

Договор №
на оказание платных медицинских услуг

город Тюмень _____ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение "Федеральный центр нейрохирургии" Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Тюмень), именуемое в дальнейшем "**Исполнитель**", в лице специалиста кабинета платных услуг _____, действующего на основании доверенности от _____ № _____, с одной стороны, и гражданин _____, действующий в интересах именуемый(ая) далее "**Пациент**", с другой стороны, вместе именуемые "Стороны", заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Настоящий договор определяет условия оказания платных медицинских Услуг(и). Исполнитель обязуется оказать Пациенту, за плату медицинскую(ие) услугу(и).

1.2. Срок оказания Услуг(и): с _____ г. по _____ г.

2. Права и обязанности Исполнителя

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Оказать Услугу(и) соответствующую(ие) требованиям, предъявленным к методикам диагностических исследований, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

2.1.2. Обеспечить Пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о местонахождении учреждения, режиме работы, перечне платных медицинских Услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих Услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. На свободное формирование цен на медицинские услуги в соответствии с действующими нормативными документами и условиями рынка медицинских услуг; устанавливать время, место и условия оказания медицинских услуг, назначать конкретных Исполнителей; требовать возмещения материальных потерь с пациента в случае причинения им ущерба имуществу медицинского учреждения.

2.2.2. Сообщить Пациенту перед оказанием Услуг(и) о возможности возникновения дополнительных видов Услуг(и) во время оказания медицинских(ой) Услуг(и) Пациенту и оказать ее с письменного согласия Пациента, полученного Исполнителем от Пациента до момента оказания Услуг(и).

3. Права и обязанности Пациента

3.1. Пациент обязан:

3.1.1. Оплатить стоимость предоставляемых(ой) Услуг(и) в соответствии с прейскурантом цен действующим у Исполнителя на момент оказания Услуг(и);

3.1.2. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление Услуг(и), включая сообщение необходимых для этого сведений, в том числе и о наличии у него непереносимости или аллергических реакций на прием каких-либо препаратов, о проведении процедур или иного медицинского вмешательства в организм, а так же о наличии у него ранее установленных заболеваний, которые могут осложнить процедуру лечения.

3.1.3. Соблюдать действующий внутренний распорядок Исполнителя, осуществлять прием всех назначенных ему препаратов и процедур, рекомендованных лечащим врачом до и после выписки, своевременно информировать врача об ухудшении состояния здоровья, в том числе и из-за оказанных(ой) Услуг(и);

3.2. Пациент имеет право:

3.2.1. Требовать предоставления сведений о наличии лицензии и сертификата.

3.2.2. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных медицинским персоналом при неисполнении или ненадлежащем исполнении условий договора, возмещения ущерба, в случае причинения вреда здоровью и жизни пациента, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с ГК РФ.

3.2.2. Расторгнуть договор в одностороннем порядке, при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

4. Стоимость Услуг(и) и порядок расчетов

4.1. Предварительная стоимость оказываемых(ой) Услуг(и) в соответствии с их видом и объемом по настоящему договору устанавливается в размере: _____ рублей _____ рублей _____ копеек

Окончательная стоимость оказываемых(ой) Услуг(и) определяется перечнем оказанных медицинских услуг, согласно прейскуранта.

4.2. При возникновении необходимости выполнения Услуг(и), не предусмотренных(ой) настоящим договором, они(а) выполняются при условии дополнительной оплаты необходимых(ой) Услуг(и) Пациентом, в соответствии с прейскурантом цен действующим, на момент оказания Услуг(и), у Исполнителя.

4.3. Оплата за оказываемые(ую) Услугу(и) производится через банк или через кассу в бухгалтерии Исполнителя, на условиях стопроцентной предоплаты.

4.4. При безналичной форме оплаты Исполнитель оказывает Услугу(и) только после поступления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

4.5. Исполнитель после оплаты стоимости Услуг(и) наличным расчетом выдает Пациенту чек или квитанцию установленного образца, подтверждающие прием наличных денег.

5. Ответственность сторон

5.1. Исполнитель несет ответственность перед Пациентом за неисполнение условий настоящего договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента.

5.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение Услуг(и), если докажет, что вред причинен вследствие непреодолимой силы или нарушения Пациентом установленных правил

оказания Услуг(и).

5.3. Пациент обязан полностью возместить Исполнителю понесенные убытки, если Исполнитель не смог оказать Услугу(и) или был вынужден прекратить ее оказание по вине Пациента.

6. Особые условия

6.1. Исполнитель действует в соответствии с лицензией, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения Управлением Росздравнадзора по Тюменской области № Л041-00110-86/00367448, выдана 14.11.2017г.

6.2. Пациент, подписывая настоящий договор подтверждает, что получил от Исполнителя всю необходимую информацию о возможности предоставления ему бесплатных(ой) медицинских(ой) Услуг(и) в рамках Программы Государственных гарантий за счет средств Обязательного медицинского страхования, и по своему усмотрению сделал добровольный и осознанный выбор об оказании ему Услуг(и) в соответствии с прейскурантом цен действующим у Исполнителя.

6.3. Пациент, подписывая настоящий договор подтверждает, что ознакомлен с информацией, касающейся особенностей Услуг(и), пункт 1.2. настоящего договора, и условий ее предоставления.

6.4. Пациент согласен с тем, что побочные эффекты и осложнения возникают вследствие биологических особенностей организма и используемая технология оказания Услуг(и) не может полностью исключить их вероятность и Исполнитель не несет ответственности за наступление осложнений, если Услуга(и) оказана(ы) с соблюдением всех необходимых требований.

6.5. При наличии тяжелого сопутствующего заболевания или пожилого возраста, Пациенту необходимо иметь сопровождающее его лицо для обеспечения выполнения всех рекомендаций врача и индивидуального ухода.

7. Заключительные положения

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

7.2. Споры, возникшие в процессе исполнения настоящего договора, по вопросам не предусмотренными условиями настоящего договора, Стороны разрешают путем переговоров, руководствуясь действующим законодательством Российской Федерации. При невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в суде по месту нахождения ответчика.

7.3. Для обращения в суд обязательно предъявление претензии, которая рассматривается другой стороной в течении десяти дней.

7.4. Настоящий договор составлен в двух экземплярах на одном листе с двух сторон имеющих равную юридическую силу, подписан каждой из Сторон и скреплен оттиском печати, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

8. Юридические адреса, банковские реквизиты и подписи сторон

"Исполнитель"

Полное наименование
ФГБУ "ФЦН" Минздрава России (г. Тюмень)
Юридический адрес:
625000, город Тюмень, ул. 4 км Червишевского тракта, д. 5
Фактический адрес: 625000, город Тюмень, ул. 4 км Червишевского тракта, д. 5
ИНН 7204152364 / КПП 720301001
ОГРН 1107232010160 ОКПО 65027441 ОКАТО 71401364000 ОКВЭД 86.1 ОКФС 12 ОКОПФ 72
Получатель: л/с 20676Х73870
Отделение Тюмень г.Тюмень

Банк получателя: ОКЦ №4 Уральского ГУ Банка России
УФК ПО ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ, Г.ТЮМЕНЬ
р/с 03214643000000016700
БИК 017102101
КБК 0000000000000000130
Специалист кабинета платных услуг

(подпись)

"Пациент"

Фамилия
Имя
Отчество
Паспорт гражданина России

Место прописки:

Место жительства:

Телефон:

(подпись)