

ДОГОВОР № на возмездное оказание медицинской услуги

г. Челябинск

« ____ » _____ 202_ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Челябинская областная клиническая наркологическая больница» в лице заведующего отделением неотложной наркологической помощи Виноградова Дмитрия Борисовича, действующего на основании доверенности от « ____ » _____ 202_ г. № _____, (ЕГРЮЛ: ИНН: 7452007903, ОГРН: 1027403773198 от 06.12.2002 г. ИФНС по Тракторозаводскому району; Лицензия № Л041-01024-74/00331782 от 23 мая 2019 г. (Приложение к лицензии № 2), выдана Министерством здравоохранения Челябинской области (г. Челябинск, ул. Кирова 165), на осуществление медицинской деятельности, именуемое в дальнейшем Исполнитель, с одной стороны, и _____, именуемый(ая) в дальнейшем Потребитель (Заказчик), при условии анонимности – со слов Потребителя услуги, с другой стороны, заключили настоящий договор (далее – Договор) о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. В соответствии с настоящим Договором Исполнитель обязуется предоставить Потребителю (Заказчику) медицинскую услугу, отвечающую требованиям, предъявляемым к методам профилактики, диагностики, лечения, обследования, разрешенным на территории Российской Федерации, согласно п. 1.2. Договора, а Потребитель (Заказчик) в порядке и на условиях Договора обязуется оплатить оказанную Услугу.

1.2. Исполнитель обязуется оказать предоставит следующую услугу:

_____, именуемую в дальнейшем Услуга, в течение ____ рабочих дней с момента предоставления документа, подтверждающего факт оплаты Услуги и личного обращения Потребителя (Заказчика).

1.3. До заключения настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг подтверждаю, что уведомлен(а) согласно п. 24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 г. № 736, 3.4.2. Положения о платных медицинских услуг в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Челябинская областная клиническая наркологическая больница», о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

1.4. Исполнитель оказывает услуги на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности, согласно Перечня работ (услуг), предусмотренного лицензией: при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу, физиотерапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: неврологии, психиатрии, психотерапии, физиотерапии. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: психиатрии-наркологии, трансфузиологии. При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности, экспертизе качества медицинской помощи.

1.5. В случае необходимости по результатам обследования и лечения, Потребителю могут быть оказаны дополнительные услуги, не предусмотренные Договором, стоимость, условия и сроки которых согласуются Сторонами в дополнительном соглашении к настоящему Договору (Приложение № 3 к Договору).

1.6. Потребитель (Заказчик) подписью в Договоре подтверждает отказ от предоставления помощи за счет бюджетных средств в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и подтверждает свое желание на получение платных медицинских услуг в ГБУЗ «ЧОКНБ».

1.7. Место предоставления Услуги: 454046, г. Челябинск, ул. 5-ая Электровозная, д. 7А.

1.8. Началом предоставления медицинской Услуги считается день госпитализации.

1.9. Медицинская Услуга физическим лицам осуществляется после заключения Договора об оказании платных медицинских услуг и ее 100% предоплаты, при предъявлении документа, подтверждающего оплату.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Оказать Потребителю согласно п. 1.2. настоящего Договора, квалифицированную качественную медицинскую Услугу в установленный Договором срок в соответствии с требованиями, предъявляемыми нормативно-правовыми актами и законодательством Российской Федерации к данным услугам.

2.1.2. Информировать Потребителя (Заказчика) в доступной и понятной форме об оказываемой Услуге: о сроках, режиме работы структурного подразделения, в котором оказывается услуга, условиях, стоимости оказываемой Услуги, сущности и методах диагностических и лечебных мероприятий, проводимых в рамках данной Услуги, последствиях и ожидаемых результатах оказания Услуги.

2.1.3. После исполнения договора по запросу Потребителя (Заказчика) выдать медицинские документы (копии медицинских документов, рекомендации, назначения, выписки из медицинских документов) и иные документы согласно ч. 3 ст. 219 Налогового Кодекса РФ.

Потребителям (Заказчикам), Услуга которым предоставлялась на условиях анонимности, медицинские документы и иные не выдаются.

