

г. Симферополь

« ____ » _____ 20__ г.

Государственное унитарное предприятие Республики Крым «Поликлиника медицинских осмотров», осуществляющее медицинскую деятельность на основании уведомления от №395 от 22.05.2015 г., в лице главного врача Воронова Романа Владимировича, который действует на основании Устава, именуемое в дальнейшем Исполнитель, с одной стороны и

Физическое лицо - _____

именуемый в дальнейшем Заказчик, с другой стороны, которые в дальнейшем именуется Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА:

1.1. Настоящий договор определяет условия оказания платных медицинских услуг. «Заказчик» поручает, а «Исполнитель» обязуется оказать «Заказчику» платную медицинскую услугу (или услуги) согласно утвержденного Прейскуранта.

1.2. Срок оказания медицинской услуги в течение месяца с даты подписания договора.

2. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ.

2.1. Цена услуги, при отсутствии необходимости выполнения других работ, не предусмотренных в договоре, устанавливается в сумме _____ руб.

При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ, не предусмотренных договором, они выполняются с согласия «Заказчика» с оплатой по утвержденному Прейскуранту.

3.5. Стоимость услуг может быть увеличена по согласованию с Заказчиком в случае оказания Заказчику дополнительных медицинских услуг.

2.2. «Заказчик» обязан в течение 3-х банковских дней с момента заключения договора произвести оплату медицинской услуги.

2.3. Оплата производится до оказания медицинской услуги в кассу «Исполнителя» или перечислением на расчетный счет. Оплата может быть произведена самим «Заказчиком», его страховой компанией либо третьим заинтересованным физическим или юридическим лицом на основании счета, выписанного «Исполнителем». Оплата производится в полном объеме.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

3.1. «Исполнитель» обязан: оказать «Заказчику» квалифицированную, качественную медицинскую помощь в установленный договором срок;

3.2. «Заказчик» обязан: своевременно оплатить стоимость услуг; сообщить врачу до начала предоставления медицинских услуг полные сведения о состоянии своего здоровья, перенесенных и наследственных заболеваниях, противопоказаниях, профессиональных вредностях, вредных привычках (курение, употребление алкоголя, наркотиков, токсических веществ), переносимости лекарственных средств, аллергических проявлениях, эпидемиологических данных; соблюдать установленные предписания и правила при пребывании в ГУП РК «ПМО»;

3.3. «Заказчик» имеет право:

-на предоставление информации о медицинской услуге;

-знакомиться со своей медицинской документацией, документами, подтверждающими специальную правоспособность предприятия и его врачей;

-получить заключение с указанием результатов проведенных исследований, лечебных мероприятий и необходимых рекомендаций;

-на возмещение вреда, в случае ненадлежащего оказания медицинской услуги;

-отказаться от получения медицинской услуги и получить обратно оплаченную сумму с возмещением «Исполнителю» затрат, связанных с подготовкой или оказанием услуг.

4. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГЕ.

4.1. Информацию об оказываемой медицинской услуге «Заказчик» получает в устной форме от врача, до начала ее оказания.

4.2. Перед оказанием медицинской услуги врач устанавливает отсутствие противопоказаний. При их наличии медицинская услуга не оказывается.

4.3. С учетом самой технологии выполнения медицинской услуги «Заказчик» должен осознавать вероятность (но не обязательность) вредных (побочных) эффектов медицинского вмешательства и осложнений, что может причинить вред здоровью, о чем «Заказчик», а устной форме информируется специалистом, оказывающим медицинские услуги до момента подписания договора.

4.4. В связи с тем, что вышеперечисленные побочные эффекты и осложнения возникают вследствие биологических особенностей организма и используемая технология оказания медицинской помощи не может полностью исключить их вероятность, «Исполнитель» не несет ответственность за наступление осложнений, если медицинская услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований.

4.5. «Заказчик» подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012 г. №1006);

- ознакомил его с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;

- уведомил его 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;

4.6. Подписав настоящий Договор, «Заказчик» подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.

5.1. В случае ненадлежащего оказания медицинской услуги «Заказчик» вправе потребовать безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги.

5.2. «Исполнитель» освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения «Заказчиком» своих обязанностей или по Другим основаниям, предусмотренным законодательством.

5.3. «Заказчик» обязан возместить медицинской организации фактически произведенные расходы по оказанию услуги, если «Исполнитель» не смог или был вынужден прекратить ее оказание по вине или желанию «Заказчика».

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ.

6.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

6.2. Споры и разногласия решаются путем переговоров и в судебном порядке.

6.3. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон и/или в случаях, предусмотренных законодательством РФ.

6.4. Сторона, считая, что ее права по настоящему договору нарушены, обязана направить другой стороне претензию, которая рассматривается в течение 10 рабочих дней. В случае неполучения ответа, посланная претензия сторона вправе обратиться в суд.

7. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН:

Исполнитель
Государственное унитарное предприятие
Республики Крым «Поликлиника медицин-
ских осмотров»
295006, г. Симферополь, ул. Карла Маркса, 19
ОГРН 1159102033705, ОКПО 00835756
ОКВЭД 86.10,
ИНН 9102161123/КПП 910201001
р/с 40602810109201009744
в АО «Банк ЧБРР» БИК 043510101
Корр. счет 30101810035100000101
(0652) 600-226, zvitostotr@mail.ru

Главный врач

_____ П.В. Воронов
М.П. _____

Заказчик

ФИО _____

Адрес места жительства _____

Документы, удостоверяющие личность _____

Паспорт: _____

Дата выдачи _____

Кем выдан _____

Телефон _____

Заказчик

_____ (_____)

Приложение к договору на оказание платных медицинских услуг

№ _____ от « ____ » _____ 20__ г.

АКТ выполненных работ по оказанию медицинских услуг за плату

от « ____ » _____ 20__ г.

Настоящим актом подтверждаем, что все обязательства по настоящему договору выполнены в полном объеме на сумму _____, стороны не имеют взаимных претензий.

Главный врач

Воронов Р.В.

М.П. _____

Заказчик (Заказчик)

_____ (_____)