



УТВЕРЖДАЮ  
Главный врач  
ГУЗ «Поликлиника № 5»

О.И. Корсакова

ФОРМА ДОГОВОРА №  
О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Волгоград

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Государственное учреждение здравоохранения «Поликлиника № 5», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании Устава, лицензии на оказание медицинских услуг № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_, выданной комитетом здравоохранения Волгоградской области, с одной стороны, и

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

именуемый в дальнейшем – Пациент, с другой стороны, а вместе именуемые Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. На основании медицинского заключения о необходимости обследования и (или) лечения, а также желания Пациента Исполнитель предоставляет, а Пациент оплачивает следующие медицинские услуги (согласно таблице):

Шифр услуги	Наименование услуги	Кол-во	Цена 1 услуги	сумма
Итого				

1.2. Медицинская услуга(и) оказывается врачом: \_\_\_\_\_

1.3. Срок оказания медицинской услуги: \_\_\_\_\_

**2. Обязанности Исполнителя**

2.1. Уведомляет Пациента, что данная медицинская услуга:

- а) входит в программу обязательного медицинского страхования и может оказываться ему бесплатно.
- б) не предусмотрена программой обязательного медицинского страхования и может быть предоставлена на платной основе;
- в) финансируется либо не финансируется из бюджета.
- г) входит в территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания населению Волгоградской области медицинской помощи и может оказываться ему бесплатно, однако на оказание данной услуги существует очередь. При желании пациента получить услугу вне очереди, она оказывается ему на платной основе.

2.2. Несёт ответственность в установленном законом порядке за обоснованность, качество, объем и порядок предоставления медицинской услуги.

2.3. Предоставляет медицинские услуги в порядке и в сроки, определенные заключенным договором.

2.4. Выдает Пациенту чек, подтверждающий оплату медицинских услуг, произведенную в кассу Исполнителя.

2.5. Сохраняет врачебную тайну о факте и причине обращения Пациента.

2.6. Предоставляет медицинскую помощь за свой счет в случае возникновения осложнения в момент оказания платной медицинской помощи.

2.7. Создает условия для организации и проведения платных медицинских услуг.

**3. Обязанности Пациента**

3.1. Сообщить медицинскому работнику известную ему информацию о состоянии своего здоровья.

3.2. Произвести оплату за предоставленную(ые) медицинскую(ие) услугу(и).

3.3. Соблюдать предписанный лечебно-охранительный режим, правила внутреннего распорядка лечебного учреждения.

3.4. Подписать информированное согласие на предоставление платных медицинских услуг (приложение №1 к данному договору);

#### 4. Права Исполнителя и Пациента

4.1. Пациент имеет право:

- на выбор лечащего врача;
- на предоставление информации о медицинской услуге.

При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам и качеству исполнения услуг:

- назначить новый срок предоставления медицинской услуги;
- потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;
- потребовать исполнения услуги другим специалистом;
- расторгнуть договор и потребовать возмещения убытков;

При несоблюдении Исполнителем обязательств по качеству исполнения услуг потребовать устранения недостатков в соответствии с Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей».

4.2. Исполнитель имеет право отказать:

- в предоставлении платной услуги при наличии медицинских противопоказаний со стороны здоровья Пациента;

- в предоставлении платной медицинской услуги при отсутствии медицинских показаний и риске нанесения вреда здоровью Пациента;

- в возврате денежных средств в связи с необоснованностью жалобы (по решению комиссии по разрешению конфликтов и споров, возникших при предоставлении платных медицинских услуг).

#### 5. Оплата услуг

5.1. Стоимость предоставляемых медицинских услуг устанавливается на основании прейскуранта стоимости платных медицинских услуг (тарифов), утвержденных руководителем государственного учреждения здравоохранения, и составляет \_\_\_\_\_

5.2. Оплата за медицинские услуги производится на территории исполнителя.

5.3. Расчеты за предоставленные медицинские услуги производятся Пациентом в порядке предварительной оплаты стоимости медицинских услуг наличными деньгами через контрольно-кассовую машину, подтверждающей прием наличных денег. Документом, подтверждающим расчет, служит кассовый чек.