2.1.4. Соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся состояния здоровья Потребителя (врачебная тайна) и его персональных данных.

2.2. Исполнитель вправе:

2.2.1. Самостоятельно в случае возникновения непредвиденных ситуаций определять объем исследований, манипуляций, необходимых для вынесения заключения (установления диагноза) и оказания медицинской Услуги, в том числе не предусмотренных Договором, являющимися дополнительными.

2.2.2. Требовать соблюдения правил оказания медицинской Услуги, режима и правил поведения медицинского учреждения.

2.2.3. При несоблюдении Потребителем (Заказчиком) условий настоящего Договора, Исполнитель вправе на каждом этапе предоставления Услуги в одностороннем порядке прекратить или приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору.

2.3. Потребитель (Заказчик) обязан:

2.3.1. До оказания услуги предоставить достоверные сведения о перенесенных и существующих заболеваниях, о психических заболеваниях, наркотической и алкогольной зависимости, аллергических реакциях, противопоказаниях к применению лекарственных средств и иную запрашиваемую Исполнителем информацию, влияющую на качество оказания медицинской услуги.

2.3.2. Выполнять инструкции и рекомендации врача, персонала, необходимые для качественного оказания медицинской Услуги, в период и после ее оказания, соблюдать режим и правила поведения медицинского учреждения.

2.3.3. Согласовывать с лечащим врачом прием лекарственных препаратов для лечения сопутствующих заболеваний и своевременно сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия.

2.3.4. Своевременно оплатить Исполнителю Услугу, в том числе не предусмотренные настоящим Договором (дополнительные), но фактически оказанные Исполнителем.

2.4. Потребитель (Заказчик) имеет право:

2.4.1. Получать информацию о сроках, условиях, стоимости оказываемой Услуги, о порядке оказания и стандартах медицинской Услуги, применяемых при ее предоставлении, о медицинском работнике, предоставляющем соответствующую Услугу, о методах оказания медицинской помощи в рамках данной Услуги, связанных с ними рисках, последствиях и ожидаемых результатах оказания Услуги, знакомиться с документами, подтверждающими правомочность Исполнителя на оказание Услуги, указанной в п.1.2. настоящего Договора.

2.4.2. Потребовать безвозмездного устранения недостатков оказанной Услуги, допущенных Исполнителем.

2.4.3. На каждом этапе предоставления Услуги в одностороннем порядке отказаться от ее предоставления при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов. Уплаченные Потребителем (Заказчиком) денежные средства, превышающие стоимость фактически понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору, подлежат возврату Потребителю (Заказчику) в течение трех рабочих дней с момента получения Исполнителем уведомления о расторжении настоящего Договора.

3. Стоимость услуги и порядок оплаты

3.1. Стоимость Услуги согласно прейскуранту цен Исполнителя, размещенному на официальном сайте ГБУЗ «ЧОКНБ»://oknb74.ru/, действующему на момент оказания Услуги составляет (_____) рублей.

3.2. Оплата Услуги производится в полном объеме до оказания Услуги путем внесения денежных средств в кассу ГБУЗ «ЧОКНБ» или перечисления на лицевой счет Учреждения.

4. Ответственность сторон

4.1. Исполнитель не несет ответственности за наступление осложнений, возникших в результате предоставления Потребителем (заказчиком) недостоверной информации о состоянии здоровья и обстоятельств непреодолимой силы, если медицинская Услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований.

4.2. Заболевания и иные патологические состояния, о которых стороны не знали и которые не были выявлены в период действия настоящего Договора (выявление которых не предусмотрено стандартами и протоколами в медицине на момент заключения настоящего Договора), а также обстоятельства, которые на современном уровне развития медицинской науки и практики не могут быть однозначно спрогнозированы, диагностированы и предотвращены, рассматриваются сторонами как обстоятельства форс-мажора в соответствии с ч. 4 ст. 29 Закона РФ № 2300-1 «О защите прав потребителей».

