

Договор составлен в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023г. № 736 и Законом об охране здоровья граждан № 323-ФЗ.

До заключения договора Исполнитель уведомляет Потребителя (Заказчика) о том, что в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", обязан соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в медицинской организации. Несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя (Заказчика). До заключения договора Потребитель (Заказчик) ознакомлен с прейскурантом ГБУЗ КО «Центральная межрайонная больница №4», положением о гарантийных сроках и сроках службы на услуги, порядком оказания платных медицинских услуг, расположенных на сайте ГБУЗ КО «Центральная межрайонная больница №4», информационном стенде в поликлинике ГБУЗ КО «Центральная межрайонная больница №4».

Потребитель проинформирован, что ГБУЗ КО «Центральная межрайонная больница №4» участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

_____ «___» _____ 202__ г
(подпись) (расшифровка подписи)

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ (НЕМЕДИЦИНСКИХ) УСЛУГ № _____

г. Юхнов «___» _____ 20 ____ года

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калужской области «Центральная межрайонная больница №4» (ГБУЗ КО «ЦМБ №4»), в лице главного врача Авраменко Виктора Федоровича., действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «**Больница**», с одной стороны, и гражданин(ка) _____

(ФИО полностью)

именуемый(ая) в дальнейшем «**Пациент**», с другой стороны, далее совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор (далее - Договор) о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Больница с учетом положений настоящего Договора обязуется оказать Пациенту по его желанию, следующие платные услуги:

Наименование услуги	Наименование подразделения, оказывающего услугу	Цена услуги, руб.	Количество услуг	Общая стоимость, руб.
<i>Платные медицинские (немедицинские) услуги</i>				

1.2. На момент подписания настоящего Договора Пациент информирован Больницей в доступной форме о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Зная об указанной информации, **Пациент** добровольно **заключает** настоящий Договор, в рамках которого принимает на себя обязательство оплатить перечисленные услуги в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором.

1.3. Медицинские услуги по настоящему Договору оказываются Больницей на основании Устава и лицензии №ЛО41-01158-40/00360091 от 03.12..2022, выданной Министерством здравоохранения Калужской области (г. Калуга, ул. Пролетарская, 111, тел. 719-001, 719-002, 719-021); ОГРН 1194027005853; ГРН 1194027005853, выданное Межрайонной инспекцией ФНС России №2 по Калужской области от 29.05.2019 г.

1.4. Срок оказания услуг:

- начало - с момента 100 % предоплаты Пациентом всей стоимости услуг;

- окончание - в соответствии со сроками, предусмотренными порядками и стандартами оказания медицинской помощи.

1.5. Место оказания услуг: ГБУЗ КО «ЦМБ №4»

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Права Больницы:

2.1.1. Самостоятельно определять объем исследований, длительность лечения и необходимые действия, направленные на установление верного диагноза и оказания необходимой медицинской помощи, в соответствии с порядками и стандартами.

2.1.2. По согласованию с Пациентом вносить изменения в лечение и проводить дополнительное специализированное лечение, не предусмотренное Договором.

2.1.3. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для оказания медицинской услуги, Больница вправе назначить другого врача.

2.1.4. Требовать от Пациента соблюдения установленных правил внутреннего распорядка Больницы.

2.1.5. При необходимости продлить срок оказания услуг.

2.1.6. Своевременно предупредить Пациента о возникших обстоятельствах независимых от Больницы, которые могут повлиять на качество и сроки оказания услуг по настоящему Договору.

2.1.7. В одностороннем порядке приостановить или прекратить выполнение своих обязательств по Договору при неисполнении Пациентом своих обязательств (по соблюдению правил внутреннего распорядка Больницы, невыполнению рекомендаций и назначений лечащего врача, неоплаты стоимости услуг и др.), а также при обнаружении заболеваний Пациента, препятствующих выполнению договорных обязательств.

2.2. Обязанности Больницы:

2.2.1. Оказать услуги, указанные в п. 1.1 настоящего договора, надлежащего качества в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, в том числе порядками и стандартами оказания медицинской помощи.

2.2.2. Предоставлять Пациенту по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.2.3. Сохранять установленную законодательством РФ конфиденциальность информации о лечении Пациента.

2.3. Права Пациента:

2.3.1. Требовать от Больницы надлежащего качества предоставляемой медицинской услуги.

2.3.2. Отказаться от получения медицинских услуг по настоящему Договору и получить уплаченную им сумму с возмещением Больнице фактически понесенных ею расходов, связанных с оказанием услуг.

2.3.3. Получать в доступной для него форме любые сведения о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске.

2.3.4. Требовать сохранения конфиденциальности информации о факте своего обращения за медицинской помощью, о состоянии своего здоровья, диагнозе и иной информации, связанной с получением услуги по Договору.

2.3.5. По согласованию с лечащим врачом на замену расходных материалов и лекарственных средств, являющихся аналогами, с доплатой Больнице разницы в их стоимости.