#### 6. Ответственность сторон

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Исполнитель и Пациент несут ответственность, предусмотренную настоящим договором и действующим законодательством РФ.

6.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения Пациентом своих обязанностей в соответствии с разделом 3 или по другим основаниям, предусмотренным законодательством.

6.3. Пациент обязан полностью возместить медицинскому учреждению понесенные убытки, если оно не смогло оказать услугу или было вынуждено прекратить ее оказание по вине Пациента.

6.4. Претензии и споры, возникающие между Пациентом и Исполнителем, разрешаются по соглашению сторон с возможным привлечением независимых экспертов или в судебном порядке в соответствии с законодательством РФ.

#### 7. Срок действия договора и другие условия

7.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

7.2. Настоящий договор считается полностью исполненным только после подписания Сторонами Акта о предоставлении платных медицинских услуг (приложение №3 к данному договору).

7.3. Изменения и дополнения в настоящий договор могут быть внесены в письменной форме по соглашению Сторон.

7.4. Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон, имеющих равную юридическую силу.

7.5. По соглашению сторон допускается использование факсимильного воспроизведения подписи

#### 8. Реквизиты и подписи сторон

"Исполнитель"

"Пациент"

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

"Исполнитель"

"Пациент"

\_\_\_\_\_  
М.П.

**АКТ № \_\_\_\_\_**  
**о выполнении Договора № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.**  
**о предоставлении платных медицинских услуг**

г. Волгоград

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Государственное учреждение здравоохранения «Поликлиника № 5», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании Устава с одной стороны, и \_\_\_\_\_,

*(фамилия, имя, отчество)*

именуемый в дальнейшем – Пациент, с другой стороны, составили настоящий акт о нижеследующем:

На основании заключенного между Исполнителем и Пациентом Договора о предоставлении платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., Исполнитель в полном объеме выполнил принятые на себя обязательства.

**Подписи сторон:**

**Исполнитель:**

**Пациент:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Приложение №1  
к договору № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Я, \_\_\_\_\_,  
*(Ф.И.О. Пациента)*

в рамках договора о предоставлении платных медицинских услуг, желаю получить медицинские услуги в ГУЗ «Поликлиника № 5».

При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я получил(а) от сотрудников учреждения здравоохранения полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в данном учреждении в рамках программы государственных гарантий получения бесплатной медицинской помощи и даю свое согласие на предоставление мне платных медицинских услуг.
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько или целый комплекс платных медицинских услуг.
3. Мне разъяснено, и я полностью осознаю, что проводимое мне лечение не гарантирует 100% результат и что как при предоставлении медицинских услуг, так и после их предоставления, возможны различные осложнения, обусловленные индивидуальными биологическими особенностями организма.
4. Я полностью согласен(а) с тем, что используемая при моём лечении технология не может на 100% исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных индивидуальными биологическими особенностями организма, и в том случае, если предоставленная медицинская услуга была осуществлена с учетом всех необходимых требований, учреждение здравоохранения не несет ответственности за их возникновение.
5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения, я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей учреждения здравоохранения.
6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения, и по согласованию с врачом были выбраны(а) следующие виды медицинских услуг, которые я желаю получить на платной основе:  
\_\_\_\_\_

7. Я ознакомлен(на) с действующим в учреждении здравоохранения прейскурантом цен на платные медицинские услуги и согласен(на) оплатить стоимость медицинской (их) услуг(и) в соответствии с ним.
8. Я проинформирован(а), что необходимое мне обследование могу получить в других лечебных заведениях, и подтверждаю своё согласие на получение указанной(ых) медицинской(их) услуг(и) в данном учреждении здравоохранения.
9. Настоящее информированное согласие мной внимательно прочитано, претензий и замечаний к данному мною информированному согласию не имеется, в связи с чем я даю согласие на проведение вышеуказанных медицинских услуг.

Пациент:

\_\_\_\_\_