

2.1. Оплата Услуги производится:

2.1.1. Для физических лиц наличными в кассу Исполнителя на условиях 100 % предоплаты.

2.1.2. Для юридических лиц наличными в кассу Исполнителя, либо по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя по факту оказания Услуг в течение 10-ти банковских дней на основании счета-фактуры, и предъявленного к оплате счета.

2.2. Датой оплаты считается дата поступления денежных средств в кассу, на расчетный счет Исполнителя.

2.3. Кассовый чек, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг, выданный Исполнителем Пациенту является неотъемлемой частью настоящего договора. Сумма кассового чека (кассовых чеков) составляет сумму настоящего договора.

2.4. При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ, не предусмотренных договором, они выполняются с письменного согласия Пациента с оплатой по утвержденному прейскуранту с оформлением дополнительного соглашения к договору или нового договора.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Оказать Услугу лично, либо обеспечить ее предоставления Пациенту путем привлечения соответствующего специалиста.

3.1.2. Обеспечить соблюдение порядков оказания медицинской помощи, утвержденные действующим законодательством Российской Федерации.

3.1.3. На основании результатов обследований выдать Пациенту (Законному представителю) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающее состояние его здоровья, в день оказания платных медицинских услуг, после их получения.

3.1.4. Не разглашать информацию о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии здоровья, составляющую врачебную тайну в рамках установленных законодательством Российской Федерации.

3.1.5. Проинформировать Пациента о возможности получения бесплатной медицинской помощи по данному заболеванию в других медицинских учреждениях.

3.1.6. Обеспечить оказание качественной и безопасной медицинской помощи в установленный договором срок.

3.1.7. Предоставить Пациенту бесплатную, доступную, достоверную информацию, включающую в себя сведения о месте оказания Услуг, режиме работы, перечня оказываемых платных медицинских Услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих Услуг.

3.1.8. Расторгнуть договор при получении отказа Потребителя.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. Отказать Пациенту в оказании Услуги в случае невыполнения им своих обязательств по оплате.

3.2.2. Получать от Пациента любую информацию, необходимую для оказания качественной и безопасной медицинской помощи по настоящему договору.

В случае непредставления либо неполного или неверного предоставления Пациентом информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему договору до представления необходимой информации.

3.2.3. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследований и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной договором.

3.3. Пациент обязан:

3.3.1. В случае отказа после заключения договора от медицинских услуг, Пациент обязан информировать Исполнителя о таком отказе, любым способом позволяющем достоверно установить, что отказ Исполнителем получен. При одностороннем отказе от получения медицинских услуг оплатить Исполнителю расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

3.3.2. Предварительно в соответствии с настоящим договором оплатить стоимость медицинских услуг в кассу Исполнителя. В случае отсутствия оплаты после назначения услуг, Исполнитель вправе снять время оказания услуг в одностороннем порядке до момента повторного обращения Пациента и согласования новых сроков оказания услуг.

3.3.3. Выполнить требования, от которых зависит качественное предоставление Услуги (подготовка в соответствии с требованиями и рекомендациями специалистов Исполнителя). В случае выявления Исполнителем ненадлежащей подготовки к оказанию Услуги (ее отсутствию), Исполнитель вправе отказаться от оказания Услуги в одностороннем порядке.

3.3.4. В ходе оказания Услуги выполнять все медицинские указания, рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения, своевременно информировать лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья (самочувствии).

3.3.5. Информировать врача до оказания Услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания Услуги. В противном случае весь риск связанных с этим последствий несет Пациент.

3.3.6. Внимательно ознакомиться с Соглашением об объеме и условиях оказываемых медицинских услуг (информационное согласие) на оказание Услуги и подписать его. Информированное согласие Пациента является неотъемлемой частью настоящего договора. В случае отказа Пациента от подписания добровольного информированного согласия на оказание услуги, Исполнитель вправе отказаться от оказания услуг в одностороннем порядке.

3.3.7. Соблюдать правила внутреннего распорядка и правила поведения пациента в медицинской организации в соответствии с лечебно-охранительным режимом, соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности. Не курить в больнице и на территории больницы, не употреблять спиртные напитки.

3.4. Пациент имеет право:

3.4.1. Отказаться от оказания Услуги до момента начала их оказания и получить обратно оплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания Услуги.

3.4.2. Отказаться от медицинской Услуги на любой стадии с оплатой оказанных Услуги согласно прейскуранта ГБУЗ АО «Свободненская больница». В этом случае, ГБУЗ АО «Свободненская больница», не несет ответственности за дальнейшее состояние здоровья пациента.

3.4.3. Знакомиться с документацией, подтверждающей специальную правоспособность учреждения и его специалистов.

3.4.4. На возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания медицинской помощи в установленном законом порядке.

3.4.5. В случае, если при предоставлении Услуги потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента, 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, и Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания населению Амурской области медицинской помощи.

3.5. Стороны обязуются хранить в тайне врачебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора.

4. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ УСЛУГЕ

4.1. Перед оказанием медицинской Услуги врач устанавливает отсутствие противопоказаний.

4.2. Медицинская Услуга не оказывается, если у Пациента имеются противопоказания, острые воспалительные заболевания.

4.3. Услугу оказывает медицинский персонал, преимущественно, с высшей (первой) квалификационной категорией, имеющий сертификат специалиста.

4.4. С учетом самой технологии выполнения медицинской Услуги Пациент должен знать и осознавать вероятность (но не обязательность) вредных (побочных) эффектов медицинского вмешательства и осложнений, что может причинить вред здоровью Пациента.