2.4. Обязанности Пациента:

2.4.1. Оплатить услуги за предоставление медицинских услуг в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим договором

2.4.2. До оказания медицинской услуги информировать Больницу (лечащего врача, медицинский персонал) о перенесенных заболеваниях, наличии имеющихся у него заболеваний, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях к применению лекарственных средств и медицинских процедур, и иную информацию, влияющую на оказание услуг, характер течения заболевания.

2.4.3. Соблюдать режим лечения, правила внутреннего распорядка Больницы.

2.4.4. Выполнять назначения, рекомендации Больницы (лечащего врача, медицинского персонала, оказывающего ему по Договору медицинские услуги), предписанные на период и после оказания услуг.

2.4.5. Полностью возместить Больнице понесенные убытки, если услуги по настоящему Договору не могли быть оказаны или их оказание было прервано по вине Пациента.

3. Цена и порядок оплаты услуг

3.1. Стоимость услуги устанавливается в рублях РФ в соответствии с действующим прейскурантом Больницы.

3.2. Общая стоимость оказываемых услуг по настоящему договору составляет (_____) рубля _____ коп.

3.3. Оплата услуг осуществляется Пациентом в порядке 100 % предоплаты стоимости услуг путем внесения наличных денежных средств в кассу Больницы.

3.4. При возникновении необходимости выполнения дополнительных медицинских услуг по результатам обследования и лечения, стоимость оказываемых по настоящему Договору услуг может быть изменена Больницей по согласованию с Пациентом с учетом уточненного диагноза (заключения обследования, сложности медицинского вмешательства и др.) и иных затрат на диагностику и лечение.

3.5. При невыполнении стандартов лечения, предусмотренных медико-экономическими стандартами, по причинам, не зависящих от Больницы (желание Пациента, невозможность проведения дальнейшего лечения по результатам обследования и т.д.) осуществляется перерасчет стоимости услуги с учетом полного возмещения затрат, понесенных Больницей.

3.6. Стоимость услуг по настоящему Договору может быть увеличена по согласованию с Пациентом в случае оказания ему дополнительных немедицинских услуг (бытовых, сервисных, транспортных и др.), предоставляемых ему при оказании медицинской помощи по его просьбе.

4. Ответственность сторон

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

- Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Больницей в соответствии с законодательством Российской Федерации.

- Больница не несет ответственность за результаты оказания медицинских услуг в случаях:

- прекращения лечения по инициативе Пациента;

- несоблюдения Пациентом назначений, рекомендаций по лечению;

- несвоевременное сообщение о возникших отклонениях и нарушениях в состоянии здоровья;

- неисполнения Пациентом своих обязательств по настоящему Договору;

- обнаружения заболеваний, препятствующих оказанию услуг по Договору

и иных форс-мажорных обстоятельств, препятствующих оказанию услуги по Договору и не зависящих от Больницы.

- На момент подписания настоящего Договора Пациент уведомлен о том, что несоблюдение указаний, рекомендаций Больницы (лечащего врача, медицинского персонала, оказывающего ему по Договору медицинские услуги), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента. В данном случае Больница не несет ответственность за наступление неблагоприятных последствий для Пациента.

5. Разрешение споров

5.1. В случае возникновения спора в связи с исполнением настоящего Договора Стороны обязуются принять все меры по его разрешению путем переговоров.

5.2. Стороны пришли к соглашению об обязательном соблюдении претензионного порядка урегулирования споров.

Претензии принимаются в письменном виде. Срок рассмотрения претензий составляет 20 (двадцать) календарных дней с момента получения претензии. Претензия и ответ на нее дается в письменной форме, отправляется заказным или ценным письмом, по факсу, а также с использованием иных средств связи, обеспечивающих фиксирование получения претензии и ответа на нее, либо вручается под расписку.

5.3. При невозможности разрешения споров и разногласий путем переговоров и претензионного урегулирования, споры и разногласия будут разрешаться в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации в суде по месту нахождения Больницы.

6. Срок действия Договора

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

6.2. Расторжение настоящего Договора допускается по соглашению Сторон либо в одностороннем порядке по требованию одной из Сторон в случаях, предусмотренных Договором, а также по основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

7. Прочие условия

7.1. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. Настоящий Договор составлен и подписан в двух подлинных идентичных экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон на русском языке.

7.3. Извещения, уведомления, сообщения по настоящему Договору могут передаваться почтой, курьерской, по факсу, по электронной почте, с последующим предоставлением оригиналов. Риск искажения информации при ее передаче несет Сторона, отправившая соответствующую информацию.

7.4. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, требующие взаимного согласия Сторон, будут действительны только при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями Сторон.

7.5. При подписании настоящего Договора допускается применение сканированной или факсимильной подписи представителя со стороны Больницы.

