ДОГОВОР возмездного оказания медицинских услуг

г.Вологда « » 20 г.

Гр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

именуемый в дальнейшем «Потребитель», с одной стороны, и БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника № 4», зарегистрированное в качестве юридического лица 05.06.1996 г. ОГРН №1033500038912 Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службой №11 по Вологодской области, имеющее лицензию на право осуществления медицинской деятельности №ЛО-35-01-002174, выданную Департаментом здравоохранения Вологодской области (г.Вологда, ул. Предтеченская, д.19, конт.тел. 72-27-52) от 06 июля 2016г. (срок действия - бессрочно), в лице заместителя главного врача по экспертизе Соловьева Анатолия Юрьевича,действующего на основании Приказа №300-ОД от 31.12.2015 г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. Предмет договора.

1. «Исполнитель» принимает на себя обязательства по просьбе «Потребителя» по оказанию медицинских услуг на платной основе, а «Потребитель» - принять и оплатить данные услуги.
2. Перечень и объем медицинских услуг:
3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и (или) лечения, при условии письменного согласия «Потребителя» на увеличение объема услуг.

Стоимость услуг может быть изменена «Исполнителем» в одностороннем порядке с учетом уточненного диагноза и иных условий, влияющих на увеличение затрат «Исполнителя» на лечение.

1. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по экстренным показателям для устранения угрозы жизни «Потребителя» при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы.
2. Срок оказания услуг - .
3. Права и обязанности сторон.
	1. Потребитель имеет право:
		1. Требовать предоставления услуг надлежащего качества, сведений о наличии лицензии у Исполнителя и сертификата у медицинского работника, сведений о расчете стоимости оказанной медицинской услуги.
		2. Отказаться от медицинских услуг до момента ее выполнения по уважительным причинам. Возврат денежных средств за не оказанные услуги осуществляется в соответствии с законодательством РФ.
		3. Сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при обследовании и лечении.
		4. На информированное добровольное согласие и отказ от медицинского вмешательства.
		5. Получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.
	2. Потребитель обязан:
		1. Соблюдать распорядок работы «Исполнителя», а так же правила техники безопасности, пожарной безопасности и охраны труда.
		2. Заботиться о своем здоровье, не совершать действий, наносящих ущерб своему здоровью и здоровью других пациентов.
		3. Информировать персонал учреждения в случае непонимания или неполного понимания по вопросу оказания медицинских услуг.
		4. Приходить на прием специалистов и процедуры в назначенное время, в случае опоздания известить об этом «Исполнителя».
	3. Исполнитель имеет право:
		1. Отказаться от исполнения договора в любое время, предупредив об этом «Потребителя» и возвратив ему часть установленной цены, пропорциональной части не оказанных услуг, если таковая была внесена.
		2. В случае отказа «Потребителя» от услуг, которые могли бы, по мнению «Исполнителя», уменьшить или снять опасность для здоровья «Потребителя», получить от него соответствующую расписку об отказе от медицинского вмешательства, разъяснив «Потребителю» возможные последствия такого отказа для его здоровья.
4. Привлечь к оказанию медицинской услуги третье лицо, имеющее надлежаще оформленную лицензию, материальное оснащение, либо необходимого специалиста, в порядке соисполнения.
5. В случае безосновательного отказа Потребителя от услуг согласно плану лечения, зафиксировать факт отказа актом в составе комиссии, состоящей, по крайней мере, из трех сотрудников Исполнителя во главе с должностным лицом Исполнителя.
6. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определить объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания помощи, в том числе, и не предусмотренных договором.
7. В случае опоздания пациента перенести прием на согласованное с «Потребителя» время.
8. Отказаться от исполнения обязательств в случае невозможности исполнения, возникшей по вине Потребителя (в том числе, при безосновательном невыполнении Потребителем назначений и рекомендаций врача), а также в случаях предусмотренных законодательством.
	1. Исполнитель обязан:
		1. Обеспечить качественное оказание медицинских услуг в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории РФ.
		2. Предоставить Заказчику достоверную и полную информацию об оказываемых услугах.
		3. Вести медицинскую документацию и отчетность, касающуюся состояния здоровья Заказчика, в установленном Министерством здравоохранения РФ порядке.
9. Порядок и сроки оплаты медицинских услуг.
	1. Стоимость услуг по настоящему договору определяется исходя из цен, действующих у Исполнителя на момент заключения настоящего договора, и составляет .
	2. Полный перечень услуг Исполнителя и их стоимость размещены на сайте Исполнителя www.pol4.volmed.org.ru, а также на стенде в Учреждении Исполнителя.
	3. Оплата услуг осуществляется Заказчиком в размере 100% предоплаты сразу же после подписания настоящего договора.
	4. Услуги оплачиваются путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя.
10. Ответственность сторон.
	1. Исполнитель несет ответственность за:
		1. не предоставление полной или предоставление неполной или недостоверной информации об оказываемых услугах;
		2. предоставление услуги ненадлежащего качества в объемах, предусмотренных действующим на момент заключения договора законодательством;
		3. вред, причиненный жизни, здоровью и имуществу Потребителя вследствие халатности, некомпетентности Исполнителя либо вследствие неисполнения иных обязательств по договору, если таковые будут установлены.
	2. Потребитель несет ответственность за:
		1. неоплату услуг Исполнителя либо несвоевременную оплату услуг в виде неустойки в размере 1% от общей стоимости услуг;
		2. невыполнение требований Исполнителя, касающихся хода лечения, предусмотренных планом лечения. В этом случае Исполнитель освобождается от ответственности за результат лечения и возможные осложнения.
11. Иные условия договора.
	1. Изменение и расторжение настоящего договора возможно на общих основаниях, предусмотренных законодательством РФ.
	2. Все споры, возникающие по настоящему договору в процессе его исполнения, рассматриваются и разрешаются по согласованию Сторон. При не достижении согласия споры рассматриваются в суде Вологодской области.
12. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой Стороны.

