

## **8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

8.1. До заключения Договора Исполнитель уведомил в письменной форме Заказчика (законного представителя Потребителя) 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 Потребителя.

Подпись Заказчика (законного представителя Потребителя): \_\_\_\_\_ /

\_\_\_\_\_.

## 9. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

**Исполнитель: ГБУЗ ПК «Чайковская ДГБ»**

**Заказчик:**

Адрес: 617760, Пермский край, г. Чайковский, ул. Мира 45, корпус 2.

\_\_\_\_\_

ИНН 5920035980 КПП 592001001

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Получатель платежей: Министерство финансов Пермского края (ГБУЗ ПК «Чайковская ДГБ», л/с 208200387)

Выдан: \_\_\_\_\_ кем \_\_\_\_\_ и \_\_\_\_\_ когда \_\_\_\_\_

р/с 40701810000003000001 в РКЦ Пермь г. Пермь БИК 045763000

Адрес \_\_\_\_\_ места \_\_\_\_\_ жительства: \_\_\_\_\_

Тел. 8(34241) 4-14-06 (касса), эл. адрес: chdgb@yandex.ru

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_ Денисова С.В.

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

М.П.