4.3. При необходимости оказания срочной медицинской помощи по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителю Исполнитель предпринимает все возможные для этого меры (вызов скорой медицинской помощи и т.п.), такие медицинские услуги оказываются без взимания платы.

4.4. Убытки, причиненные Исполнителю по вине Потребителя (Заказчика), возмещаются Потребителем (Заказчиком) в полном объеме на каждом этапе оказания Услуги.

4.5. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской и иной услуги, при несоблюдении Потребителем указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, которое может снизить качество предоставляемой платной медицинской и иной услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя, также в случае возникновения осложнений по вине Потребителя (Заказчика) (невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших нарушениях и отклонениях в состоянии здоровья, несоблюдение установленных правил пользования результатами услуги и др),

5. Прочие условия

5.1. Потребитель (Заказчик) подтверждает, что ознакомлен с дополнительной информацией, касающейся данной медицинской Услуги и условий ее оказания.

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

5.3. После исполнения Договора Потребитель (Заказчик) путем подписания Акта об оказанных услугах (Приложение № 2 к Договору) подтверждает факт исполненных обязательств Исполнителем в полном объеме, согласно условиям настоящего Договора.

5.4. Все изменения и дополнения к настоящему договору действительны, только если они составлены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами (Приложение № 3 к Договору).

5.5. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон или по другим основаниям, предусмотренным настоящим Договором и действующим законодательством РФ.

5.6. Споры и разногласия решаются путем переговоров, привлечения независимой экспертизы и в судебном порядке.

5.7. Настоящий Договор составлен в 3 экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Заказчика, третий – у Потребителя. В случае если договор заключен между Потребителем и Исполнителем, он составляется в 2 экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой Стороны.

5.8. Все приложения к договору являются его неотъемлемой частью:

- Приложение № 1 – Заявление, добровольное согласие на получение платной медицинской услуги;

- Приложение № 2 – Акт об оказанных услугах;

- Приложение № 3 – Дополнительное соглашение к Договору.

5.9. Подписывая настоящий Договор Потребитель (Заказчик) подтверждает, что все вышеуказанное им прочитано и понятно, ему разъяснены и понятны все медицинские термины, получены ответы на все интересующие вопросы, касающиеся оказываемой Услуги, и выражает свое согласие на получение Услуги в соответствии с условиями настоящего Договора (Приложение № 1 к Договору). Второй экземпляр подписанного сторонами настоящего Договора получен собственноручно.

5.10. Потребитель (Заказчик), путем подписания настоящего договора, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждает согласие на обработку ГБУЗ «ЧОКНБ» своих персональных данных, включающих: фамилию, имя отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данных о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

6. Юридические адреса и реквизиты сторон:

Исполнитель:

**ГБУЗ «Челябинская областная
клиническая наркологическая
больница»**

Адрес: 454007, г. Челябинск,
ул. 40-летия Октября 36
ИНН 7452007903 КПП 745201001
Тел. (факс): (351) 214-02-12
Эл. почта: glav@oknb74.ru

Заведующий отделением неотложной
наркологической помощи

_____ Д.Б. Виноградов

(подпись)

Потребитель (Заказчик):

Ф.И.О. _____

Год рождения _____

Адрес _____

Почтовый/эл. адрес _____

Паспорт _____

Тел. _____

(подпись)

Заведующему отделения

От _____

Заявление

Прошу принять меня на стационарное лечение (обследование) в Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Челябинская областная клиническая наркологическая больница». С правилами пребывания в отделении и больничным режимом ознакомлен(на), согласен(на). Уведомлен(на), что обследования на сифилис, ВИЧ-инфекцию, гепатиты проводятся при предоставлении документов, удостоверяющих личность.

« ____ » _____ 20 __ г. _____ (_____)
подпись расшифровка

ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

«Настоящим я, _____
(Ф.И.О. Потребителя полностью),

нижеподписавшийся, ознакомившись с перечнем услуг, составляющих медицинскую деятельность исполнителя в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, со своими правами и обязанностями, как Потребителя в соответствии с настоящим договором, полностью понимая их значение и не имея возражений относительно условий договора в целом, ознакомлен с действующим прейскурантом цен на медицинские услуги, подтверждаю личное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг, принятое в отсутствие каких-либо неправомерных действий исполнителя, направленных на понуждение (склонение) меня к подписанию настоящего согласия и/или договора в целом.

