

ДОГОВОР
об оказании платных медицинских услуг

г. **Нижний Новгород**

« _____ » _____ 202 _____ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области «Городская клиническая больница № 7 Ленинского района г. Нижнего Новгорода имени Е.Л.Березова, адрес местонахождения: г. Нижний Новгород, ул. Октябрьской революции, дом. 6б «а», зарегистрированное **Инспекцией Федеральной налоговой службы России по Ленинскому району г. Нижнего Новгорода за основным государственным регистрационным номером 1025202608903, Лицензия № ЛО-52-01-004285**, выдана 24 июля 2014 г. **Министерством здравоохранения Нижегородской области**, адрес: адрес: 603022, г. Нижний Новгород, ул. Малая Ямская, дом. 78 телефон приемной: (831) 435-30-74, факс: 435-30-73. e-mail: official@zdrav.kreml.nnov.ru, именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, в лице главного врача Гомозова Германа Игоревича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

(фамилия, имя и отчество Потребителя)

именуемый(ая) в дальнейшем **Потребитель**, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА

1.1. Сведения об Исполнителе.

1.1.1. Наименование организации: ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 7 имени Е.Л.Березова»

1.1.2. Адрес местонахождения: 603011, г. Нижний Новгород, ул. Октябрьской революции, д. 66а

1.1.3. Адрес(а) мест(а) оказания медицинских услуг: 603011, г. Нижний Новгород, ул. Октябрьской революции, д. 66а

1.1.4. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ, с указанием органа, осуществляющего госрегистрацию: ОГРН 1025202608903, дата регистрации – 08 октября 2002 года, данные о регистрирующем органе – **Инспекция МНС по ленинскому району г. Нижнего Новгорода; ИНН: 5258038600**

1.1.5. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее _____ регистрации, наименование, адрес местонахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа: лицензия **Лицензия № ЛО-52-01-004285**, выдана 24 июля 2014 г. **Министерством здравоохранения Нижегородской области**, адрес: адрес: 603022, г. Нижний Новгород, ул. Малая Ямская, дом. 78 телефон: (831) 435-31-91 , факс: 435-30-73. e-mail: official@zdrav.kreml.nnov.ru

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, содержится в соответствующей лицензии Исполнителя, копия которой является частью настоящего договора (приложением к настоящему договору) и находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на официальном сайте Исполнителя.

1.2. Сведения о Потребителе.

1.2.1. Фамилия, имя и отчество (при наличии): _____

1.2.2. Адрес места жительства, иные адреса, на которые (при их указании в договоре) исполнитель может направлять ответы на письменные обращения: _____

1.2.3. Телефон: _____.

1.2.4. Данные документа, удостоверяющего личность: *паспорт гражданина РФ серия*
_____*№* _____, *кем и когда выдан:* _____

Код подразделения: _____.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю медицинские услуги на условиях, определенных настоящим Договором, а Потребитель обязуется оплатить указанные услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

2.1.1. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором:

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Условия и сроки оказания медицинской услуги	Стоимость медицинской услуги
1.			
2.			
3.			
4.			
	Всего к оплате:		—

2.2. Потребитель подтверждает, что согласен на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.3. При необходимости Потребителю могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень и сроки, оказания которых согласуются Сторонами в дополнительном соглашении к настоящему Договору.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе положениями об организации оказания медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи.

3.1.2. Обеспечить Потребителя бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской помощи.

3.1.3. Уведомить Потребителя о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

3.1.4. После исполнения Договора выдать Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах

обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях в течение 5 рабочих дней.

3.2. Потребитель обязуется:

3.2.1. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

3.2.2. Информировать Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

3.2.3. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. Получать от Потребителя информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

3.3.2. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

3.4. Потребитель имеет право:

3.4.1. Получать от Исполнителя услуги, предусмотренные настоящим Договором.

3.4.2. Получать информацию о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья.

3.5. Потребитель и Исполнитель обладают иными правами и несут иные обязанности, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

4. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

4.1. Стоимость услуг по настоящему договору определяется исходя из действующего у Исполнителя прейскуранта в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг и составляет _____
(_____) руб.

4.2. Оплата Потребителем стоимости услуг осуществляется путем перечисления суммы денежных средств, указанных в пункте 4.1 настоящего Договора, на расчетный счет Исполнителя, указанный в настоящем договоре, или путем внесения в кассу Исполнителя *в течение трех рабочих дней с момента выставления счета Исполнителем / не позднее дня оказания услуги Исполнителем.*

4.3. Потребитель ознакомлен с прейскурантом до подписания настоящего договора.

5. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

5.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления потребителя (законного представителя потребителя) и согласия Потребителя приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Потребителя.

5.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензиями на медицинскую деятельность, порядками, стандартами, другими документами в соответствии с действующим законодательством России.

5.3. Потребитель предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

5.4. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством России.

5.5. Потребитель незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

5.6. Исполнителем после исполнения договора выдаются потребителю (законному представителю потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

5.7. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя).

5.8. Потребитель дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Потребителя в объеме и способами, указанными в Федеральном законе от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

6.1. Исполнитель несет перед Потребителем ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации, за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя.

6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента (потребителя) в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.3. За нарушение установленных настоящим Договором сроков исполнения услуг Потребитель вправе требовать с Исполнителя выплаты неустойки в размере _____ % за каждый день просрочки от стоимости услуги, срок оказания которой нарушен Исполнителем.

6.4. Потребитель несет ответственность за нарушение условий договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством России.

6.5. За нарушение установленных настоящим Договором сроков оплаты медицинских услуг Исполнитель вправе требовать с Потребителя выплаты неустойки в размере _____ % за каждый день просрочки от стоимости услуги, не оплаченной Потребителем.

6.6. Потребитель несет ответственность за нарушение условий договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.7. В случаях, предусмотренных пунктами 6.4, 6.6 Договора, Исполнитель вправе приостановить проведение лечебно-диагностических мероприятий, за исключением проведения лечения по жизненным показаниям (экстренной помощи).

6.8. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

7.1. Настоящий Договор может быть изменен и дополнен по соглашению Сторон.

7.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

7.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме.

7.4. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

8.1. Стороны обязуются все возникающие разногласия решать путем переговоров.

8.2. При не урегулировании Сторонами возникших разногласий спор разрешается в судебном порядке.

8.3. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством.

9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ

9.1. Настоящий Договор вступает в силу с « _____ » _____ 20__ г. и действует по « _____ » _____ 20__ г.

10. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель:

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница
№ 7 имени Е.Л.Березова

Юридический адрес: 603011, г. Нижний Новгород,
ул. Октябрьской революции, 66 «а»

Почтовый адрес: 603011, г. Нижний Новгород, ул.
Октябрьской революции, 66 «а»

ОГРН 1025202608903

ИНН 5258038600 /КПП 525801001

БИК 012202102

Номер счета получателя:

03224643220000003200

Номер счета банка получателя:

40102810745370000024

Наименование банка получателя:

Волго-Вятское ГУ Банка России /УФК по
Нижегородской области г. Нижний Новгород

Главный врач _____ Г.И.Гомозов

Потребитель:

Ф.И.О.

Паспорт _____

Выдан: _____

(дата выдачи)

(Кем выдан)

Адрес места жительства: _____

Иные адреса (при наличии) _____

Подпись _____