

# ДОГОВОР ВОЗМЕДНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

№ \_\_\_\_\_

г.Архангельск

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2017 г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Архангельской области «Архангельский психоневрологический диспансер» (ГБУЗ Архангельской области «АПНД»), ОГРН 1022900537516), именуемое в дальнейшем «Учреждение», в лице главного врача Яшкович Веры Анатольевны, действующего на основании Устава и лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-29-01-001829 от 13 июля 2015 года, выданная Министерством здравоохранения Архангельской области, адрес: город Архангельск, пр. Троицкий, д.49, тел: 45-45-07), с одной стороны и гражданином (ка «сторону»), заключили настоящий договор о нижеследующем:

## 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему договору Учреждение принимает на себя обязательства по оказанию квалифицированной медицинской помощи Пациенту, указанной в п. 1.2. настоящего договора, в соответствии с перечнем предоставляемых услуг и действующим прейскурантом Учреждения, а Пациент принимает на себя обязательство по оплате указанных услуг.

1.2. Пациенту предоставляются следующие услуги: \_\_\_\_\_

1.3. Место оказания услуг: 163001, г. Архангельск, пр. Ломоносова, д. 271, ГБУЗ Архангельской области «АПНД».

1.4. Срок оказания услуг: в течение 14 календарных дней с момента оплаты стоимости услуг, за исключением тех случаев, когда очередность предоставления услуг или специфика ее выполнения предусматривает больший срок.

## 2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

### 2.1. Учреждение обязано:

2.1.1. Оказать услуги в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ, в том числе предъявляемыми к качеству медицинских услуг, в полном объеме, согласно режиму предоставления медицинских услуг и в срок, предусмотренный настоящим договором.

2.1.2. В случае возникновения препятствий для выполнения условий настоящего договора Учреждение обязано немедленно извещать об этом Пациента.

2.1.3. Обеспечить Пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о месте нахождения Учреждения, квалификации и сертификации специалистов, режиме работы, перечне платных услуг, их содержании, стоимости, порядке оказания, включена (не включена) услуга в Программу государственных гарантий оказания населению Архангельской области бесплатной медицинской помощи, финансируется (не финансируется) за счет средств федерального, областного, местного бюджетов.

2.1.4. В процессе оказания медицинской помощи информировать Пациента или его представителя о предстоящих основных или дополнительных лечебно-профилактических и прочих процедурах и их стоимости, необходимых медикаментозных препаратах и расходных материалах и их стоимости.

2.1.5. Организовывать за счет Пациента и с его согласия необходимые обследования в других медицинских учреждениях, с которыми имеются договорные отношения, при невозможности выполнения таковых силами Учреждения.

2.1.6. Вести медицинскую документацию и выдавать Пациенту медицинские документы установленного образца.

2.1.7. Вести учет вида, объема и качества оказанной медицинской помощи, а также средств, полученных от Пациента.

2.1.8. Учреждение гарантирует право гражданина на сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, составляющих врачебную тайну и обеспечивает ее конфиденциальность.

2.1.9. Ставить в известность Пациента о предполагаемой сумме дополнительных расходов, не предусмотренных настоящим договором.

2.1.10. Выдать Пациенту документы, подтверждающие факт оплаты услуги, в случае оплаты услуг Пациентом в Учреждении.

2.1.11. Использовать в процессе лечения только лицензированные, запатентованные способы, рекомендованные российской и общемировой медицинской практикой.

2.1.12. В случае возникновения осложнений по вине медицинских работников Учреждения оказывать Пациенту медицинскую помощь по устранению осложнений бесплатно, в том числе сверх видов и объемов, предусмотренных территориальной программой государственных гарантий.

### 2.2. Пациент обязан:

2.2.1. Оплатить оказание медицинской помощи на условиях, указанных в настоящем договоре.