« ____ » _____ 20 __ г. Потребитель _____ (_____)
подпись расшифровка

Акт об оказанных услугах

г. Челябинск

«__» _____ 202__ г.

Гражданин _____, именуемый в дальнейшем «Потребитель», с одной стороны, и Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областная клиническая наркологическая больница», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны, вместе также именуемые «Стороны», составили и подписали настоящий Акт о том, что на основании договора № _____ от «__» _____ 202__ г. «Исполнитель» оказал «Потребителю» следующие медицинские услуги:

Всего оказано медицинских услуг на общую сумму: _____
(_____) рублей ____ копеек.

Подписью подтверждаю, что все вышеуказанные услуги, оказанные в рамках Договора, Исполнителем предоставлены в полном объеме и в срок, согласно условиям Договора.

Претензий к качеству, объему и срокам оказанных Исполнителем услуг не имею.

Исполнитель

Потребитель (Заказчик)

_____ (_____)

_____ (_____)

**Дополнительное соглашение № _____
к договору на возмездное оказание медицинской услуги**

г. Челябинск

«___» _____ 202__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Челябинская областная клиническая наркологическая больница» в лице заведующего отделением неотложной наркологической помощи Виноградова Дмитрия Борисовича, действующего на основании доверенности от «___» _____ 202__ г. № _____, (ЕГРЮЛ: ИНН: 7452007903, ОГРН: 1027403773198 от 06.12.2002 г. ИФНС по Тракторозаводскому району; Лицензия № Л041-01024-74/00331782 от 23 мая 2019 г. (Приложение к лицензии № 2), выдана Министерством здравоохранения Челябинской области (г. Челябинск, ул. Кирова 165), на осуществление медицинской деятельности, именуемое в дальнейшем Исполнитель, с одной стороны, и _____, именуемый(ая) в дальнейшем Потребитель (Заказчик), при условии анонимности – со слов Потребителя (Заказчика) услуги, с другой стороны, заключили настоящее соглашение (далее – Соглашение) о нижеследующем:

1. Стороны пришли к соглашению, что Исполнитель оказывает Потребителю (Заказчику) следующую Услугу:

2. Услуга представляется в срок _____ рабочих дней с момента предоставления документа, подтверждающего факт оплаты Услуги и личного обращения Потребителя (Заказчика).

3. Стоимость Услуги согласно прейскуранту цен Исполнителя, размещенному на официальном сайте ГБУЗ «ЧОКНБ»://oknb74.ru/, действующему на момент оказания Услуги составляет (_____) рублей.

4. Оплата Услуги производится в полном объеме до оказания Услуги путем внесения денежных средств в кассу ГБУЗ «ЧОКНБ» или перечисления на лицевой счет Учреждения.

5. Настоящее Соглашение является неотъемлемой частью Договора № _____ от «___» _____ 202__ г. и вступает в силу с момента его подписания Сторонами.

6. Настоящее Соглашение составлено в 3 экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Заказчика, третий – у Потребителя. В случае если соглашение заключено между Потребителем и Исполнителем, оно составляется в 2 экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой Стороны.

7. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Соглашением Стороны руководствуются положениями Договора на оказание платных медицинских услуг № _____ от «___» _____ 202__ г.

Исполнитель:

**ГБУЗ «Челябинская областная
клиническая наркологическая
больница»**

Адрес: 454007, г. Челябинск,
ул. 40-летия Октября 36
ИНН 7452007903 КПП 745201001
Тел. (факс): (351) 214-02-12
Эл. почта: glav@oknb74.ru

Заведующий отделением неотложной
наркологической помощи

(подпись) Д.Б. Виноградов

Потребитель (Заказчик):

Ф.И.О. _____

Год рождения _____

Адрес _____

Почтовый/эл. адрес _____

Паспорт _____

Тел. _____

(подпись)

