

ПРИЛОЖЕНИЕ 5
к приказу ГБУЗ
"ВО ЦПБ СПИД и ИЗ"
от 14.06.19 № 23

Договор на оказание платных медицинских услуг

г. Волгоград

« » 20__ г

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Волгоградский областной Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями", Волгоград (Лицензия, выданная комитетом здравоохранения Волгоградской области 22 августа 2018 года серия № ЛО-34-01-003882 на осуществление медицинской деятельности), именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице главного врача Козырева Олега Анатольевича действующего на основании Устава, с одной стороны, и _____, именуемый в дальнейшем "Заказчик" с другой стороны, вместе именуемые "Стороны", заключили настоящий Договор на оказание платных медицинских услуг (далее – Договор), о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1 По настоящему договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Заказчика, обязуется оказать ему медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, а Заказчик обязуется оплатить данную медицинскую помощь, а именно следующие медицинские услуги:

Наименование услуги	Количество	Цена за единицу, руб.	Стоимость, руб.
Итого			

1.2. Срок оказания медицинской услуги: в течение 3 дней с момента подписания договора.

2. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

2.1. Стоимость медицинских услуг согласно прейскуранту составляет: _____. Действующий прейскурант цен на медицинские услуги размещен на официальном сайте ГБУЗ "ВО ЦПБ СПИД и ИЗ" и на стендах в помещениях Исполнителя.

2.2. Оплата медицинской услуги производится наличным расчетом в ГБУЗ "ВО ЦПБ СПИД и ИЗ" с использованием кассового аппарата, или безналичным расчетом путем перечисления средств по реквизитам ГБУЗ "ВО ЦПБ СПИД и ИЗ" до момента начала оказания услуги (в размере 100% услуг по прейскуранту).

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязан:

- оказать качественную медицинскую услугу в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи в сроки и в порядке, определенные данным Договором;
- предоставить Заказчику бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемой услуге;
- не разглашать информацию о факте обращения Заказчика за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна);

3.2. Исполнитель имеет право отказать Заказчику в оказании медицинской помощи, в случае, нарушений им условий п.п.2.2. настоящего Договора.

3.3. Заказчик обязан:

- информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;
- добросовестно выполнять рекомендации медицинского персонала ГБУЗ "ВО ЦПБ СПИД и ИЗ" в ходе получения медицинских услуг;
- Оплатить предоставленную Исполнителем медицинскую услугу в сроки _____ и в порядке, определенные данным Договором.

3.4. Заказчик имеет право:

- на получение информации о медицинской услуге;
- знакомится с документами, подтверждающими специальную правоспособность учреждения и его специалистов.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. В случае ненадлежащего оказания медицинской услуги Заказчик вправе потребовать безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги.

4.2. 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 и настоящим Договором, а также по причине нарушения условий договора Заказчиком, в том числе в случаях, если:

4.2.1. появились осложнения, связанные с тем, что Заказчик не предоставил медицинским работникам ГБУЗ "ВО ЦПБ СПИД и ИЗ" полную и достоверную информацию об имеющихся у него заболеваниях или связанных с ними ограничениях;

4.2.2. осложнения возникли из-за несоблюдения врачебных рекомендаций.

5. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

5.1. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон. В случае досрочного расторжения Договора по инициативе Заказчика, Заказчик оплачивает Исполнителю фактически оказанные медицинские услуги, а также возмещает фактически понесенные убытки в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.2. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

5.3. Настоящий Договор составлен в 2-х экземплярах, каждый из которых имеет одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

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

6. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель

ГБУЗ «ВО ЦПБ СПИД и ИЗ»

Юридический адрес (место нахождения):

400040 г.Волгоград, ул.им.Бажова д.2

ИНН 3442023225

КПП 344201001

УФК по Волгоградской области (ГБУЗ "ВО ЦПБ

СПИД и ИЗ" л/сч 20296Ю19000)

р/сч 40601810700001000002

Отделение Волгоград, г.Волгоград

БИК 041806001

ОГРН 1023402642900

ОКПО 10520812

ОКТМО 18701000

ОКВЭД 86.21; 86.10; 86.90.9

КБК 000000000000000000130

КВФО 2

Тел. 72-38-51 (главный врач);

72-31-05 (бухгалтерия);

Заказчик

Главный врач _____/О.А.Козырев

Заказчик _____/

/

Информирование согласие на предоставление платных медицинских услуг

Я, _____, проинформирован в полном объеме о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - соответственно программа, территориальная программа), в рамках постановления Правительства РФ от 04.10.2012, №1006 "Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг".

ИНФОРМАЦИОННОЕ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 "О персональных данных" №152-ФЗ, я, _____, подтверждаю свое согласие на обработку государственным бюджетным учреждением здравоохранения "Волгоградский областной Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями", Волгоград, расположенным по адресу:

г. Волгоград, ул. Бажова, 2 (далее Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), данные о состоянии моего здоровья (результаты проведения медицинских анализов), заболеваниях при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской услуги я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Настоящее согласие дано мной (ФИО) _____

Согласие действует с момента его подачи до моего письменного отзыва данного согласия

_____ ()

подпись

дата

**Акт сдачи-приемки выполненных работ
по договору № от « » _____ 20__ г.**

ФИО _____, именуемый(ая) Заказчик,
и государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Волгоградский областной Центр
по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями", Волгоград (Лицензия, выданная
комитетом здравоохранения Волгоградской области 22 августа 2018 г. серия № ЛО-34-01-003882
на осуществление медицинской деятельности), именуемое Исполнитель в лице главного врача Козырева
Олега Анатольевича, действующего на основании Устава, составили настоящий акт о нижеследующем:
Исполнитель оказал Заказчику платную медицинскую услугу (услуги):

Наименование услуги	Количество	Цена за единицу, руб.	Стоимость, руб.
Итого			

Указанная платная услуга (услуги) выполнена в полном объеме, в соответствии с условиями договора.
Стороны претензий друг к другу не имеют.
Настоящий акт составлен в двух экземплярах, имеющую одинаковую силу, по одному для каждой
из сторон.

Исполнитель
Главный врач

Заказчик

_____/О.А.Козырев/

_____/_____/