4.5. В связи с тем, что побочные эффекты и осложнения возникают вследствие биологических особенностей организма и используемая технология оказания медицинской помощи не может полностью исключить их вероятность, Исполнитель не несет ответственности за наступление осложнений, если медицинская Услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований.

4.6. В связи с оказанием медицинской Услуги в предусмотренных нормативными актами случаях Пациенту по его требованию выдается лист нетрудоспособности.

4.7. Пациент подтверждает, что ознакомлен с дополнительной информацией, касающейся особенностей данной медицинской Услуги и особенностей ее предоставления, что ему предоставлена информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

4.8. Пациент подтверждает, что ознакомлен с информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения:

а) порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

б) информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации).

4.9. Пациент подтверждает, что ознакомлен 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.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА НЕПРЕОДОЛИМОЙ СИЛЫ

6.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное невыполнение обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших до и после заключения договора в результате событий чрезвычайного характера, которые одна из сторон не могла ни предвидеть, ни предотвратить разумными мерами.

7. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

7.1. Все споры и разногласия, возникающие при исполнении настоящего Договора, решаются Сторонами путем переговоров, которые могут проводиться, в том числе, путем отправления писем по почте, обмена факсимильными сообщениями, позволяющими достоверно установить получение их другой стороной.

7.2. Срок рассмотрения претензий 10 дней. Досудебный порядок урегулирования споров обязателен.

7.3. В остальных случаях стороны руководствуются действующим законодательством.

8. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ ИЛИ РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

8.1. Все изменения и дополнения, являются действительными, если были составлены в письменной форме и подписаны Сторонами.

8.2. Настоящий договор может быть расторгнут по взаимному согласию Сторон и/или в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

8.3. В случае отказа Пациента после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом потребитель и (или) заказчик оплачивают исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

9. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

«Исполнитель»

ГБУЗ АО «Свободненская больница»
676450 Амурская обл., г. Свободный, ул. Луговая, 5
ОГРН 1112807000460
Тел./факс 8(41643)5-97-26,5-97-54
Email: SvobBol@amurzdraz.ru
Адрес сайта: svbhospital.ru
ИНН/КПП 2807033985/280701001
Св-во о постановке на учет в
ЕГРЮЛ № 001200030 от 01.06.2011 г.
Выдано Межрайонной инспекцией
Федеральной налоговой службы №5
по Амурской области.

Главный врач

_____ П.В. Лесник
м.п.

«Пациент»

ФИО _____
Дата рождения _____
Паспорт серия _____ № _____
выдан _____
Адрес _____
Телефон _____

(подпись) _____ (Ф.И.О.)
«Законный представитель»

ФИО _____
Дата рождения _____
Паспорт серия _____ № _____
выдан _____
Адрес _____
Телефон _____

(подпись) _____ (Ф.И.О.)

«Заказчик Услуги»

ФИО _____
Дата рождения _____
Паспорт серия _____ № _____
выдан _____
Адрес _____
Телефон _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

Для юридических лиц

Наименование: _____

Адрес нахождения: _____

Должность: _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

м. п.

Приложение

к договору _____ 2023 г.

**Соглашение об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг
(информированное согласие)**

Согласно статьи 20 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», информированное добровольное согласие дает Гражданин или его Законный представитель на медицинскую помощь (медицинское вмешательство) на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Я-

Пациент _____, даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

В рамках договора об оказании платных медицинских услуг желаю получить платные медицинские услуги в ГБУЗ АО «Свободненская больница», при этом я добровольно даю свои персональные данные, согласно Законодательства Российской Федерации.

Мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников ГБУЗ АО «Свободненская больница» полную информацию о возможности и условиях предоставления платных медицинских услуг в ГБУЗ АО «Свободненская больница», даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

3. Мне разъяснено и я осознал, что проводимое мне лечение не гарантирует 100% результат и, что при проведении операции и после нее, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.

4. Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда Услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ГБУЗ АО «Свободненская больница» и его работники не несут ответственности за их возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.

6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения, по согласованию с врачом, выбраны платные медицинские услуги, указанные в прейскуранте больницы, которые я хочу получить в ГБУЗ АО «Свободненская больница». Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость указанных медицинских услуг в соответствии с ним. Я также согласен оплатить дополнительные услуги, оказанные мне в случае возникновения неотложных состояний, не представляющие угрозу жизни, направленные на предотвращение возникших осложнений.

7. Я проинформирован, что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить бесплатную медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной платной медицинской услуги в ГБУЗ АО «Свободненская больница».

8. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Пациент:

Ф.И.О. _____ (подпись) _____.

Законный представитель:

Ф.И.О. _____ (подпись) _____.

Заказчик

Ф.И.О. _____ (подпись) _____.

3. Утвердить и ввести в действие с 01.09.2023 прилагаемую форму договора на оказание платных медицинских услуг.

4. Заведующим отделениями и структурными подразделениями, ведущему экономисту Ереминой О.В., принять к руководству и использованию в работе при заключении договоров на оказание платных медицинских услуг, форму договора, утвержденную настоящим приказом.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на главного бухгалтера Т.С.Шевцову.

6. Считать утратившим силу приказ ГБУЗ АО «Свободненская больница» от 21.03.2017 №161 «Об утверждении формы договора на оказание платных медицинских услуг».

Главный врач



Н.В.Лесик