

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

**«СТУПИНСКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ
РАЙОННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ
БОЛЬНИЦА»**

142800 Московская область, г. Ступино
ул. Чайковского, владение 7, корпус 1
тел./факс (49664) 2-03-51, 2-46-59

№ 33

от 03 марта 2015 года

В соответствии с Порядком и правилами
предоставления ГБУЗ МО «СЦРКБ»
платных медицинских услуг

Приказываю:

1. Утвердить новую форму договора на оказание платных медицинских услуг для физических и юридических лиц.
2. Ввести в действие форму договора на оказание платных медицинских услуг для физических и юридических лиц с даты издания настоящего приказа.
3. Ответственность за исполнение настоящего приказа возлагаю на юрисконсульта Меркулову Е.Н.
4. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач



Н.В. Купряшина

г. Ступино

_____ 2015г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Ступинская центральная районная клиническая больница», именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице главного врача Купряшиной Н.В., действующий на основании Устава с одной стороны, и

Гражданин (ка) _____, именуемый(ая) в дальнейшем Пациент, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Пациент поручает, а Исполнитель принимает на себя обязательство оказать Пациенту качественную услугу.

1.2. Вид медицинской услуги _____.

1.3. Срок оказания медицинской услуги _____ 201__ года.

2. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

2.1. Стоимость работ определяется согласно прейскуранту, утвержденному главным врачом учреждения.

2.2. Общая стоимость медицинской услуги составляет: _____

(_____) рублей 00 коп.

2.3. Пациент обязан быть информирован о возможности получения бесплатной медицинской помощи (Приложение №1), что подтверждает собственноручно исполненной распиской.

2.4. Стоимость медицинской услуги может быть изменена, при увеличении затрат на оказываемую услугу.

2.5. Оплата медицинской услуги производится Пациентом наличным платежом в кассу Исполнителя до оказания медицинской услуги.

2.6. По желанию Пациента, возможна оплата каждой медицинской услуги перед её оказанием.

2.7. В случае выявления в процессе исследования факторов, требующих дополнительного лечебно-диагностического обследования, Пациент оплачивает в кассу Исполнителя дополнительную (документально подтвержденную) сумму.

2.8. По соглашению сторон, оплату медицинской услуги, представленной Исполнителем Пациенту, могут производить третьи лица.

3. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать Пациенту качественную квалифицированную медицинскую услугу.

3.1.2. Предоставить Пациенту бесплатно достоверную информацию о предоставляемой медицинской услуге.

3.1.3. Выдавать заключение с указанием результатов проведённых лечебно - диагностических исследований.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. Самостоятельно определять объём исследований, манипуляций, оперативных вмешательств необходимых для установления диагноза, обследования и иного оказания медицинской помощи.

3.2.2. Отказать в проведении лечебно-диагностических мероприятий в случае не выполнения Пациентом требований лечащего врача и условий настоящего договора предусмотренного п. 2.5.

3.3. Пациент обязан:

3.3.1. Предоставить лечащему врачу известную ему достоверную информацию о перенесённых и хронических заболеваниях, аллергических реакциях, а так же противопоказаниях.

3.3.2. Своевременно оплачивать стоимость работы лечащего врача.

3.4. Пациент имеет право:

3.4.1. Отказаться от получения медицинской услуги и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю фактических затрат.

3.4.2. Получить заключение с указаниями результатов проведённых исследований, лечебных мероприятий и необходимых рекомендаций.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТИ СТОРОН

4.1. В случае не выполнения Пациентом требований лечащего врача, Исполнитель вправе потребовать расторжения договора в одностороннем порядке.

4.2. При нарушении сторонами условий настоящего договора, ответственность наступает согласно действующему законодательству РФ.

4.3. Пациент возмещает Исполнителю понесённые убытки, если Исполнитель не смог оказать услуги по вине Пациента.

5. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ

5.1. При сокрытии Пациентом информации, предусмотренной п. 3.3.1, настоящего договора, либо при биологических особенностях организма, вызвавших побочные эффекты, Исполнитель не несёт ответственности за наступление осложнений, если медицинская услуга оказана с соблюдением необходимых требований.

В случае наступления осложнения по вышеуказанным причинам Исполнитель устраняет вредные последствия.

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

6. АДРЕСА СТОРОН

Пациент:

Исполнитель:

ГБУЗ МО «СЦРКБ»
142800, Московская обл., г. Ступино,
ул. Чайковского, владение 7, корпус 1
ИНН 5045002960 КПП 504501001
Минфин Московской области
(ГБУЗ МО «СЦРКБ» л/с 20013460250)
р/с 40601810700003000001
в Отделении 1 Москва
БИК 044583001
КБК 0130000000000000130

Пациент: _____

Исполнитель _____/Н.В. Купряшина
Подпись Главного врача

Подпись лечащего врача
_____ (_____)

Подпись
Третьи лица:

Приложение № 1
К договору на оказание платных услуг
№ _____ от _____ 2015г.

Гражданин (ка) _____ обратился (лась)
за оказанием платных медицинских услуг в ГБУЗ МО «СЦРКБ».
Я,

_____,
подтверждаю информирование, что имею право получить медицинскую помощь
(_____)
бесплатно в соответствии с утвержденным Правительством РФ Постановлением от 22.10.2012г. №
1074 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской
помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов».

С условиями предоставления бесплатной медицинской помощи ознакомлен:

1. Конституция РФ от 12.12.1993 года в т.ч. ст. 41
2. Постановление от 22.10.2012г. № 1074 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов».
3. Закон Московской области «О здравоохранении в Московской области» № 240/2005-03 от 11.11.2005 года;
4. Федеральный закон № 326-ФЗ от 29.11.2010 года «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
5. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Гражданин (ка) _____ уведомлен
(информирован) и добровольно отказывается от предоставления бесплатной медицинской помощи, о
чем дает настоящую расписку

_____ (ФИО) _____ (подпись) _____ (дата).