

Договор о предоставлении платных медицинских и иных услуг

с. Холмогоры «___» 20__ г.
ГБУЗ Архангельской области «Холмогорская ЦРБ» именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице
Руководителя _____ действующего на основании Устава, с одной
стороны, и _____
Фамилия Имя Отчество пациента
именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили
настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора
1.1. На основании желания Пациента Исполнитель предоставляет, а Пациент оплачивает следующие
медицинские (иные) услуги: _____

согласно лицензии ЛО-29-01-002977, срок действия: бессрочно, выданной от 20.11.2020 г.
Министерством здравоохранения Архангельской области, адрес: 163004 г. Архангельск,
пр.Троицкий, 49, тел. 8(8182)28-64-36
1.2. Срок оказания медицинских (иных) услуг с «___» 20__ г. по
«___» 20__ г.

2. Обязанности Исполнителя

2.1. Уведомляет Пациента, что данная медицинская (иная) услуга:
а) входит в программу обязательного медицинского страхования и может оказываться ему бесплатно,
однако при _____ причина (желание или другая)

Пациента может быть оказана ему на платной основе;
б) не предусмотрена программой обязательного медицинского страхования и может быть
предоставлена на платной основе, при этом с Пациентом подписывается информированное согласие
на предоставление платных медицинских (иных) услуг (Приложение № 1 к данному договору);

в) не финансируется из бюджета.
2.2. Несет ответственность в установленном законом порядке за обоснованность, качество, объем и
порядок предоставления медицинской (иных) услуги.

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

2.4. Выдает Пациенту документ, подтверждающий оплату медицинских (иных) услуг, произведенную
в кассу Исполнителем.

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

2.6. Предоставляет медицинскую помощь за свой счёт в случае возникновения осложнения в момент
оказания платной медицинской помощи.

2.7. Создает условия для организации и проведения платных медицинских (иных) услуг.

3. Обязанности Пациента

3.1. Сообщать лечащему врачу известную ему информацию о состоянии своего здоровья, заполнить
при этом анкету состояния здоровья Пациента (Приложение № 2 к данному договору).

3.2. Произвести оплату за медицинские (иные) услуги.

3.3. Соплодать предписанный лечебный 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 предоставление информации о медицинской услуге.

При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам и качеству исполнения услуг:

- назначить новый срок предоставления медицинской услуги;

- потребовать исполнения услуги другим специалистом;

- потребовать возврата денежных средств,
- расторгнуть договор и потребовать возмещения убытка или ущерба в установленном законом порядке.
4.2. Исполнитель имеет право отказать:

- в предоставлении платной услуги при наличии медицинских противопоказаний со стороны здоровья
Пациента;

- в предоставлении платной медицинской (иной) услуги при состояниях наркотического или алкогольного
опьянения у Пациента;

- в возврате денежных средств при непредоставлении или предоставлении некачественной платной
медицинской услуги, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы или иных
обстоятельств, предусмотренных законом;

- в возврате денежных средств в связи с необоснованностью жалобы (по решению согласительной комиссии
) .

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 предусмотренно
договором, которые дополнительно не оплачиваются.

5. Оплата услуг.

5.1. Стоимость предоставляемых медицинских услуг устанавливается на основании прейскуранта стоимости
платных медицинских услуг, утвержденных главным врачом ГБУЗ Архангельской области «Холмогорская
ЦРБ», и составляет _____

(сумма цифрой и прописью)

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

5.3. Стоимость услуги может быть изменена в соответствии с утвержденным прейскурантом.

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

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

9. Реквизиты и подписи Сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ГБУЗ Архангельской области
«Холмогорская ЦРБ»
164530, Архангельская область
Холмогорский район, с. Холмогоры
ул.Набережная, дом 10а.
ИНН 2923006894
ОГРН 1122903001242

ПАЦИЕНТ:

ФИО _____
Адрес: _____
Паспортные данные: _____

от 27.12.2012г зареч. МИФНС №3 по
Архангельской области и Ненецкому
автономному округу

Руководитель _____ Пациент _____