6.Реквизиты сторон.

**«ИСПОЛНИТЕЛЬ» «ПАЦИЕНТ»**

БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника №4» Гр-н (ка)

160028, г. Вологда, окружное шоссе, 3В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3525075763 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Р/сч. 40601810600093000001 Отделение Вологда \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. г. Вологда

БИК 041909001

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.Ю.Соловьев Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Согласие на обработку персональных данных Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**Бюджетное учреждение здравоохранения Вологодской области “Вологодская городская поликлиника № 4”**

**160028 Россия г. Вологда, Окружное ш., 3в тел./факс 53-12-21, pol4.vologda@mail.ru**

УВЕДОМЛЕНИЕ

Настоящим БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника №4» уведомляет Потребителя (законного представителя) о том, что не соблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников, в том числе назначенного режима лечения, рекомендаций по профилактике осложнений и обострений заболевания, несоблюдение назначенного режима лечения; непредставление или неполное предоставление информации об имеющихся аллергических реакций, перенесенных заболеваниях и возникших вследствие этого осложнениях, а также иных сведений, которые, могут оказывать влияние на результаты диагностики и лечения, могут снизить качество предоставляемых услуг, повлечь за собой невозможность завершения их в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

С уведомлением ознакомлен

БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника № 4» уведомляет о том, что соответствующие виды и объемы медицинской помощи Потребитель может получить без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в медицинских организациях, являющихся участниками указанных программ.

Мне

разъяснено, что я могу получить в БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника №4» как один из видов платных медицинских (и иных) услуг, так и несколько видов медицинских услуг. Я ознакомлен(а) с Прейскурантом цен, осознаю стоимость запрашиваемых мною медицинских услуг и прошу БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника №4» заключить со мной договор на оказание медицинских услуг. Оплату медицинских услуг гарантирую.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, даю согласие на обработку моих персональных данных БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника № 4» (Федеральный закон № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных»), в целях выполнения обязательств по договору возмездного оказания медицинских услуг на платной основе.

Потребитель (законный представитель)

паспорт: , выдан:

Подпись потребителя (законного представителя)

Я свидетельствую, что разъяснил(а) все вопросы, связанные с заключением договора на оказание медицинских услуг и дал (а) ответы на все вопросы. Потребитель (законный представитель) расписался(ась) в моём присутствии.

От БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника №4»

 / /

«\_\_\_\_\_ »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г.