2.2.2. До начала оказания услуги сообщить врачу (среднему медицинскому персоналу) сведения о наличии у него аллергических реакций или противопоказаний к применению каких-либо лекарственных средств или процедур.

2.2.3. Выполнять требования медицинского персонала Учреждения во время получения услуги, обеспечивающие качественное предоставление услуги.

2.2.4. Соблюдать график приема врачей-специалистов Учреждения, внутренний распорядок Учреждения.

### 2.3. Учреждение имеет право:

2.3.1. Отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Пациентом правил внутреннего распорядка Учреждения, назначений лечащего врача и медицинского персонала и нарушении режима работы Учреждения.

2.3.2. Перенести срок оказания услуг, согласованный с Пациентом, заблаговременно предупредив об этом Пациента и согласовав с ним новый срок оказания услуг.

2.3.3. Приостановить выдачу медицинской документации Пациенту в случае задержки оплаты до разрешения разногласий.

2.3.4. Увеличить объем медицинской помощи, получив предварительно письменное согласие пациента или его законных представителей, если это необходимо в интересах состояния здоровья Пациента.

2.3.5. Требовать от Пациента соблюдения графика прохождения процедур, внутреннего режима Учреждения, режима приема лекарственных средств, режима питания и других предписаний.

2.3.6. По согласованию с Пациентом или с его законными представителями продлить курс лечения.

2.3.7. В одностороннем порядке прекратить или приостановить исполнение обязательств по настоящему договору при неисполнении Пациентом своих обязательств. При этом Учреждение возмещает Пациенту стоимость услуг, указанных в разделе 3 настоящего договора, за вычетом фактически понесенных затрат.

2.3.8. Учреждение не вправе расторгнуть договор в одностороннем порядке в случае угрозы жизни и здоровью Пациента.

2.3.9. В случае возникновения неотложных состояний не по вине медицинских работников Учреждения, Учреждение имеет право самостоятельно определять объем исследований и медицинской помощи, необходимых для оказания неотложной медицинской помощи, в том числе услуг, не предусмотренных настоящим Договором.

### 2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. Получать информацию об объеме и качестве медицинской помощи, выполняемой Учреждением, не вмешиваясь в деятельность Учреждения.

2.4.2. Требовать от Учреждения предоставления полной и достоверной информации об объеме и условиях получения услуги, включая сведения о квалификации врача, наличии лицензии на оказание данной услуги, стоимости услуги, о технологии оказания услуги, возможных последствиях и осложнениях, наличии альтернативных видов услуг.

2.4.3. Получать от Учреждения информацию для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме сведения о состоянии своего здоровья, данные диагностических обследований, результаты анализов и т.д.

2.4.4. Выбрать лечащего врача из штата Учреждения.

2.4.5. Поменять лечащего врача в процессе оказания услуг.

2.4.6. Отказаться от оплаты оказанных без его согласия услуг, а если они уже оплачены - потребовать возврата уплаченных за них сумм.

2.4.7. Отказаться в одностороннем порядке от получения услуги до момента начала ее оказания и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Учреждению затрат, связанных с подготовкой оказания услуги.

2.4.8. По своему выбору в случае несоблюдения Учреждением обязательств по срокам оказания услуги:

- потребовать новый срок оказания услуги;

- потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;

- потребовать исполнения услуги другим специалистом Учреждения;

- расторгнуть договор.

2.4.9. При обнаружении недостатков оказанных услуг предъявлять требования, установленные Законом РФ «О защите прав потребителей», а также иными нормативными правовыми актами РФ, регулирующими данные отношения.

## 3. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТА

3.1.Общая стоимость оказываемых медицинских услуг в соответствии с утвержденным прейскурантом на медицинские услуги составляет \_\_\_\_\_ руб.  
(\_\_\_\_\_)

рублей 00 копеек.

3.2. Оплата за медицинские услуги производится в кассе Учреждения. Расчеты за предоставление платных услуг осуществляются Учреждением с применением контрольно-кассовых машин. При расчетах без применения контрольно-кассовых машин, Учреждением используется бланк, являющийся документом строгой отчетности, утвержденный в установленном порядке. (Форма квитанции для оформления расчетов с населением за оказанные медицинские услуги без применения контрольно-кассовых машин утверждена письмом Минфина РФ от 20.04.1995 N 16-00-30-35).

3.3. Оплата услуг производится в форме 100% предоплаты.

## 4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. В случае неисполнения или частичного исполнения услуг по настоящему договору Учреждение обязуется вернуть Пациенту ранее внесенную сумму предоплаты за вычетом стоимости уже выполненных услуг.

4.2. В случае если невозможность исполнения возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон ответственности не несет, Пациент возмещает Учреждению фактически понесенные им расходы, а Учреждение возвращает Пациенту остаток неиспользованных средств, внесенных в качестве предоплаты.

4.3. При разглашении одной из сторон сведений, относящихся к категории конфиденциальной информации, виновная сторона несет ответственность и обязана возместить другой стороне понесенные ей в связи с этим убытки.

4.4. Претензии Пациента по вопросам качества оказания медицинской помощи принимаются Учреждением к рассмотрению врачебно-экспертной комиссией в течение 30 (тридцати) дней.

4.5. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, в случае причинения вреда здоровью или жизни Пациента, Учреждение несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации, в том числе Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей».

4.6. Учреждение освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего договора, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Пациентом условий настоящего договора.

## 5. ДЕЙСТВИЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ НЕПРЕОДОЛИМОЙ СИЛЫ

5.1. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или за ненадлежащее исполнение обязательств по договору, если причиной такого неисполнения или ненадлежащего исполнения является чрезвычайное и непредотвратимое обстоятельство (непреодолимая сила).

## 6. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

6.1. Стороны принимают все меры для того, чтобы любые спорные вопросы разногласия либо претензии, касающиеся исполнения настоящего Договора, были урегулированы путем переговоров.

6.2. В случае не достижения взаимного согласия все споры, разногласия, требования возникающие из настоящего Договора или в связи с ним, в том числе касающиеся его исполнения или нарушения, решаются в соответствии с действующим законодательством РФ и подлежат рассмотрению в Арбитражном суде Архангельской области.

## 7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. Договор вступает в силу в момент его подписания уполномоченными представителями обеих сторон и действует до полного исполнения его сторонами своих обязательств либо до его расторжения.

7.2. Договор может быть расторгнут по согласию сторон или по решению суда.

7.3. Любые изменения и дополнения к настоящему договору действительны лишь при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями сторон. Приложения к настоящему договору составляют его неотъемлемую часть.

7.4. Настоящий договор составлен в двух экземплярах на русском языке. Оба экземпляра идентичны и имеют одинаковую юридическую силу. У каждой из сторон находится по одному экземпляру настоящего договора.

## 8. АДРЕСА, БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Учреждение	Пациент
государственное бюджетное учреждение здравоохранения Архангельской области «Архангельский психоневрологический диспансер» (ГБУЗ Архангельской области «АПНД») Юридический адрес: 163001, г. Архангельск, пр. Ломоносова, 271, тел/факс: (8182) 24-29-07/24-16-46 ИНН 2901070335 КПП 290101001 л/счет 20246У40080 в УФК по Архангельской области р/счет 40601810600001000001 в Отделение. Архангельск БИК 041117001 ОГРН 1022900537516 ОКПО 05180219 ОКОПФ 72 Главный врач _____ В. А. Яшкович М.п. _____	ФИО _____ <b>Адрес регистрации:</b> _____ _____ Я информирован о возможности получения медицинских услуг, являющихся предметом настоящего договора, бесплатно, при наличии показаний - в учреждении здравоохранения по месту жительства, и (или) при наличии направления - в учреждении, являющемся стороной настоящего договора. Пациент _____ / _____ / (Подпись)