8. Адреса и подписи Сторон

Пациент:	Больница:
Паспорт:.....	ГБУЗ КО «ЦМБ №4»
Выдан:.....	Юридический адрес: 249910, Калужская область, г. Юхнов, ул. Братьев Луканиных, д.66
.....	Тел.8(48452)2-61-48, Телефакс 8(48452)2-10-01
..... (номер, серия, кем и когда выдан) или	ИНН 4022005338 КПП 402201001 л/с 20740Ш16450 (ГБУЗ КО «ЦМБ №4»)
водительское удостоверение:.....	Единый казначейский счет 40102810045370000030
..... (номер, серия, кем и когда выдан)	Казначейский счет 03224643290000003700
адрес места жительства:.....	Банк получателя: ОТДЕЛЕНИЕ КАЛУГА БАНКА РОССИИ//УФК по Калужской области г.Калуга
.....	БИК 012908002
телефон:.....	ОГРН 1194027005853
..... (подпись) (ФИО)	 Главный врач Авраменко В.Ф

Приложение № 1

к Договору об оказании
платных медицинских услуг
от "___" _____ 202__ г. N ____
ГБУЗ КО «Центральная межрайонная
больница №4»

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Я, _____,
контактный телефон: _____

дата рождения: _____, зарегистрированный(ая) по адресу: _____

обратившись в ГБУЗ КО «Центральная межрайонная больница №4» Калужская область,, г.Юхнов
улица Братьев Луканиных д., 66;

за медицинской помощью на платной основе даю информированное добровольное согласие на виды
медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских
вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача
и медицинской организации (поставить галочку):

○ для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства
здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н
(зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее-
перечень);

○ для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-
санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь.

○

Работник _____

(должность, Ф.И.О. работника)

в доступной для меня форме разъяснил цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с
ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе
вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской
помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских
вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением
случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства
Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Я проинформирован(а) о возможности получения аналогичной медицинской помощи
(соответствующих видов и объемов медицинской помощи) в других лечебных учреждениях
бесплатно в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам
медицинской помощи, территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания
гражданам медицинской помощи. Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками и условиями

предоставления платных медицинских услуг, а также с порядком оплаты медицинских услуг в соответствии с договором.

Я не имею и не буду иметь претензий по компенсации затраченных мною финансовых средств на оплату медицинских услуг в ГБУЗ КО «Центральная межрайонная больница №4».

Я проинформирован(а) о том, что несоблюдение назначений или рекомендаций исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платные медицинские услуги), в том числе несоблюдение назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемых медицинских услуг, повлечь за собой невозможность их завершения в срок, привести к увеличению продолжительности лечения и невозможности достижения желаемого результата, а также может привести к негативным последствиям и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (на состоянии здоровья лица, интересы которого я представляю).

Я согласен(на) со всеми условиями и порядками предоставления платных медицинских услуг.

Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами данного информированного добровольного согласия, положения которого мне разъяснены, мною прочитаны и мне абсолютно понятны.

Я изъявляю желание заключить с ГБУЗ КО «Центральная межрайонная больница №4» Договор на оказание платных медицинских услуг и прошу оказывать мне (лицу, интересы которого я представляю) медицинскую помощь (медицинские услуги) на платной основе.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 частью 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья

(Ф.И.О гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(Ф.И.О. потребителя, контактный телефон)

(подпись)

(Ф.И.О работника)

«_____» _____ 202
(дата оформления)

г.

Приложение № 2
к Договору об оказании
платных медицинских услуг
от " _____ " _____ 202_____ г. N _____
ГБУЗ КО «Центральная межрайонная больница №4»

**Акт
об оказании платных медицинских услуг**

г. Юхнов

" _____ " _____ 2023 г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калужской области «Центральная межрайонная больница №4» (далее – ГБУЗ КО «ЦМБ №4»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице и.о. главного врача Авраменко В.Ф. , действующего на основании Приказа №271 лс от 21 апреля 2023 г Лицензия № ЛО41-01158-40/00360091 от 13.12..2020 (Министерство Здравоохранения Калужской области, Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения, ведомственный контроль и лицензирование, адрес: 248000, г.Калуга, ул. Вилонова, 46 телефон: 8 (4842) 55-18-00), свидетельство «О внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц» от 25.04.2019 года № 1194027004555 (Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы № 7 по Калужской области, адрес: 248000, Калужская область, г. Калуга, переулок Воскресенский, 28 тел.: 8(4842) 71-53-00), , составил, а

(Ф.И.О. потребителя)

именуемый в дальнейшем «Потребитель», принял настоящий Акт о нижеследующем:

1. В соответствии с условиями Договора об оказании платных медицинских услуг N б/н от " _____ " _____ 202_____ г. ГБУЗ КО «ЦМБ №4»(далее - Договор),
2. Исполнителем оказаны медицинские услуги, включающие:

№ №	Наименование услуги	Цена (руб.)	Количество услуг	Всего (руб.)
1				
	ИТОГО:			

Сумма

прописью: _____.

2. Указанные в п. 1 настоящего Акта медицинские услуги согласно Договору, оказаны в полном объеме с " _____ " _____ г. по " _____ " _____ г.

3. Замечаний к медицинским услугам предоставленных Исполнителем не имеется.

4. ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:

И.о главного врача
ГБУЗ КО «ЦМБ №4»

_____ В.Ф.Авраменко

Потребитель:
