

## ОБРАЗЕЦ

ДОГОВОР № \_\_\_\_

на оказание платных медицинских услуг

г. Волгоград

"\_\_" \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Волгоградский областной центр крови», Волгоград (лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-34-01-003322 от 17 марта 2017г. выдана комитетом здравоохранения Волгоградской области), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице заведующего клинико - диагностического отдела - врача – клинической лабораторной диагностики Астафурова Михаила Анатольевича действующего на основании доверенности №30 от 28.06.2017г., с одной стороны, и \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Заказчик» с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор на оказание платных медицинских услуг (далее – Договор), о нижеследующем:

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель предоставляет Заказчику по его выбору и желанию добровольную медицинскую услугу: лабораторные исследования в соответствии с Приложением №1, являющиеся неотъемлемой частью настоящего договора.

1.2. Срок оказания медицинской услуги: 1 дня с момента подписания договора.

### 2. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

2.1. Стоимость медицинских услуг согласно прейскуранту на момент оказания услуги составляет \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) руб. 00 коп. Действующий прейскурант цен на медицинские услуги размещен на официальном сайте учреждения и на стендах Исполнителя.

2.2. Оплата медицинской услуги производится наличными в кассу ГБУЗ «ВОЦК» до момента начала оказания услуги (в размере 100% услуг по прейскуранту).

### 3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязан:

- оказать качественную медицинскую услугу в соответствии с условиями настоящего Договора в установленный договором срок, а при отсутствии в Договоре условий об их качестве – требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида;

- предоставить Заказчику бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемой услуге;

- по требованию Заказчика в доступной форме предоставить ему информацию, подтверждающую специальную правоспособность учреждения и его медицинских работников;

- охранять информацию о факте обращения Заказчика за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна);

3.2. Исполнитель имеет право отказать Заказчику в оказании медицинской помощи, в случае, нарушений им условий п.п.2.2., 6 настоящего Договора.

3.3. Заказчик обязан:

- информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;

- добросовестно выполнять рекомендации медицинского персонала в ходе получения медицинских услуг;

- Оплатить предоставленную Исполнителем медицинскую услугу в сроки и в порядке, определенные данным Договором.

3.4. Заказчик имеет право:

- на получение информации о медицинской услуге;

- знакомится с документами, подтверждающими специальную правоспособность учреждения и его врачей.

### 4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. В случае ненадлежащего оказания медицинской услуги Заказчик вправе потребовать безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги.

4.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения Заказчиком своих обязанностей или по другим основаниям,

предусмотренным законодательством, а также по причине нарушения условий договора Заказчиком, в том числе в случаях, если:

4.2.1. появились осложнения, связанные с тем, что Заказчик не предоставил медицинским работникам ГБУЗ «ВОЦК» полную и достоверную информацию об имеющихся у него заболеваниях;

4.2.2. осложнения возникли из-за несоблюдения врачебных рекомендаций.

#### 5. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

5.1. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон. В случае досрочного расторжения Договора по инициативе Заказчика, Заказчик оплачивает Исполнителю фактически оказанные медицинские услуги, а также возмещает фактически понесенные убытки в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.2. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

5.3. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, которые имеют одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

5.4. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

5.5. Я (заказчик), ФИО проинформирован в полном объеме о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - соответственно программа, территориальная программа), в рамках Постановления Правительства РФ от 04.10.2012 г., №1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

ФИО \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ дата  
подпись

#### 6. СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06г. «О персональных данных» №152-ФЗ, я \_\_\_\_\_ подтверждаю свое согласие на обработку государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Волгоградский областной центр крови», Волгоград, расположенным по адресу: г. Волгоград, ул. Голубинская, 9а (далее Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), данные о состоянии моего здоровья (результаты проведения медицинских анализов), заболеваниях при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской услуги я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения: в центр СПИД, кожно-венерологический диспансер, Центр гигиены и эпидемиологии с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Настоящее согласие дано мной (ФИО) \_\_\_\_\_.  
Согласие действует с момента его подачи до моего письменного отзыва данного согласия  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ дата  
подпись

#### Исполнитель

#### Заказчик

ГБУЗ «ВОЦК» Юридический адрес (место нахождения): 400131, г.Волгоград, ул.Голубинская, 9а	ФИО Адрес регистрации:
ИНН 3443900101	Паспорт серия:
КПП 344301001	Паспорт выдан:
ОКТМО18701000001	Дата выдачи: Код подразделения:
Тел. (8442) 37-62-73	Тел.

Заведующий клинико – диагностического отдела _____М.А.Астафуров	Заказчик _____
--	----------------

**Акт сдачи-приемки выполненных работ к договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.**

ФИО \_\_\_\_\_, именуемый(ая) Заказчик, и ГБУЗ «ВОЦК» (лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-34-01-003322 от 17 марта 2017г. выдана комитетом здравоохранения Волгоградской области), именуемое Исполнитель в лице заведующего клинико - диагностического отдела - врача – клинической лабораторной диагностики Астафурова Михаила Анатольевича действующего на основании доверенности №30 от 28.06.2017г., составили настоящий акт о нижеследующем:

Исполнитель оказал Заказчику платную медицинскую услугу (услуги):

Наименование услуги	Дата	Количество	Цена за единицу, руб	Стоимость, руб
	____.____.201__	1	0,00	0,00
				0,00

Общая стоимость услуги (услуг) составляет \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) руб. 00 коп.  
 Указанная платная услуга (услуги) выполнена в полном объеме, в соответствии с условиями договора. Стороны претензий друг к другу не имеют.

**От Исполнителя**

**От Заказчика**

Заведующий клинико – диагностического отдела

Заказчик \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_М.А.Астафуров