

**ДОГОВОР**  
на оказание платных услуг физическим лицам № \_\_\_\_\_

г. Воронеж

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Бюджетное учреждение здравоохранения Воронежской области «Воронежская областная клиническая инфекционная больница» (БУЗ ВО «ВОКИБ») (адрес: 394030, г.Воронеж, ул. Бахметьева, д.10; ОГРН 1023601552226, свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ серия 36 № 003454299 от 01 сентября 2011г., выдано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №12 по Воронежской области; Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-36-01-002463, выдана 18.01.2016г. управлением Росздравнадзора по Воронежской области, г. Воронеж ул.9-го Января, д.36, тел. (473) 277-11-64), именуемая в дальнейшем «Исполнитель», в лице исполняющей обязанности главного врача Ананко Ирины Александровны, действующей на основании устава, с одной стороны, и гражданин \_\_\_\_\_

Ф.И.О.

(подпись)

именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, именуемые совместно Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Исполнитель предоставляет Потребителю медицинские услуги согласно его письменного заявления на оказание платных услуг, являющегося неотъемлемой частью договора. А Потребитель обязан явиться на прием для оказания услуг в согласованный с Исполнителем срок и произвести оплату в сумме установленной прейскурантом.
2. Настоящий договор подписывается сторонами при полном информировании Потребителя 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 медицинской помощи в других ЛПУ.
3. Исполнитель обязан оказать Потребителю весь комплекс заявленных услуг в соответствии с медицинскими стандартами в установленные сроки.
4. Сроки предоставления платных услуг (в зависимости от вида предоставляемых услуг) \_\_\_\_\_.
5. Потребитель обязан выполнять требования санитарного режима, соблюдать правила внутреннего распорядка, информировать медицинского работника до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, точно выполнять назначение врача.
6. Оплата услуги Потребитель осуществляет наличным расчетом через кассу учреждения или безналичным расчетом путем перечисления денежных средств на расчетный счет учреждения.
7. Потребитель вправе отказаться от медицинской услуги в любое время при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору. Возврат оплаченной суммы или разницы между оплаченной суммой и стоимостью оказанных медицинских услуг осуществляется в 15-дневный срок после подачи письменного заявления.
8. В случае выявления противопоказаний к заявленной услуге Исполнитель обязан произвести перерасчет уплаченной суммы в соответствии с объемом от предоставленной части услуги.
9. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
10. Стороны обязаны сохранять конфиденциальность информации, полученной в ходе исполнения настоящего договора. Передача конфиденциальной информации третьим лицам, опубликование или иное разглашение такой информации осуществляется только с письменного согласия Потребителя, за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ. Обработка и хранение персональных данных осуществляется в соответствии с ФЗ РФ от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных».
11. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором, Стороны примут все меры к их разрешению путем переговоров. В случае невозможности Сторонами разрешения спора путем переговоров, спор рассматривается в судебном порядке.
12. За невыполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
13. Требования о возмещении убытков, причиненных вследствие ненадлежащего качества оказания платных медицинских услуг подлежат удовлетворению в течение десяти дней со дня предъявления соответствующего требования в соответствии со ст.22 Закона РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей»
14. Договор может быть расторгнут по инициативе одной из сторон или по соглашению сторон, с возмещением второй стороне фактически понесенных расходов при исполнении обязательств по настоящему договору.
15. Договор составлен, вступает в силу с момента подписания и действует до исполнения сторонами обязательств.

**Исполнитель:**

**БУЗ ВО «ВОКИБ»**

394030, г.Воронеж, ул. Бахметьева, д.10  
ИНН / КПП 3664010403 / 366401001  
ОГРН 1023601552226 (Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ серия 36 № 003454299 от 01 сентября 2011г., выдано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №12 по Воронежской области)  
Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-36-01-002463 выдана 18.01.2016г. управлением Росздравнадзора по Воронежской области  
р/с 40116810920070010049 в Отделении по Воронежской области Главного управления Центрального банка Российской Федерации по Центральному федеральному округу (Отделение Воронеж)  
л/с 017 05 326 9  
БИК 042007001

И.о. главного врача \_\_\_\_\_ И.А.Ананко

**Потребитель:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

**Заявление  
на оказание платных медицинских услуг**

Прошу оказать следующие платные медицинские услуги:

| №            | Наименование услуги | Цена услуги<br>(с учетом налога) |
|--------------|---------------------|----------------------------------|
|              |                     |                                  |
|              |                     |                                  |
|              |                     |                                  |
|              |                     |                                  |
|              |                     |                                  |
|              |                     |                                  |
|              |                     |                                  |
|              |                     |                                  |
| <b>ИТОГО</b> |                     |                                  |

С прейскурантом цен на медицинские услуги я ознакомлен (а).

- Мне разъяснено и я осознаю, что во время медицинского вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен (согласна) на то, что ход медицинского вмешательства может быть изменен врачами по их усмотрению.

- Я предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что медицинское вмешательство сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

- Мне разъяснена возможность получения услуг в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.

- Я предупрежден(а), что в ряде случаев могут потребоваться повторные медицинские вмешательства, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.

- Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщаю (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств

- Я знаю, что во время медицинского вмешательства возможна потеря крови и даю согласие на переливание донорской или ауто (собственной) крови и ее компонентов.

- Я согласен(на) на запись хода медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

- Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства, в т.ч. переливаний донорской или ауто (собственной) крови и/или ее компонентов, и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

- Я предупрежден(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

- Я ознакомлен(а) с перечнем работ в соответствии с Лицензией на осуществление медицинской деятельности № ЛО-36-01-002463, выдана 18.01.2016г.

Подпись заявителя \_\_\_\_\_